

ISSN 2965-8705
e-ISSN 2965-8713

REVISTA

Saúde Militar

Vol. 01 / N.º 01
2022



REVISTA SAÚDE MILITAR

Conselho Consultivo Institucional

Cel PM Rodrigo Sousa Rodrigues (GCG)
Cel PM Eduardo Felisberto Alves (CHEM)
Cel PM Osvaldo de Souza Marques (GMG)
Cel PM Eugênio Pascoal da Cunha Valadares (APM)

Editor-chefe

Ten Cel PM Vanderlan Hudson Rolim (CPP/APM)

Editores-associados

Ten Cel PM QOS Sônia Francisca de Souza (DS)
Maj PM Francis Albert Cotta (CPP/APM)
Dra. Eliana de Faria Garcia Horta (DS)

Membros do Conselho Científico

Dr. Carlos Eduardo de Matos Jensen – Universidade Federal de São João Del Rey – Farmácia
Dr. Marcelo Antônio de Oliveira – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Farmácia
Dra. Eliana de Faria Garcia Horta – Diretoria de Saúde/PMMG
Dr. Elias Borges do Nascimento Junior – Universidade Federal do Delta do Parnaíba/PI – Medicina
Dr. Bruno Ramos Nascimento – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Medicina
Dr. Juliano Teixeira Moraes – Universidade Federal de São João Del Rey – Enfermagem
Dra. Daniela Goursand de Oliveira – Centro Universitário Newton Paiva – Odontologia
Dra. Cinthia Mara da Fonseca Pacheco – West Virginia University – Odontologia
Dra. Aryadina Mara Ribeiro – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação/PMMG
Cel PM QOR Sílvio José de Sousa Filho Centro de Pesquisa e Pós-Graduação/PMMG
Cel PM QOR Antônio Sérgio Barcala Jorge – UNIMONTES – Medicina
Ten Cel PM QOS Sônia Francisca de Souza – Diretoria de Saúde/PMMG
Ten Cel PM QOS Jussara Mendonça Alvarenga – Diretoria de Saúde/PMMG
Maj PM QOR José Carlos Serufo – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Medicina
Cap PM QOS Antônio Hilário Alves Freitas – Diretoria de Saúde/PMMG

Revisão de Textos

1º Sgt PM Márcia Daniela Bandeira Silva (CPP/APM) – Bacharela em Letras (Estácio de Sá)
Sd 1º Cl PM Stephanie Mayra de Moraes (34º BPM) – Doutoranda Ciências Fonoaudiológicas (UFMG)

Equipe de Editoração

Maj PM Francis Albert Cotta (CPP/APM MG) – Pós doutor em Psicologia (UK)
Cap PM Tiago Farias Braga (CPP/APM MG) – Doutor em Comunicação (Unisinos)
2º Sgt PM Maísa de Fátima Leite Costa (CPP/APM MG) – Bacharel em Direito (ESDHC)
3º Sgt PM Aníbal Francisco Gonçalves Júnior (CPP/APM MG) – Bacharel em Direito (UNIFEMM)

Projeto Gráfico, Diagramação, Logomarca e Capa

3º Sgt PM Aníbal Francisco Gonçalves Júnior (CPP/APM) – Bacharel em Direito (UNIFEMM)

Versão eletrônica disponível no Portal de Periódicos
da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG):

<https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/>

REVISTA

Saúde Militar

Volume 1 / Número 1

2022



Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores, não traduzindo, necessariamente, a opinião do Comando da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais.

Todos os direitos desta edição são reservados pela Editora Academia do Prado Mineiro.

A reprodução total ou parcial dos artigos poderá ser feita, salvo disposição em contrário, desde que citada a fonte.

Aceita-se intercâmbio com publicações nacionais e estrangeiras.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

	2022-
SAÚDE MILITAR. - v.1, n.1 (2022). Belo Horizonte, MG: Editora Academia do Prado Mineiro, 2022	
SEMESTRAL	
1. Saúde militar. 2. Polícia Militar - Periódico. I. Polícia Militar de Minas Gerais.	
	CDU 355.511.5
	CDD 355.345

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Academia de Polícia Militar de Minas Gerais
Centro de Pesquisa e Pós-Graduação. Bibliotecária Regina Simão Paulino – CRB-6/1154

2022

Publicação

Editora Academia do Prado Mineiro
Centro de Pesquisa e Pós-Graduação/APM – PMMG

Rua Diábase, n.º 320, bairro Prado. Belo Horizonte.
Minas Gerais. Brasil – CEP: 30.411-060
Tel: (31) 2123-9513



Expediente

Conselho Consultivo Institucional

Cel PM Rodrigo Sousa Rodrigues (GCG - PMMG)
Cel PM Eduardo Felisberto Alves (CHEM - PMMG)
Cel PM Osvaldo de Souza Marques (GMG - PMMG)
Cel PM Eugênio Pascoal da Cunha Valadares (APM - PMMG)

Editor-chefe

Ten Cel PM Vanderlan Hudson Rolim (CPP/APM)

Editores-associados

Ten Cel PM QOS Sônia Francisca de Souza (DS)
Maj PM Francis Albert Cotta (CPP/APM)
Dra. Eliana de Faria Garcia Horta (DS)

Membros do Conselho Científico

Dr. Carlos Eduardo de Matos Jensen – Universidade Federal de São João Del Rey - Farmácia
Dr. Marcelo Antônio de Oliveira - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Farmácia
Dra. Eliana de Faria Garcia Horta - Diretoria de Saúde/PMMG
Dr. Elias Borges do Nascimento Junior - Universidade Federal do Delta do Parnaíba/PI - Medicina
Dr. Bruno Ramos Nascimento – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Medicina
Dr. Juliano Teixeira Moraes - Universidade Federal de São João Del Rey -Enfermagem
Dra. Daniela Goursand de Oliveira - Centro Universitário Newton Paiva - Odontologia
Dra. Cinthia Mara da Fonseca Pacheco - West Virginia University - Odontologia
Dra. Aryadna Mara Ribeiro – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação/PMMG
Cel PM QOR Sílvio José de Sousa Filho Centro de Pesquisa e Pós-Graduação/PMMG
Cel PM QOR Antônio Sérgio Barcala Jorge - UNIMONTES - Medicina
Ten Cel PM QOS Sônia Francisca de Souza - Diretoria de Saúde/PMMG
Ten Cel PM QOS Jussara Mendonça Alvarenga - Diretoria de Saúde/PMMG
Maj PM QOR José Carlos Serufo - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Medicina
Cap PM QOS Antônio Hilário Alves Freitas – Diretoria de Saúde/PMMG

Revisão de Textos

1º Sgt PM Márcia Daniela Bandeira Silva (CPP/APM) - Bacharela em Letras (Estácio de Sá)
Sd 1ª CI PM Stephanie Mayra de Moraes (34º BPM) - Doutoranda Ciências Fonoaudiológicas (UFMG)

Equipe de Editoração

Maj PM Francis Albert Cotta (CPP/APM) - Pós doutor em Psicologia (UK)
Cap PM Tiago Farias Braga (CPP/APM) - Doutor em Comunicação (Unisinos)
2º Sgt PM Máisa de Fátima Leite Costa (CPP/APM) - Bacharel em Direito (ESDHC)
3º Sgt PM Aníbal Francisco Gonçalves Júnior (CPP/APM) - Bacharel em Direito (UNIFEMM)

Projeto Gráfico, Diagramação, Logomarca e Capa

3º Sgt PM Aníbal Francisco Gonçalves Júnior (CPP/APM) - Bacharel em Direito (UNIFEMM)

Administração

Polícia Militar de Minas Gerais
Academia de Polícia Militar
Centro de Pesquisa e Pós-Graduação

Rua Diabase, n.º 320, bairro Prado.
Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil.
CEP: 30.411-060
Tel: (31) 2123-9516



Esta obra passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Sumário

Palavras do Diretor de Saúde da PMMG.....	07
Apresentação.....	09
1 Avaliação da conciliação medicamentosa como atividade do serviço de farmácia clínica de um Hospital Militar de médio porte.....	17
<i>Isabela Viana Oliveira; Luciane de Abreu Ferreira; Thaís Mendes Pinheiro; Yone de Almeida Nascimento</i>	
2 Cardiotoxicidade associada ao tratamento do câncer de mama: Onde estamos e para onde vamos	37
<i>Fernanda Brito de Oliveira</i>	
3 Prevalência de lesões bucais diagnosticadas no serviço de estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais	49
<i>Marcelo Ferreira Pinto Cardoso; Déborah Campos Telles; Nathalia Braga de Abreu; Letícia Carolina Brandão de Souza; Gabriela Kelly da Silva; Karen Maria Guimarães Pacheco; Giovanna Ribeiro Souto</i>	
4 Estudo comparativo entre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais e planos de saúde do sistema suplementar: Uma análise de benefícios e carências dos sistemas de cuidado	63
<i>Ricardo Murilo Tótar Lopes; Thaís Barbosa dos Santos; Thiago dos Santos Florêncio Aguiar; Sônia Francisca de Souza</i>	
5 Avaliação de satisfação dos usuários do Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Centro de Administração e Ensino	87
<i>Rosemeire de Freitas Vasconcelos; Alessandra de Figueiredo Vasconcellos; Isabela Coutinho Cordeiro; Sônia Francisca de Sousa</i>	

6 A necessidade da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde no âmbito do Sistema de Saúde dos servidores militares estaduais de Minas Gerais 107

Camila Keila Soares Perdigão; Renata Cristina Gonçalves; Robson Silva Narciso; Marcos Flávio Queiroz Brescia

7 Avaliação da cobertura de atenção secundária em odontologia da Polícia Militar de Minas Gerais na percepção de Oficiais Dentistas..... 141

Fabiano Pereira Cardoso; José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa; Átila Savernini

8 O processo de marcação de consultas no Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais e sua relação com a eficiência da atividade assistencial 161

Fernanda Carvalho de Castro; Vany Lúcia Silva; Átila Savernini

9 Da Arte Militar de Curar aos Quadros de Oficiais de Saúde: reflexões sobre o processo de institucionalização das funções e dos efetivos previstos em análise comparada 187

Rodrigo da Costa Seabra; Francis Albert Cotta

10 Perfil e fatores associados às glosas hospitalares nas auditorias do ipsm: estudo de caso de um hospital de grande porte em Belo Horizonte - Minas Gerais 225

Fabiana Gonçalves Barbosa de Freitas; Rosimeire de Moura; Suellen Arantes Pires; Raquel Batista Dantas

11 Correlação de sobrepeso, atividade física e hábitos alimentares entre policiais militares e bombeiros militares de unidades operacionais da 17ª Região de Polícia Militar 253

Carlos Henrique Rodrigues; Leonardo Meira de Faria

12 Gestão por Processos e Sistema de Governança - Uma análise do Modelo de Gestão do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais 289

Karla Teixeira; Átila Savernini

Palavras do Diretor de Saúde da PMMG

É com imensa satisfação que publicamos o primeiro exemplar científico em saúde, após um novo momento histórico para ciência médica mundial, que encarou a pandemia do tempo moderno, veementemente capitalista e informatizado, testando a capacidade dos gestores em saúde e levando a desafios nunca enfrentados até então e a uma prospecção de cenário que exigirá como nunca, muita qualidade, capacitação, conformidade e ciência.

Esse primeiro exemplar científico se torna realidade após perfeita parceria da Diretoria de Saúde da Polícia Militar com a Academia da Polícia Militar, com a dedicação continuada da Seção Técnica de Saúde e do Centro de Pesquisa e Pós-Graduação, que diligentemente presenteiam a comunidade gestora em saúde com artigos bem escritos, com conteúdo rico e excelente fonte de consulta.

A parceria exitosa produziu resultados além do exemplar da revista, com a idealização, planejamento e implantação do Curso de Gestão Estratégica em Saúde que qualificou para o mercado mais de 200 novos gestores em saúde, criação e publicação do Comitê de Ética em Pesquisas da PMMG e regulamentação de requisitos para conclusão da Residência Médica do Hospital da Polícia Militar e sua inclusão nas Diretrizes da Educação de Polícia Militar (DEPM), inaugurando esse marco histórico para a comunidade científica, que atua tão brilhantemente na assistência à saúde dos militares estaduais e seus familiares.

Assim, de forma especial, em nome da Ten Cel Sônia e do Ten Cel Vanderlan quero parabenizar todos os envolvidos diretamente no trabalho de edição, correção e diagramação da revista e também de forma muito especial os profissionais da saúde da Rede Orgânica da PMMG e Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG), que além de disciplinados e operosos militares estaduais, são extremamente qualificados, detentores de titulações variadas no campo do conhecimento e, além de proverem o socorro real aos pacientes da carteira vinculada ao convênio tripartite PMMG/CBMMG/Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM), nos doam seu conhecimento e ciência por meio desse exemplar.

Por fim, agradecemos o Comando da PMMG que sempre buscou apoiar e fazer o melhor para manter o legado criado por nossos antecessores no sistema de saúde.

Alex Louzada de Souza, Coronel PM

Diretor de Saúde da PMMG

Apresentação

A Revista Saúde Militar tem como missão contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando trabalhos científicos no âmbito da Medicina, Odontologia, Farmácia, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Medicina Veterinária, Fonoaudiologia e Fisioterapia dentro do campo da Saúde Militar. É destinada a pesquisadores, profissionais, docentes e discentes da área da saúde para fomentar o debate, a reflexão e a divulgação de produção científica nos âmbitos nacional e internacional.

Este número da Revista Saúde Militar inaugura um momento inédito na Saúde Militar do Prado Mineiro, fruto do Plano Tático da Diretoria de Saúde 2020-2023, com a proposta de experiência acadêmica integrada, proveniente, em sua maioria, do curso de pós-graduação *lato sensu* em Gestão Estratégica em Saúde ofertado pelo Centro de Pesquisa e Pós-Graduação da Academia de Polícia Militar de Minas Gerais no ano de 2021. Os pesquisadores integram o corpo discente, docente e colaboradores, estabelecido de forma integrada entre a Academia de Polícia Militar de Minas Gerais e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas.

As pesquisas expõem os saberes experienciais e acadêmicos de discentes civis e militares, com titulações de doutor, mestre ou especialista, de diversas regiões do estado de Minas Gerais. O conjunto dos temas mostram situações que impactam na saúde militar e coletiva, as quais exigem respostas igualmente complexas e sinérgicas entre os diversos órgãos estatais e da sociedade civil.

As condições de produção deste rico acervo de reflexões e análises foram impactadas pelas contingências apresentadas pela Pandemia do Covid-19, momento em que os pesquisadores estavam, de alguma forma, atuando nas frentes de combate à pandemia. Nesse contexto, todo o Curso de Gestão Estratégica em Saúde ocorreu na modalidade EAD, assim como os encontros acadêmicos e as bancas de defesa dos trabalhos de conclusão do curso (TCC).

Este número da Revista Saúde Militar é composto por doze artigos elaborados coletivamente por pesquisadores militares e civis que tratam de temas como a conciliação medicamentosa, cardiotoxicidade de antineoplásicos, prevalência de lesões bucais, comparativo de planos de saúde, satisfação de usuários de NAIS, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), cobertura da atenção secundária em odontologia, gestão por processos e sistema de governança, processo de marcação de consultas no Centro Odontológico da PMMG, glosas hospitalares, processo sócio-histórico do Quadro de Oficiais da Saúde (QOS) e sobrepeso, atividade física e hábitos alimentares entre policiais militares.

Avaliação da conciliação medicamentosa como atividade do serviço de farmácia clínica de um hospital militar de médio porte, de autoria de Isabela Viana Oliveira, Luciane de Abreu Ferreira, Thaís Mendes Pinheiro e Yone de Almeida Nascimento aborda a conciliação medicamentosa, que consiste na revisão sistematizada dos medicamentos usados pelo paciente durante as etapas de transição de cuidado, visando garantir que todos os medicamentos que são adicionados, descontinuados ou modificados sejam avaliados. O estudo descreve os Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM) identificados em um hospital militar de médio porte de Belo Horizonte, evidenciando que os PRM relacionados à indicação são os mais frequentes, tal como esperado em um momento de transição de cuidado.

A pesquisadora Fernanda Brito de Oliveira apresenta o artigo **Cardiotoxicidade associada ao tratamento do câncer de mama: onde estamos e para onde vamos**. Nele a autora aborda um dos efeitos adversos dos antineoplásicos no tratamento do câncer de mama: a cardiotoxicidade. Nos últimos anos, houve um aumento significativo do número de agentes disponíveis para tratar câncer de mama, especialmente os que

expressam o receptor HER2 (human epidermal growth factor). Consequentemente houve um aumento no número de sobreviventes à doença e dos efeitos adversos do tratamento. Para minimizar os danos ao aparelho cardiovascular, pesquisas vêm sendo realizadas na tentativa de se identificar o paciente com maior susceptibilidade ao efeito tóxico dos quimioterápicos, bem como melhores estratégias de prevenção e tratamento desses pacientes.

Prevalência de lesões bucais diagnosticadas no serviço de estomatologia do centro odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais é o título da pesquisa realizada por Marcelo Ferreira Pinto Cardoso, Déborah Campos Telles, Nathalia Braga de Abreu, Letícia Carolina Brandão de Souza, Gabriela Kelly da Silva, Karen Maria Guimarães Pacheco e Giovanna Ribeiro Souto. Nela os autores tentam compreender o perfil epidemiológico dos militares e dependentes que já estiveram ou ainda estão em atendimento na clínica de Estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais. Foi realizado um levantamento de dados pessoais e das lesões, com o intuito de conhecer mais sobre os tipos e a sua prevalência neste grupo de pessoas.

Ricardo Murilo Tótaro Lopes, Thaís Barbosa dos Santos, Thiago dos Santos Florêncio Aguiar e Sônia Francisca de Souza apresentam o artigo intitulado **Estudo comparativo entre o instituto de previdência dos servidores militares do estado de Minas Gerais (IPSM) e planos de saúde do sistema suplementar: uma análise de benefícios e carências dos sistemas de cuidado**. Os pesquisadores compararam o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM) e o plano CEMIG Saúde de relevância e abrangência estadual, visando identificar os benefícios e as desvantagens de cada sistema. Foram abordados tópicos importantes dos planos de saúde como histórico, valores, missão, visão, participação, contribuição, benefícios, carência e coparticipação dos planos. Constatou-se que há mais benefícios no IPSM quando utilizado pelo público logístico e CEMIG Saúde quando utilizado por dependente com alta demanda.

No artigo **Avaliação de satisfação dos usuários do núcleo de atenção integral à saúde do centro de administração e ensino (NAIS/CAE)**, as oficiais Rosemeire de Freitas Vasconcelos, Alessandra de Figueiredo Vasconcellos, Isabela Coutinho Cordeiro

e Sônia Francisca de Sousa realizam uma pesquisa de satisfação com os usuários do Núcleo de Assistência Integral à Saúde do Centro de Administração e Ensino (NAIS/CAE) buscando avaliar a resolutividade da unidade, já que existe correlação entre a percepção de resolutividade pelo usuário e a satisfação com o atendimento recebido.

Os oficiais e pesquisadores Camila Keila Soares Perdigão, Renata Cristina Gonçalves, Robson Silva Narciso e Marcos Flávio Queiroz Brescia abordam um tema atual e necessário no campo da promoção e prevenção da saúde no artigo intitulado: **A necessidade da inserção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no âmbito do sistema de saúde (SISAU) dos servidores militares estaduais de Minas Gerais**. Os autores avaliam a possibilidade de ampliação das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema de Saúde dos Servidores Militares Estaduais de Minas Gerais (SISAU), apresentando como se encontra atualmente o Sistema, o contexto das Práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), seus desafios, benefícios e impactos, a efetividade na Atenção Primária à Saúde e o método utilizado na sua implantação.

Em **Avaliação da cobertura de atenção secundária em odontologia da Polícia Militar de Minas Gerais na percepção de oficiais dentistas**, os pesquisadores Fabiano Pereira Cardoso, José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa e Átila Savernini mapearam a percepção da cobertura de atenção secundária em Odontologia ofertada pelo Sistema de Saúde (SISAU), envolvendo Oficiais cirurgiões-dentistas da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG), lotados nas unidades de saúde das 18 Regiões de Polícia Militar (RPM) do Estado.

Os pesquisadores Karla Teixeira e Átila Savernini compartilham o artigo intitulado **Gestão por processos e sistema de governança - uma análise da evolução do modelo de gestão do centro odontológico da PMMG**. Nele descrevem a evolução do modelo de gestão do Centro Odontológico (C Odont) da Polícia Militar de Minas Gerais, a partir da implantação do Modelo de Excelência em Gestão no ano de 2015, como parte da Diretriz de Excelência em Gestão (DEG) da PMMG.

O artigo **A evolução do processo de marcação de consultas no Centro Odontológico da PMMG e sua relação com a eficiência da atividade assistencial**, de autoria de Fernanda Carvalho de Castro, Vany Lúcia Silva e Átila Savernini apresenta a ferramenta PDCA, ainda pouco estudada no âmbito da Odontologia, para auxiliar na otimização dos processos e rotinas desenvolvidos pela Seção de Marcação de Consultas do Centro Odontológico da PMMG devido à característica de focar na melhoria contínua.

Da Arte Militar de curar aos Quadros de Oficiais de Saúde: reflexões sobre o processo de institucionalização das funções e os efetivos previstos em análise comparada é o título da pesquisa realizada por Rodrigo da Costa Seabra e Francis Albert Cotta. Nela, os autores descrevem o processo sócio-histórico da constituição das primeiras funções do que seria denominado Quadro de Oficiais da Saúde (QOS) e demonstram a atual previsão legal de seu efetivo nas Forças Armadas e Forças Militares Estaduais.

No artigo **Perfil e fatores associados às glosas hospitalares nas auditorias do IPSM: estudo de caso de um hospital de grande porte em Belo Horizonte - MG**, as autoras Fabiana Gonçalves Barbosa de Freitas, Rosimeire de Moura, Suellen Arantes Pires e Raquel Batista Dantas analisaram as glosas em contas hospitalares de um hospital de grande porte de Belo Horizonte a fim de identificar o perfil de glosas auditadas pela equipe técnica do IPSM para implementação de ações de melhoria, como implementação de auditoria concorrente e ampliação de cobrança por pacotes.

Ao encerrar este dossiê, o artigo **A correlação de sobrepeso, atividade física e hábitos alimentares entre policiais militares e bombeiros militares de unidades operacionais da 17ª RPM**, de autoria de Carlos Henrique Rodrigues e Leonardo Meira de Faria, aborda a mensuração da composição corporal, nível de atividade física e hábitos de frequência alimentar de policiais militares e bombeiros militares de Unidades operacionais da 17ª RPM, correlacionando as elementares com variáveis clínicas.

Na finalização desse primeiro exemplar, nosso agradecimento especial ao Alto Comando da PMMG, ao Comandante da Academia de Polícia Militar Senhor Cel Eugênio Pascoal da Cunha Valadares, ao Chefe do CPP Ten Cel Vanderlan Hudson Rolim e toda sua

equipe de apoio, especialmente ao 3º Sgt Anibal Francisco Gonçalves Júnior, e ao Diretor de Saúde Senhor Cel Alex Louzada de Souza pela confiança e liderança.

A todos os pesquisadores que participaram desse projeto coletivo, sem os quais não seria possível sua realização, nossos cumprimentos e agradecimentos pela valiosa contribuição.

Nosso agradecimento à Associação dos Oficiais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (AOPMBM/MG), pelo apoio na concretização deste projeto coletivo e institucional.

Aos leitores, um convite para conhecerem as abordagens e interpretações sobre temas atuais e necessários à promoção e prevenção da saúde e qualidade de vida.

Sônia Francisca de Souza, Ten Cel PM QOS Médica

Chefe da Seção Técnica de Saúde da Diretoria de Saúde da PMMG- DS6
Doutora e Mestra em Ciências da Saúde pela UFMG

Eliana de Faria Garcia Horta

Assessora Técnica de Gestão Acadêmica da Diretoria de Saúde da PMMG – DS6
Doutora e Mestra em Ciências Farmacêuticas pela UFMG

Artigos



Avaliação da conciliação medicamentosa como atividade do serviço de farmácia clínica de um Hospital Militar de médio porte

Evaluation of medication reconciliation as an activity of the clinical pharmacy service of a medium-sized Military Hospital

Evaluación de la conciliación de medicamentos como actividad del servicio de farmacia clínica de un Hospital Militar de mediano porte.

Isabela Viana Oliveira¹
Luciane de Abreu Ferreira²
Thaís Mendes Pinheiro³
Yone de Almeida Nascimento⁴

Resumo

A conciliação consiste na revisão sistematizada dos medicamentos usados pelo paciente durante as etapas de transição de cuidado, visando garantir que todos os medicamentos que são adicionados, descontinuados ou modificados sejam avaliados. Aliar o raciocínio clínico proposto pelo arcabouço teórico metodológico do *pharmaceutical care* à atividade de conciliação pode contribuir para a padronização e otimização dos serviços clínicos em âmbito hospitalar. O objetivo deste artigo foi avaliar a conciliação realizada em um hospital

¹ Oficial do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais. Doutora e Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Oficial Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

³ Farmacêutica graduada pelo Centro Universitário Newton Paiva. Mestranda em Ciências Farmacêuticas (UFMG).

⁴ Docente na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora e Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

militar de médio porte de Belo Horizonte e descrever os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados durante o processo. Trata-se de um estudo com delineamento transversal e retrospectivo, que incluiu as conciliações dos pacientes internados para a clínica médica entre janeiro de 2019 e abril de 2020. Foram analisadas as documentações de 946 conciliações medicamentosas, sendo identificados 644 PRM na farmacoterapia dos pacientes. Para a resolução de cada um desses problemas, foram realizadas intervenções com a equipe médica, sendo que 61,2% foram aceitas, 3,1% não foram aceitas e em 35,7% não há registro da aceitação. Do total de PRM detectados, 349 (54,2%) só foram identificados devido à avaliação da indicação, efetividade, segurança e conveniência de cada um dos medicamentos prescritos, como descrito pelo raciocínio clínico do *pharmaceutical care*. Como esperado em um momento de transição de cuidado, os PRM relacionados à indicação foram os mais frequentes. No entanto, foram identificados problemas que normalmente não seriam detectados com a realização de um processo tradicional de conciliação.

Palavras-chave: conciliação medicamentosa; farmácia clínica; problemas relacionados ao uso de medicamentos; *pharmaceutical care*.

Introdução

Medicamentos são os instrumentos terapêuticos mais utilizados na atualidade, uma vez que são capazes de solucionar ou controlar grande parte dos problemas de saúde que atingem a população (BRASIL, 2015). Entretanto, essa tecnologia pode causar danos sérios se usada de forma inadequada, monitorada insuficientemente ou como resultado de um erro, acidente ou problema de comunicação, sendo a principal causa de danos evitáveis em sistemas de saúde em todo o mundo (WHO, 2017). De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, cerca de 100.000 mortes ocorrem anualmente por erros na assistência ao paciente, sendo 7.000 relacionados a medicamentos, representando uma estimativa de custo associado de US\$77 bilhões/ano (KOHN, 1999). Todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis. Eles podem ser reduzidos ou mesmo evitados por melhorias nos sistemas e práticas relacionadas ao uso dos medicamentos (WHO, 2017).

Nesse cenário, por meio de uma atuação cooperativa e multiprofissional, o farmacêutico clínico pode contribuir para a otimização dos cuidados hospitalares melhorando a qualidade da farmacoterapia utilizada pelos pacientes (MAGALHÃES *et al.*, 2016). A conciliação medicamentosa é uma atividade clínica executada em âmbito hospitalar quando há transição do paciente pelos níveis da atenção à saúde, principalmente durante sua admissão e alta hospitalar (CFF, 2016). Desde 2003, faz parte das recomendações da “*Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*” - (JCAHO) como estratégia para aumentar a segurança do paciente (MAGALHÃES *et al.*, 2016). A conciliação consiste na revisão sistematizada dos medicamentos usados pelo paciente, com o objetivo de garantir que todos os fármacos que são adicionados, descontinuados ou modificados sejam avaliados (ISMP, 2022; Lee *et al.*, 2019). Ainda, segundo o Conselho Federal de Farmácia (2016), compreende a elaboração de uma lista criteriosa com todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, do paciente e cuidadores e da prescrição.

Em 2014, o *American College of Clinical Pharmacy (ACCP)* publicou um documento no qual estabelece os padrões de prática para farmacêuticos clínicos. O documento explicita a necessidade desses profissionais avaliarem as necessidades farmacoterapêuticas individuais dos pacientes para identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos (ACCP, 2014). Dessa forma, o farmacêutico deve executar uma prática clínica centrada no paciente e desenvolver um processo de raciocínio para identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), conforme preconizado pelo arcabouço teórico-metodológico do *Pharmaceutical Care* (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2012). Trata-se de uma solução efetiva e sustentável para garantir que os pacientes recebam o máximo benefício com seus medicamentos em termos de efetividade, segurança e conveniência.

Nesse contexto, a ausência de uma avaliação das necessidades farmacoterapêuticas individuais dos pacientes pode comprometer o impacto clínico da conciliação medicamentosa, já que não existem evidências robustas que associam a execução tradicional dessa atividade a resultados clínicos (CORNISH *et al.*, 2005; GRAABAEK e KJELDSEN, 2013). Portanto, é importante que durante a conciliação medicamentosa, seja realizada uma avaliação completa da farmacoterapia utilizada pelo paciente. Todos os medicamentos em uso devem ser avaliados considerando sua necessidade, efetividade, segurança e conveniência, indo além da identificação das discrepâncias

intencionais e não intencionais durante a transição de cuidado. É importante ressaltar que o uso desse raciocínio clínico auxilia na demarcação do papel do farmacêutico junto ao paciente. Sua aplicação permite que o profissional enxergue a complexidade do paciente, as reais necessidades deste e contextualize suas ações (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021). Trata-se, portanto, de uma prática inovadora, que busca integrar uma atividade tradicional do farmacêutico clínico ao raciocínio clínico proposto pelo *Pharmaceutical Care*, conforme preconizado pela ACCP, o que pode contribuir para a padronização e otimização dos serviços clínicos em âmbito hospitalar. O treinamento profissional e o uso de um método padronizado são medidas fundamentais para o fornecimento de um serviço clínico de qualidade (JURADO; STEELMAN, 2013).

Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a conciliação medicamentosa, descrever os problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados, bem como a aceitação das intervenções por parte do corpo clínico de um hospital militar.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo transversal e retrospectivo, realizado na unidade de internação em um hospital militar de médio porte.

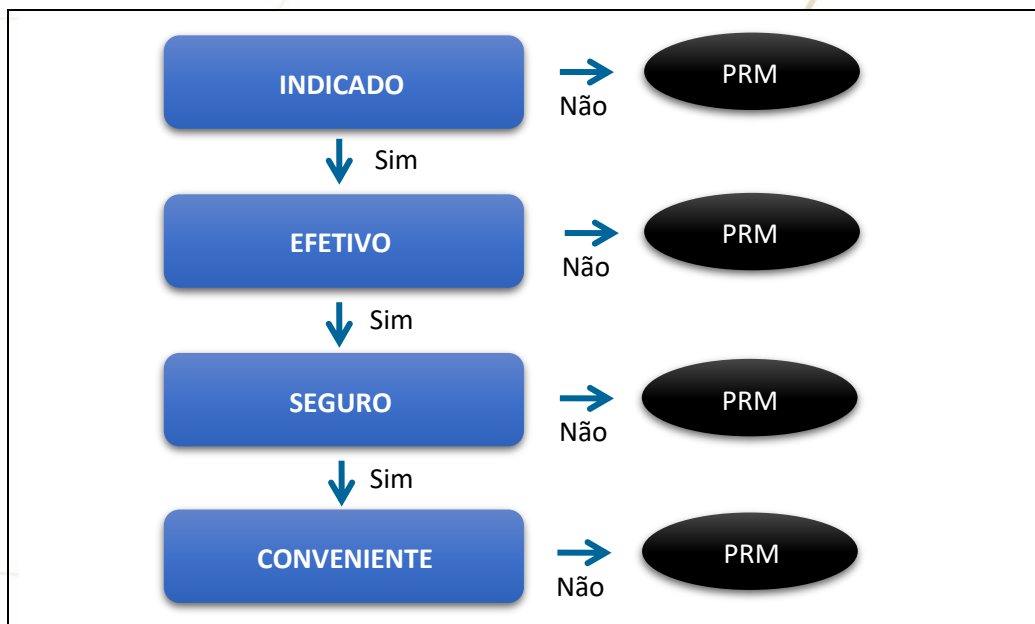
Durante a conciliação, foram avaliados os medicamentos em uso pelo paciente no hospital e comparado com os medicamentos de uso domiciliar. Para isso, além da coleta de informações do prontuário (história clínica e medicamentosa), foi realizada a anamnese do paciente e/ou cuidador para confirmação das suas comorbidades e de sua farmacoterapia. Dessa forma, no leito do paciente, foram coletados dados sobre os medicamentos utilizados em domicílio, incluindo posologia e indicação. Na avaliação, foi verificado se todos os medicamentos prescritos eram apropriados para o paciente, analisados os parâmetros de efetividade e segurança, bem como as condições da pessoa atendida para uso do medicamento.

Para identificação dos PRM, foi aplicado o método racional de tomada de decisão em farmacoterapia, proposto pelo *Pharmaceutical Care* (RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012). Portanto, o profissional avaliou se todos os medicamentos utilizados pelo paciente eram apropriados para os seus problemas de

saúde e se havia alguma outra condição não tratada que necessitava de medicamento. Determinada a necessidade, o profissional avaliou se os medicamentos em uso eram efetivos, ou seja, se o paciente estava alcançando os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada condição de saúde (de acordo com os parâmetros clínicos e laboratoriais do paciente). Em seguida, era avaliado se estavam sendo seguros para o paciente (também de acordo com os parâmetros clínicos e laboratoriais do paciente). Certificando-se de que não havia problemas quanto à necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia, era realizada a avaliação da conveniência, isto é, se havia condições adequadas para uso do medicamento (RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012).

Dessa forma, o farmacêutico, durante a conciliação, realizava uma avaliação completa da farmacoterapia do paciente, identificando os PRM, que foram categorizados conforme Quadro 1, e discutia com a equipe médica para solucioná-los. As intervenções foram registradas no prontuário do paciente. O farmacêutico, então, acompanhava o paciente para avaliar os resultados das intervenções, e dar sequência ao cuidado.

Figura 1- Sequência de avaliação de cada medicamento em uso pelos pacientes



Fonte: Adaptado de Cipolle, Strand e Morley (2012).

Quadro 1 - Classificação dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM)

Necessidades relacionadas aos medicamentos	Categorias de PRM
INDICAÇÃO	1- Medicamento desnecessário 2- Necessidade de medicamento adicional
EFETIVIDADE	3- Medicamento inefetivo 4- Dose baixa
SEGURANÇA	5- Reação adversa ao medicamento 6- Dose alta
CONVENIÊNCIA	7- Não adesão ou descumprimento

Fonte: Traduzido e adaptado de Cipolle, Strand e Morley (2012).

Amostra, coleta de dados e variáveis

A população de estudo foi do tipo por conveniência, sendo incluídas as conciliações dos pacientes internados para a clínica médica entre janeiro de 2019 e abril de 2020.

Dados como idade, gênero, quantidade e tipos de problemas de saúde, número e tipo de medicamentos utilizados (tanto no hospital, quanto em casa), PRM identificados, intervenções realizadas e sua aceitabilidade pela equipe médica foram coletados a partir de todos os registros da conciliação, realizados pelos profissionais envolvidos com o serviço. Os medicamentos referentes aos PRMs identificados foram classificados segundo o *Anatomic Therapeutic Chemical Code (ATC)* (WHO, 2017).

Análise dos dados

Os dados foram coletados e armazenados no *software* Excel® 2016. A análise descritiva dos dados foi realizada pela determinação das frequências absolutas e relativas de variáveis qualitativas, além da média e desvio-padrão das variáveis quantitativas. O estudo foi submetido e aprovado por comitê de ética em pesquisa, sob o número CAAE: 34661320.1.0000.5097.

Resultados e discussão

Foram analisadas as documentações de 946 conciliações medicamentosas. Durante o período de avaliação, 154 pacientes foram readmitidos pela farmácia clínica, devido à reinternação na instituição. Dessa forma, os resultados são referentes às avaliações de 792 pacientes, sendo 50,9% homens. A média de idade dos pacientes foi de $69,1 \pm 17,5$ anos.

As doenças infecciosas foram as causas mais frequentes de internação ($n=388$; 41%), sendo a pneumonia a infecção mais comum. Os pacientes também foram admitidos na instituição devido à exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (5,4%); descompensação da insuficiência cardíaca (5,3%), complicações agudas ou crônicas do alcoolismo (3,9%), entre outras.

Durante as conciliações, foram avaliados 5727 medicamentos em uso pelos pacientes, sendo a média de $6,1 + 3,6$ medicamentos/paciente. As classes de medicamentos avaliadas e as respectivas frequências estão na Tabela 1.

Tabela 1 - Classes de medicamentos avaliados durante a conciliação

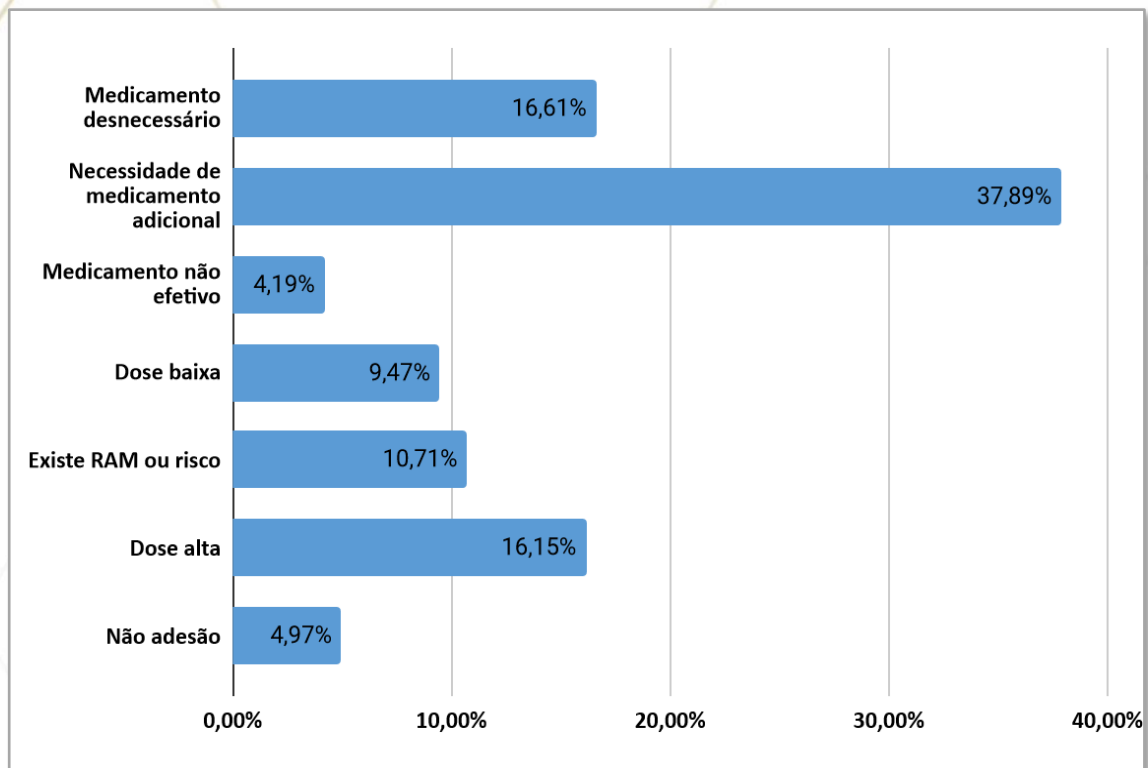
Medicamentos conciliados	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Antitrombóticos	634	11,1
Antibacterianos de uso sistêmico	610	10,7
Medicamentos usados para doenças obstrutivas pulmonares	398	7,0
Medicamentos usados em transtornos ácido gástricos	303	5,3
Diuréticos	296	5,2
Hipolipemiantes	276	4,8
Insulinas	248	4,3
Antidepressivos	240	4,2
Medicamentos que agem no SRAA*	209	3,7
Beta bloqueadores	196	3,4
Anticonvulsivantes	190	3,3
Analgésicos	175	3,1
Antipsicóticos	157	2,7
Medicamentos para transtornos no trato gastrintestinal	149	2,6
Bloqueadores dos canais de cálcio	142	2,5
Vitaminas	136	2,4
Corticosteróides de ação sistêmica	128	2,2
Antidiabéticos	115	2,0

Suplementos minerais	105	1,8
Terapia tiroideana	76	1,3
Terapia cardíaca	72	1,3
Antihipertensivos	63	1,1
Antianêmicos	56	1,0
Ansiolíticos	56	1,0
Outros	695	12,1
Total	5725	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores. *Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.

Foram identificados 644 PRM, variando entre 0 e 6 PRM por conciliação realizada. Foi identificado ao menos um PRM em 41,0% das conciliações realizadas. A distribuição está representada na Figura 2. Os PRM mais frequentes foram aqueles relacionados à necessidade de medicamentos, totalizando 54,5% dos PRM identificados, seguido pelos PRM relacionados à segurança dos tratamentos em (26,8%), pelos de efetividade (13,7%) e por fim aqueles relacionados à adesão ao tratamento (5,0%).

Figura 2 – Distribuição dos PRM encontrados durante a conciliação medicamentosa



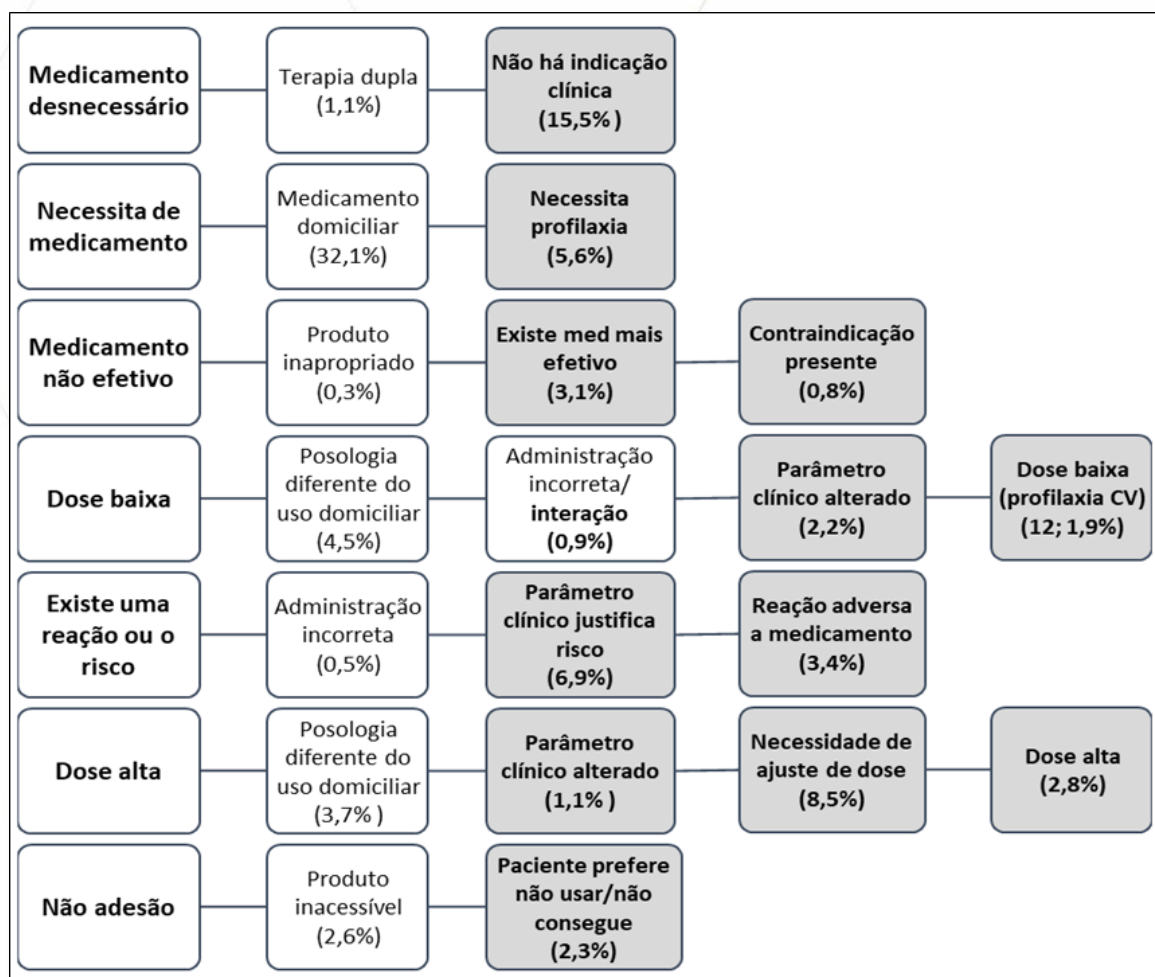
Fonte: Elaborado pelos autores

Estudos envolvendo a prática de conciliação medicamentosa mostram que 53,0% a 67,0% dos pacientes internados podem apresentar erros de medicação durante a internação hospitalar, que por sua vez podem se relacionar com eventos adversos e re-hospitalização (GLEASON *et al.*, 2004; TAM *et al.*, 2005; ZONI *et al.*, 2013; CORNISH *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2016; LOMBARDI, *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, a obtenção de uma história medicamentosa detalhada nos pontos de transição de cuidado, com o intuito de identificar discrepâncias que podem culminar em danos ao paciente, é considerada uma prática necessária para o aumento da segurança e da qualidade da assistência (THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006).

Portanto, a conciliação medicamentosa é compreendida como uma importante ferramenta para prevenir discrepâncias não intencionais e seus possíveis danos aos pacientes. As principais discrepâncias descritas na literatura são omissão de

medicamentos, alteração da posologia e da via de administração, bem como medicamento não disponível (CLAEYS *et al.*, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2021). Tais discrepâncias também foram identificadas no presente estudo, conforme coluna 2 da Figura 3.

Figura 3 – Causas de PRM, demonstrando a ampliação da detecção de problemas na conciliação medicamentosa a partir da aplicação do raciocínio clínico



Fonte: Elaborado pelos autores.

Apesar do exposto, não existem evidências robustas que possam associar o benefício da conciliação medicamentosa tradicional a resultados clínicos e econômicos como redução da morbidade, mortalidade e utilização dos sistemas de saúde (HANSEN *et al.*, 2011; GRAABAEK e KJELDTSEN, 2012; RENAUDIN *et al.*, 2016; MEKONNEN *et al.*, 2016; REDMOND *et al.*, 2018; ANDERSON *et al.*, 2019). Por outro lado, vários estudos utilizando todo o arcabouço teórico-metodológico do *pharmaceutical care*, tanto nacionais como internacionais demonstram seu impacto clínico, humanístico e econômico (STRAND *et al.* 2004; ISETTS *et al.*, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2012; BENEDICT *et al.*, 2018; MOURÃO, *et al.*, 2013; OBRELI-NETO *et al.*, 2015; MENDONÇA *et al.*, 2016; DETONI *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, do total de PRM detectados neste estudo, 349 (54,2%) só foram identificados devido à análise da necessidade, efetividade, segurança e conveniência, seguindo o raciocínio clínico proposto pelo *Pharmaceutical Care*. Embora tal método tenha contribuído para a identificação de todos os PRM deste estudo, as causas dos problemas em destaque na Figura 2 exigiram a avaliação de parâmetros que podem não ser avaliados durante a conciliação medicamentosa tradicional. Portanto, percebe-se uma ampliação da identificação de PRM ao se utilizar esse raciocínio clínico, o que pode significar maior impacto clínico para o paciente, contribuindo não apenas para sua segurança na instituição, mas também para alcance da efetividade de sua farmacoterapia.

Para a resolução de cada um dos problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados foram realizadas intervenções diretamente com a equipe médica, sendo que 61,2% foram aceitas, 3,1% delas não foram aceitas e em 35,7% não há registro da aceitação. Esse resultado sugere uma boa taxa de aceitabilidade das intervenções pela equipe, ao mesmo tempo que demonstra a necessidade de melhora da documentação do processo.

Considerações finais

Os PRM relacionados à indicação foram os mais frequentes neste estudo. Contudo, um dos resultados mais importantes deste trabalho foi demonstrar a identificação de outras categorias de problemas que normalmente não seriam identificadas com a realização de um processo tradicional de conciliação. Tais resultados mostram o potencial de um serviço de conciliação, aliado ao raciocínio clínico preconizado pelo *pharmaceutical care*, na otimização da farmacoterapia de pacientes internados.

Informações adicionais

ORCID: Isabela Viana Oliveira- **0000-0001-7846-5914**; Luciane de Abreu Ferreira - **0000-0002-1789-2901**; Thaís Mendes Pinheiro - 0000-0002-9512-4537; Yone de Almeida Nascimento - **0000-0002-5897-0160**

Referências

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY (ACCP). Standards of Practice for Clinical Pharmacists. **Pharmacotherapy**, v.34, n.8, p.794-797, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/phar.1438>. Acesso em: 29 abril 2022.

ANDERSON, L. J.; SCHNIPPER, J. L.; NUCKOLS, T. K. *et al.* Effect of medication reconciliation interventions on outcomes: a systematic overview of systematic reviews. **Am J Health Syst Pharm.**, v.76, n.24, p.2028-2040, 2019. Doi: 10.1093/ajhp/zxz236.

BENEDICT, A. W.; SPENCE, M. M.; SIE, J. L. *et al.* Evaluation of a Pharmacist-Managed Diabetes Program in a Primary Care Setting Within an Integrated Health Care System. **J Manag Care Spec Pharm.**, v.24, n.2, p.114-122, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 4 v.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: The clinician's guide**. 3rd ed. New York: McGraw Hill, 2012.

CLAEYS, C.; NEVE, J.; TULKENS, P. M.; SPINEWINE, A. Content Validity and Inter-Rater Reliability of an Instrument to Characterize Unintentional Medication Discrepancies. **Drugs Aging**, v. 29, n. 7, p. 577-591, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

CORNISH, P. L.; KNOWLES, S. R.; MARCHESANO, R. *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Arch Intern Med.**, v.165, n.4, p.424-429, 2005. Doi: 10.1001/archinte.165.4.424.

DETONI, K. B.; OLIVEIRA, I. V.; NASCIMENTO, M. M. G.; CAUX, T. R.; ALVES, M. R.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with DPOC. **Int J Clin Pharm**, v. 39, n. 1, p. 95-103, 2016.

GLEASON, K.; BOBB, A; HUSCH, M. *et al.* The epidemiology of prescribing errors: the potential impact of computerized prescriber order entry. **Arch Intern Med**, v.164, n.7, p.785-792, 2017. Doi: 10.1001/archinte.164.7.785.

GRAABAEK, T.; KJELDSEN, L. J. Medication reviews by clinical pharmacists at hospitals lead to improved patient outcomes: a systematic review. **Basic Clin Pharmacol Toxicol**. v.112, n.6, p.359-373, 2013. Doi: 10.1111/bcpt.12062.

HANSEN, L. O.; YOUNG, R. S.; HINAMI, K.; LEUNG, A.; WILLIAMS, M. V. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. **Ann Intern Med.**, v.155, n.8, p.520-528, 2011. Doi: 10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00008.

ISETTS, B. J. *et al.* Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. **APhA**, v.48, n.2, p.203–214, 2008.

JURADO, L. V.; STEELMAN, J. D. The role of the pharmacist in the intensive care unit. **Crit Care Nurs Q**. v.36, n.4, p.407-14, 2013.

KJELDSEN, L. J. *et al.* **Development and evaluation of a clinical pharmacy screening service of risk medications:** a national collaboration study. Amgros. NSQH, Copenhagen, 2012.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. *In*: KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human:** building a safer health system. Washington: IOM National Academy Press, 1999. p.25-48.

LEE, R.; MALFAIR, S.; SCHNEIDER, J. *et al.* Evaluation of Pharmacist Intervention on Discharge Medication Reconciliation. **Can J Hosp Pharm.**, v.72, n.2, p.111-118, 2019.

LOMBARDI, N. F. *et al.* Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, e2760, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0820.2760.10>. Acesso em: 29 abril 2022.

MAGALHÃES, A. C. A. F.; CANTANHEDE, A. M. F. C; DRUMMOND, B. M. *et al.* Avaliação da implantação do serviço de farmácia clínica na Unidade de Terapia Intensiva para contribuir na segurança do paciente. **Rev Med Minas Gerais**. v.26, Supl. 5, S16-S22, 2016.

MAGALHÃES, G. F. *et al.* Medication Reconciliation in Patients Hospitalized in a Cardiology Unit. **PLoS ONE**, v. 9, n. 12, 2014.

MEKONNEN, A. B.; McLACHLAN, A. J.; BRIEN, J. A. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v.23, n.6, p.2, feb. 2016. INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA (ISMP). Medication reconciliation (MEDREC). Toronto (ON). 2022. Disponível em: <https://www.ismp-canada.org/medrec/>. Acesso em: 29 abril 2022.

MENDONÇA, S. A. M. *et al.* Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 365-373, sep. 2016.

MOURÃO, A. O. M.; FERREIRA, W. R.; MARTINS, M. A. P. *et al.* Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled trial. **Int. J. Clin. Pharm.**, v.35, p.79-86, 2013.

NEVES, C. M.; NASCIMENTO, M. M. G. D.; SILVA, D. A. M., RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. **Pharmacy (Basel)**, v.7, n.2, p.58, 2019.

OBRELI-NETO, P.R.; MARUSIC, S.; GUIDONI, C. M. *et al.* Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. **JMCP**, v.21, n.1, p. 66-75, 2015.

OLIVEIRA, I. V, NASCIMENTO, Y. A.; RAMALHO-DE-OLIVIERA, D. Decision-making process in comprehensive medication management services: from the understanding to the development of a theoretical model. **Pharmacy**, v. 8, n. 180, 2020.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D., BRUMMEL, A. R., MILLER, D. B. Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System. **JMCP**, v.16, n.3, p.185–195, 2012.

REDMOND, P.; GRIMES, T.C.; MCDONNELL, R. *et al.* Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. **The Cochrane database of systematic reviews**, v.8, CD010791, 2018. Doi: 10.1002/14651858.CD010791.pub2.

RENAUDIN, P.; BOYER, L; ESTEVE, M. A; BERTAULT-PERES, P. *et al.* Do pharmacist-led medication reviews in hospitals help reduce hospital readmissions? A systematic review and meta-analysis. **Br J Clin Pharmacol**, v.82, p.1660–1673, 2016. Doi: 10.1111/bcp.13085.

SANTOS, B. D; NASCIMENTO, M. M. G.; OLIVEIRA, G. C. B. *et al.* Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. **J. Pharm. Pract.** p.1-7. 2019. Doi: 10.1177/0897190019866309.

STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Curr Pharm Des**, v.10, n.31, p.3987-4001, 2004.

SILVA, T. B.; ALVES-ZARPELON; J. V. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. **Informa Ciências Farmacêuticas**, v.33, n,2, p. 158-166, 2021.

TAM, V. C.; KNOWLES, P. L.; CORNISH, P. L. *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ August**, v. 173, n.5, p. 510-515, 2005.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Using medication reconciliation to prevent errors**. n. 35, 2006. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF. Acesso em: 29 abril 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017.

ZONI, A. C; DURÁN, M. E. G; JIMÉNEZ, A. B. M.; SALOMÓN, R.P. *et al.* The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. **Eur J Intern Med**, v. 23, n. 8, p.696-700, 2012. Doi: 10.1016/j.ejim.2012.08.013.

Abstract

Medication reconciliation consists of a systematic review of the medications used by the patient during the transition stages of care, aiming to ensure that all medications that are added, discontinued or modified are evaluated. To ally the clinical reasoning proposed by the theoretical methodological framework of pharmaceutical care with the reconciliation activity can contribute to the standardization and optimization of clinical services in the hospital environment. The objective of this paper was to evaluate the medication reconciliation carried out in a medium-sized military hospital in Belo Horizonte and to describe the drug therapy problems (DTP) identified during the process. This is a cross-sectional and retrospective study, which included the reconciliations of patients admitted to the medical clinic between January 2019 and April 2020. The documentation of 946 medication reconciliations were analyzed, and 644 DTP were identified in the patients' pharmacotherapy. In order to solve each of these problems, interventions were carried out with the medical team, with 61.2% being accepted, 3.1% not being accepted and in 35.7% there is no record of acceptance. Of the total number of DTP detected, 349 (54.2%) were only identified due to the evaluation of the indication, effectiveness, safety and convenience of each of the prescribed drugs, as described by the clinical reasoning of pharmaceutical care. As expected at a time of care transition, indication-related DTP were the most frequent. However, problems were identified that would not normally be detected with a traditional reconciliation medication process.

Keywords: *clinical pharmacy; drug therapy problems; medication reconciliation; pharmaceutical care.*

Resumen

La conciliación consiste en una revisión sistemática de los medicamentos utilizados por el paciente durante las etapas de transición de la atención, con el objetivo de garantizar que todos los medicamentos que se agreguen, suspendan o modifiquen sean evaluados. Combinar el razonamiento clínico propuesto por el marco teórico y metodológico de la atención farmacéutica con la actividad de conciliación puede contribuir a la estandarización y optimización de los servicios clínicos en el ámbito hospitalario. El objetivo de este artículo fue evaluar la conciliación realizada en un hospital militar de

mediano porte en Belo Horizonte y describir los problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) identificados durante el proceso. Se trata de un estudio transversal y retrospectivo, que incluyó las conciliaciones de pacientes ingresados en la clínica médica entre enero de 2019 y abril de 2020. Se analizó la documentación de 946 conciliaciones de medicamentos y se identificaron 644 PRM en la farmacoterapia de los pacientes. Para solucionar cada uno de estos problemas se realizaron intervenciones con el equipo médico, siendo aceptado el 61,2%, no aceptado el 3,1% y sin registro de aceptación el 35,7%. Del total de PRM detectados, 349 (54,2%) sólo fueron identificados por la evaluación de la indicación, eficacia, seguridad y conveniencia de cada uno de los medicamentos prescritos, tal y como describe el razonamiento clínico de atención farmacéutica. Como era de esperar en un momento de transición de la atención, los PRM relacionados con la indicación fueron los más frecuentes. Sin embargo, se identificaron problemas que normalmente no se detectarían con un proceso de conciliación tradicional.

Palabras clave: *conciliación de medicamentos; farmacia clínica; problemas relacionados con el consumo de medicamentos; cuidado farmacéutico.*

Recebido em 29/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 16/Mai/2022.

Aprovado em 02/Jun/2022.

Cardiotoxicidade associada ao tratamento do câncer de mama:

Onde estamos e para onde vamos

Breast cancer treatment cardiotoxicity:
What we know and future perspectives

Cardiotoxicidad asociada al tratamiento del cáncer de mama:
Dónde estamos y hacia dónde vamos

Fernanda Brito de Oliveira⁵

Resumo

O câncer de mama é o principal câncer entre as mulheres no mundo e a primeira causa de morte por câncer em mulheres. Nos últimos anos, houve um aumento significativo do número de agentes disponíveis para tratar câncer de mama, especialmente os que expressam o receptor HER2 (*human epidermal growth factor*). Como consequência, houve também um aumento no número de sobreviventes à doença e dos efeitos adversos do tratamento. Entre eles, destaca-se a cardiotoxicidade, um importante limitador do tratamento com importante impacto negativo também no prognóstico dos pacientes. A fim de minimizar os danos ao aparelho cardiovascular, pesquisas vêm sendo realizadas na tentativa de se identificar o paciente com maior susceptibilidade ao efeito tóxico dos quimioterápicos, bem como melhores estratégias de prevenção e tratamento desses pacientes. Este estudo trata-se de uma revisão da literatura sobre o conhecimento atual da cardiotoxicidade relacionada à terapia para o câncer de mama.

⁵ Médica do Quadro de Oficiais da Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais. Professora assistente de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Palavras-chave: cardiotoxicidade; câncer de mama; disfunção ventricular, cardi-oncologia.

Introdução

O câncer de mama é o principal câncer entre as mulheres no mundo, com uma estimativa de 2.2 milhões de novos casos em 2020 e a primeira causa de morte por câncer em mulheres segundo o relatório GLOBOCAN (WHO, 2020); a chance de uma mulher falecer em decorrência da doença é em torno de 2,6%. Nos Estados Unidos, o risco de uma mulher desenvolver neoplasia de mama em algum momento da vida é de 13%. Nos últimos anos a incidência tem aumentado 0,5% ao ano.

Os principais fatores de risco para esse tipo de câncer incluem abuso de álcool, tabagismo, fatores genéticos, história familiar de câncer, uso de terapia de reposição hormonal na pós-menopausa, idade avançada e fatores reprodutivos (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

A introdução de medidas de rastreamento populacional permitiu um diagnóstico em fases mais precoces da doença. Soma-se a isso o avanço na terapêutica contra o câncer, levando ao aumento na população de sobreviventes que está também sob maior risco de desenvolvimento de outras doenças, particularmente as cardiovasculares.

Pacientes com câncer de mama apresentam uma maior incidência de doenças cardiovasculares (DCV) comparadas a controles livres de câncer. Após o desenvolvimento da DCV, a sobrevida geral piora de forma significativa. As DCV respondem por 16,3% das mortes em pacientes com câncer de mama, ultrapassando a mortalidade devido ao câncer naqueles com fatores de risco presentes há mais de 10 anos (PADEGIMAS; CLASEN; KY, 2020).

Soma-se a isso a ocorrência de disfunção ventricular relacionada à terapia do câncer, também chamada de cardiotoxicidade, definida como redução maior que 10% na fração de ejeção do VE (FEVE) para um valor abaixo do limite inferior da normalidade (menor que 50%). O diagnóstico pode ser realizado pela confirmação da alteração cardiovascular durante ou após o tratamento, após exclusão de outras etiologias (HAJJAR, 2020).

O objetivo do presente estudo foi fazer uma revisão sobre as principais terapias para o câncer de mama atualmente empregadas e sua associação com cardiotoxicidade. Foi realizada a revisão da literatura mediante publicações de 2000 a 2022 nas bases de dados PubMed/ MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, utilizando-se os descritores “*cardiotoxicity, breast cancer, chemotherapy, cardio-oncology*”.

Revisão de literatura

Definição de cardiotoxicidade

Segundo Hajjar *et al.* (2020), a cardiotoxicidade é definida como redução maior que 10% na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) para um valor abaixo do limite inferior da normalidade (menor que 50%). O diagnóstico pode ser realizado pela confirmação da alteração cardiovascular durante ou após o tratamento, após exclusão de outras etiologias.

O ecocardiograma é o método de escolha para o diagnóstico da disfunção miocárdica, especialmente o método tridimensional, quando disponível. O *strain longitudinal global (SLG)* é ferramenta de alta sensibilidade para prever a ocorrência da disfunção. A ressonância magnética, considerada padrão ouro para avaliar a função cardíaca, fica reservada para os casos em que o ecocardiograma não foi capaz de fornecer avaliação adequada para avaliação de pericárdio, doenças infiltrativas e avaliação de massas e tumores.

Além dos métodos de imagem, a dosagem de marcadores séricos como troponina são recomendados após cada ciclo de quimioterapia na tentativa de se identificar os pacientes que irão precisar de um maior monitoramento da função cardíaca ou até mesmo de estratégias cardioprotetoras.

O peptídeo natriurético cerebral (BNP) e sua fração N-terminal (NT proBNP) também já se mostraram úteis em prever a ocorrência de cardiotoxicidade, porém ainda são necessários mais estudos para se estabelecer um ponto de corte ideal para esses biomarcadores.

Diversos agentes usados no tratamento do câncer de mama podem causar cardiotoxicidade por mecanismos distintos, com destaque especial para as drogas cujo alvo são os receptores HER2. Esses receptores também são encontrados nas células miocárdicas e endoteliais e têm papel importante nos mecanismos de reparo à injúria miocárdica.

O desenvolvimento da cardiotoxicidade, mesmo que assintomática, não só altera o prognóstico cardiovascular da paciente, como limita as opções terapêuticas.

O dano aos cardiomiócitos podem causar disfunção ventricular assintomática ou insuficiência cardíaca, disfunção valvar, arritmias, distúrbios de condução, miocardites, pericardites, dano endotelial, aterosclerose prematura e fenômenos tromboembólicos (BIKIEWICZ *et al.*, 2021; HAJJAR *et al.*, 2020).

A incidência de disfunção cardíaca relacionada à terapia do câncer varia de 9 a 26% após tratamento com doxorubicina, 13 a 17% com trastuzumabe e 27 a 34% com terapias combinadas.

O uso de forma preventiva de drogas previamente estabelecidas para tratamento de insuficiência cardíaca, como betabloqueadores e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA), mostrou efeitos modestos na redução da disfunção ventricular (PADEGIMAS, CLASEN; KY, 2020).

Guglin *et al.* (2019) avaliaram o efeito do uso profilático de lisinopril, carvedilol ou placebo em pacientes com câncer de mama tratados com trastuzumabe, associado ou não a antraciclinas. Apesar de não ter encontrado diferença nos desfechos avaliados (elevação de troponina ou BNP, FEVE pelo ecocardiograma e sintomas de insuficiência cardíaca em dois anos de seguimento), observou-se menor incidência de redução na FEVE nos pacientes que estavam em uso de doxorubicina e trastuzumabe e receberam tanto lisinopril quanto carvedilol.

Mais estudos são necessários para definir as recomendações de prevenção primária com essas classes de medicamentos.

Quimioterápicos

Trastuzumabe

Trastuzumabe é um anticorpo monoclonal que se liga a domínios extracelulares do receptor HER2 das células tumorais, inibindo crescimento e proliferação dessas células.

A presença do receptor HER2 (*human epidermal growth factor*) está associada a formas mais agressivas de câncer de mama, especialmente em mulheres jovens. Esse receptor de tirosina quinase facilita a sinalização de vias de crescimento, divisão, motilidade e reparo celular (GENUINO, 2019).

O uso de terapias-alvo para esse receptor tem aumentado a sobrevida das pacientes significativamente e por isso as diretrizes brasileiras, europeias e americanas recomendam o uso do trastuzumabe em adjuvância à quimioterapia para pacientes com câncer de mama HER2 positivos, em estágio inicial (MODI, 2020a).

O receptor HER2 também é expresso pelas células miocárdicas. O uso do trastuzumabe promove nessas células um aumento na concentração de angiotensina II, inibindo vias celulares anti-apoptóticas; impede o crescimento e o reparo desses miócitos, promovendo a disfunção miocárdica. O dano, nesse caso, é reversível na maioria das vezes.

O mecanismo pelo qual ele causa cardiotoxicidade ainda não está totalmente esclarecido, mas sabe-se que está associado à citotoxicidade, por meio de inibição da transdução de sinais, neoangiogênese, reparo ao DNA, além da produção de espécies reativas de oxigênio (JERUSALEM; LANCELLOTTI; KIM, 2019).

A cardiotoxicidade induzida por esse fármaco não é dose dependente e pode ocorrer durante o tratamento, ou num curto período após o término da quimioterapia (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que a adição do trastuzumabe à quimioterapia aumenta a resposta ao tratamento em 50% e a sobrevida em 35% e reduz o risco de recorrência em 35% (GENUINO *et al.*, 2019). Porém, essa combinação aumenta também o risco de disfunção

miocárdica em 5-10% (PEREZ *et al.*, 2008). A inibição da atividade do HER2 pelo trastuzumabe aumenta a suscetibilidade do miocárdio à toxicidade induzida pelas antraciclina. E esse dano miocárdico, em geral, é irreversível (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

O Trastuzumabe deruxtecan é um anticorpo conjugado, composto por um anticorpo monoclonal específico para HER2 clivável com um potente inibidor de topoisomerase I como droga citotóxica, permitindo que esta atravessasse facilmente a membrana celular e tenha efeito citotóxico no microambiente de células tumorais, independente da expressão de receptores alvo (YIN *et al.*, 2021). Além disso, a droga liberada tem meia-vida curta, minimizando a exposição sistêmica (KEAM, 2020).

Trastuzumabe deruxtecan apresentou bons resultados em pacientes com câncer de mama metastáticos HER2 positivos que foram submetidos a terapias prévias extensivas, conforme demonstrado pelo estudo DESTINY-Breast01 (MODI, 2020b). Isso fez com que a droga fosse rapidamente aprovada pelo US Food and Drugs Administration (FDA) para uso neste perfil de pacientes. Além disso, a droga não resultou em cardiotoxicidade clinicamente relevante; porém, apresentou maior risco de doença pulmonar intersticial.

Antraciclina

A cardiotoxicidade associada às antraciclina decorre de danos à estrutura do DNA, peroxidação lipídica e mudanças na membrana celular (disfunção mitocondrial, produção de radicais livres de oxigênio e morte celular). Outro mecanismo descrito é o acúmulo de íons ferro nos cardiomiócitos, além de indução de apoptose (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

A toxicidade induzida pelas antraciclina pode acontecer de forma aguda, durante a infusão da droga ou em até duas semanas após o uso. Já a forma crônica pode ocorrer de forma assintomática no primeiro ano após o término do tratamento e em até 10-20 anos após a conclusão do tratamento (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

Essa toxicidade é dependente da dose acumulada total, sendo a dose máxima recomendada de 450-550mg/m². Ela se manifesta por disfunção diastólica progressiva e irreversível, seguida por queda da função sistólica, arritmias, baixa voltagem

eletrocardiográfica e aumento nos níveis de troponina. Alguns estudos têm mostrado recuperação na função sistólica ventricular com o tratamento da insuficiência cardíaca.

O dexrazoxane, um agente quelante de ferro, reduz a produção de espécies reativas de oxigênio. Estudos mostram redução no risco de insuficiência cardíaca com seu uso, inclusive nas formas assintomáticas de disfunção ventricular (PADEGIMAS; CLASEN; KY, 2020). A Diretriz Brasileira de Cardio-oncologia de 2020 recomenda o uso dessa droga naqueles pacientes com risco elevado de doença cardiovascular que farão uso de altas doses de antraciclinas (HAJJAR *et al.*, 2020).

Além desse agente, a infusão contínua da droga (e não em bolus), além do uso de formulações lipossomais são estratégias cardioprotetoras e não comprometem a eficácia do tratamento.

Outras classes de quimioterápicos

A ciclofosfamida, também usada na quimioterapia convencional para tratamento do câncer de mama, causa cardiotoxicidade por meio da ação de seus metabólitos nos cardiomiócitos e células endoteliais, com produção de radicais livres de oxigênio e peroxidação lipídica (IQUBAL *et al.*, 2019). Os resultados são dano endotelial, exsudatos, hemorragia e edema intersticial. As expressões clínicas são miocardite e pericardite com derrame pericárdico, além da disfunção ventricular. Os sintomas podem ocorrer em até 10 dias após a administração e permanecem por poucos dias. O risco de cardiotoxicidade é maior quando doses altas são empregadas e parece ser mais frequente em pacientes portadores de linfoma comparado à neoplasia de mama. A presença concomitante de fatores de risco para doenças cardiovasculares aumenta o risco de cardiotoxicidade.

Drogas como 5-fluoracil e capecitabina inibem a produção de precursores de ácidos nucléicos necessários para a replicação do DNA. A cardiotoxicidade por eles induzida está relacionada a efeitos de metabólitos nos cardiomiócitos e nos miócitos das coronárias. Assim, clinicamente a apresentação mais frequente é de angina e até mesmo infarto por vasoespasmo (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

Inibidores de microtúbulos, também conhecidos como taxanos (paclitaxel e docetaxel), associados às antraciclinas, é a combinação de maior toxicidade sobre o músculo cardíaco. Os sintomas vão desde distúrbios do ritmo até insuficiência cardíaca (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

Radiação ionizante

Também utilizada na terapia adjuvante do câncer de mama, a radioterapia promove cardiotoxicidade por lesão ionizante direta e dano aos componentes celulares. As artérias coronárias e a microcirculação são particularmente afetadas, com aceleração do desenvolvimento de doença coronariana, frequentemente cursando com infartos assintomáticos, devido ao dano neural concomitante (JAWORSKI *et al.*, 2013).

Em sua recente revisão, Bikiewicz *et al.* (2021) afirmam que defeitos valvares podem ser encontrados em até 10% dos pacientes, acometendo principalmente as valvas mitral e aórtica. As lesões mais comuns são a regurgitação mitral e a estenose aórtica.

A insuficiência cardíaca é o resultado final da fibrose intersticial induzida pela radiação acrescido de dano microvascular e endotelial. A redução da fração de ejeção é mais comumente vista naquelas pacientes que receberam antraciclinas e radioterapia. Raramente há dano ao sistema de condução cardíaco. Os efeitos tóxicos da radiação dependem da dose, localização do tumor e volume de coração irradiado.

Considerações finais

A terapia adjuvante para o câncer de mama trouxe grande impacto na redução da morbidade e mortalidade associadas à doença; entretanto, a cardiotoxicidade é um importante limitador dessa terapia, uma vez que o desenvolvimento de disfunção ventricular não só afeta a qualidade de vida desses pacientes, como também piora o prognóstico deles (BIKIEWICZ *et al.*, 2021).

Muitos dos fatores de risco para câncer de mama também o são para as doenças cardiovasculares. Por isso, faz-se necessário a vigilância da cardiotoxicidade e, em

alguns casos, até mesmo o uso de estratégias cardioprotetoras durante o tratamento e mesmo anos após o término dele. Medidas como cessação do tabagismo, controle do peso e prática regular de atividade física devem ser encorajadas, além do controle adequado da hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia.

Pesquisas envolvendo predisposição genética para a toxicidade associada à quimioterapia podem ajudar num tratamento mais individualizado, porém ainda não trouxeram evidências satisfatórias.

A identificação do dano ao miocárdio em fase subclínica permite a adoção de medidas cardioprotetoras, no intuito de prevenir a instalação irreversível da insuficiência cardíaca (BIKIEWICZ *et al.*, 2021). A presença de níveis elevados de biomarcadores (NT-proBNP e troponina) é indicativa de risco aumentado de cardiotoxicidade. Novos biomarcadores também têm sido estudados no intuito de identificar precocemente a cardiotoxicidade e aqueles pacientes que se beneficiariam de medidas de cardioproteção.

O arsenal terapêutico para o tratamento do câncer de mama avança rapidamente. Entretanto, estudos para controle e manejo dos efeitos adversos não ocorrem na mesma velocidade. O surgimento de novos fármacos com menor potencial tóxico para o sistema cardiovascular, a exemplo do trastuzumabe deruxtecan, pode trazer uma melhor opção terapêutica para pacientes sob maior risco de cardiotoxicidade.

Diante do exposto, há um crescente interesse especificamente no que tange à cardio-oncologia. Grandes esforços têm sido empregados na tentativa de uma maior compreensão sobre a interação entre o tratamento do câncer de mama e o sistema cardiovascular. Vários estudos estão em andamento no intuito de aprimorar estratégias de monitoramento, intervenções e tratamento da cardiotoxicidade.

Informações adicionais

ORCID: Fernanda Brito de Oliveira - **0000-0002-7324-1556**.

Referências

- BIKIEWICZ, A. *et al.* Adjuvant breast cancer treatments cardiotoxicity and modern methods of detection and prevention of cardiac complications. **ESC Heart Failure** **2021**, v. 8, n. 4, p. 2397-2418, aug. 2021.
- GENUINO, A.J. *et al.* Adjuvant trastuzumab regimen for HER2-positive early-stage breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Expert Review of clinical Pharmacology**, v. 12, n. 8, p. 815-824, aug. 2019.
- GUGLIN, M. *et al.* Randomized Trial of Lisinopril Versus Carvedilol to Prevent Trastuzumab Cardiotoxicity in Patients With Breast Cancer. **J Am Coll Cardiol.**, v. 73, n. 22, p. 2859–2868, jun. 2019.
- HAJJAR, L.A. *et al.* Diretriz Brasileira de Cardio-oncologia – 2020. **Arq Bras Cardiol.** v. 115, n. 5, p. 1006-1043, nov. 2020.
- IQUBAL, A. *et al.* Molecular mechanism involved in cyclophosphamide-induced cardiotoxicity: Old drug with a new vision. **Life Sci.**, v. 218, p. 112-131, feb. 2019.
- JAWORSKI, C. *et al.* Cardiac complications of thoracic irradiation. **J Am Coll Cardiol.**, v. 61, n. 23, p. 2319-28, jun. 2013.
- JERUSALEM, G.; LANCELLOTTI, P.; KIM, S.B. HER2+ breast cancer treatment and cardiotoxicity: monitoring and management. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 177, n. 2, p. 237-250, sept. 2019.
- KEAM, S.J. Trastuzumab Deruxtecan: First Approval. **Drugs**, v. 80, n. 5, p. 501-508, apr. 2020.
- MODI, S. *et al.* Antitumor Activity and Safety of Trastuzumab Deruxtecan in Patients With HER2-Low-Expressing Advanced Breast Cancer: Results From a Phase Ib Study. **J Clin Oncol.**, v. 38, n. 17, p. 1887-1896, jun 2020a.

MODI, S. *et al.* Trastuzumab deruxtecan in previously treated HER2-positive breast cancer. **N. Engl. J. Med.**, v. 382, n. 7, p. 610-621, feb. 2020b.

NICOLAZZI, M.A. *et al.* Anthracycline and trastuzumab-induced cardiotoxicity in breast cancer. **Eur Rev Med Pharmacol Sci.**, v. 22, n. 7, p. 2175-2185, apr. 2018.

PADEGIMAS, A.; CLASEN, S.; KY, B. Cardioprotective strategies to prevent breast cancer therapy-induced cardiotoxicity. **Trends Cardiovasc Med.**, v. 30, n. 1, p. 22-28, jan. 2020.

PEREZ, E.A. *et al.* Cardiac safety analysis of doxorubicin and cyclophosphamide followed by paclitaxel with or without trastuzumab in the North Central Cancer Treatment Group N9831 adjuvant breast cancer trial. **J Clin Oncol.**, v. 26, n. 8, p. 1231-8, mar. 2008.

ROSA, D.D. *et al.* **Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.** Mama: doença localizada – neoadjuvância. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 2022. 24p. Disponível em <https://www.sbec.org.br/images/05.-Diretrizes-SBOC-2022---Mama-neoadjuvante-v11-PARA-CONTRIBUIO.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer. **Cancer Today**. Data & Methods. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data-sources-methods>. Acesso em: 08 jul. 2022.

YIN, O. *et al.* Exposure-Response Relationships in Patients With HER2-Positive Metastatic Breast Cancer and Other Solid Tumors Treated With Trastuzumab Deruxtecan. **Clin Pharmacol Ther.**, v. 110, n. 4, p. 986-996, oct. 2021.

Abstract

Breast cancer is the leading cancer among women worldwide and the leading cause of cancer death in women. In the past few years, there has been a significant increase in the number of agents available to treat breast cancer, especially those that express the HER2 (human epidermal growth factor) receptor. As a consequence, there is also an increase in the number of survivors of the disease and the adverse effects of treatment. Among them, cardiotoxicity stands out as an important limitation of treatment with a significant negative impact on the prognosis of patients. In order to minimize this, researches have been carried out in an attempt to identify the patient with susceptibility to the toxic effect of chemotherapeutic agents, as well as better strategies for the prevention and treatment of these patients. This study is a review of the literature on current knowledge of therapy-related cardiotoxicity for breast cancer.

Keywords: cardiotoxicity; breast cancer; ventricular dysfunction, cardio-oncology.

Resumen

El cáncer de mama es el principal cáncer entre las mujeres en todo el mundo y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. En los últimos años, ha habido un aumento significativo en el número de agentes disponibles para tratar el cáncer de mama, especialmente aquellos que expresan el receptor HER2 (factor de crecimiento epidérmico humano). Como consecuencia, también hubo un aumento en el número de sobrevivientes de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Entre ellos destaca la cardiotoxicidad, una importante limitación del tratamiento con un importante impacto negativo también en el pronóstico de los pacientes. Con el fin de minimizar el daño al sistema cardiovascular, se han llevado a cabo investigaciones que intentan identificar al paciente con mayor susceptibilidad al efecto tóxico de los agentes quimioterápicos, así como mejores estrategias de prevención y tratamiento de estos pacientes. Este estudio es una revisión de la literatura sobre el conocimiento actual de la cardiotoxicidad relacionada con la terapia para el cáncer de mama.

Palabras clave: cardiotoxicidad; cáncer de mama; disfunción ventricular, cardio-oncología.

Recebido em 27/Abr/2022.

Versão final rerepresentada em 16/Mai/2022.

Aprovado em 01/Jun/2022.

Prevalência de lesões bucais diagnosticadas no serviço de estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais

Prevalence of oral lesions diagnosed at the stomatology service of the Military Police of Minas Gerais Dental Center

Prevalencia de lesiones orales diagnosticadas en el servicio de estomatología del Centro Odontológico de la Policía Militar de Minas Gerais

Marcelo Ferreira Pinto Cardoso ⁶

Déborah Campos Telles ⁷

Nathalia Braga de Abreu ⁸

Letícia Carolina Brandão de Souza ⁹

Gabriela Kelly da Silva ¹⁰

Karen Maria Guimarães Pacheco ¹¹

Giovanna Ribeiro Souto ¹²

Resumo

Busca compreender o perfil epidemiológico dos militares e dependentes que já estiveram ou ainda estão em atendimento na clínica de Estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais realizando um levantamento de dados pessoais e das lesões, com o intuito de conhecer mais sobre os tipos e a sua prevalência neste grupo de

⁶ 1° Tenente do Quadro de Oficiais da Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

⁷ 1° Tenente do Quadro de Oficiais da Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

⁸ Cirurgiã-dentista.

⁹ Cirurgiã-dentista.

¹⁰ Cirurgiã-dentista, mestranda em Estomatologia.

¹¹ Cirurgiã-dentista.

¹² DDS, MsC, PhD. Departamento de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

peças. Os dados de 638 pacientes, atendidos entre 2014 e 2018, foram obtidos a partir dos prontuários locais. Dentre os resultados encontrados, percebeu-se que as maiores frequências de procura por atendimento contemplam a faixa etária de 30-39 anos (38%), seguida da faixa de 40-49 anos (34%). Não houve discrepância significativa entre o número de homens e mulheres atendidos, bem como do número de militares e civis que usufruíram da especialidade. Com relação ao diagnóstico, a maior prevalência foi de lesões traumáticas/irritativas, seguida de lesões potencialmente malignas, enquanto apenas 2% das lesões foram malignas. O estudo sugere a relação entre a etiopatologia das lesões mais prevalentes com a rotina do trabalho militar e com as faixas etárias atendidas. Tal análise permite a visualização do panorama do serviço, podendo contribuir para novas estratégias de gestão.

Palavras-chave: estomatologia; PMMG; perfil epidemiológico; lesões em boca.

Introdução

Estudos epidemiológicos utilizando dados obtidos de serviços de saúde são importantes para identificação de grupos de risco a determinadas doenças e desenvolvimento de programas de prevenção e diagnóstico precoce de doenças (MARTINS *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2017). A população que atua na atividade policial está envolvida com a exposição a diversos fatores de risco que podem causar lesões na região oral, como confrontos armados, acidentes com veículos motores e testemunho de mortes violentas. Além disso, fatores locais e ambientais podem afetar a saúde geral desses indivíduos, como alto índice de estresse, níveis locais de violência, qualidade e duração do treinamento, exposição à radiação solar e fatores socioculturais (MAIA *et al.*, 2007).

Estudos que relacionam hábitos de risco, como consumo de álcool, hábito de fumar e exposição à radiação solar com o desenvolvimento de lesões orais são comumente encontrados na literatura (CAMPISI; MARGIOTTA, 2001; KUMAR *et al.*, 2019; SUJATHA *et al.*, 2012). No entanto, são escassos os estudos que avaliam a relação entre a atividade ocupacional e o desenvolvimento de lesões orais. Um estudo de prevalência de lesões de mucosa oral em populações de policiais militares encontrou uma taxa de 8,61% de lesões de mucosa oral, principalmente lesões por injúrias traumáticas e glossite migratória benigna. Adicionalmente, observou-se que esses indivíduos, quando

insatisfeitos com a saúde oral, apresentavam alto risco de apresentar lesões de mucosa oral (ARAÚJO *et al.*, 2015).

Considerando que fatores de risco ocupacionais podem afetar a saúde oral, o objetivo do estudo foi determinar a frequência de lesões orais em uma população de policiais militares e comparar com grupo de indivíduos não militares, ambos atendidos em um centro de referência de lesões orais.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal em que dados obtidos de prontuários de pacientes atendidos no Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais, Brasil, foram revisados. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (nº 2.214.788).

Uma população de 226.173 indivíduos (79.617 militares e 145.556 não militares) é atendida pelos serviços de saúde da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG). Dentro desta população, em um período de quatro anos (2014 a 2018), foram encaminhados para o serviço de referência no tratamento de lesões orais 638 pacientes que tiveram seus prontuários revisados por este estudo. Dados de gênero, idade, ocupação, procedência, hábitos e vícios e diagnóstico clínico e histopatológico de lesões orais foram coletados. As lesões orais foram categorizadas como: lesões inflamatórias/reacionais, lesões ósseas e fibro-ósseas benignas, lesões potencialmente malignas, lesões imunologicamente mediadas, pseudocistos de glândula salivar, lesões infecciosas (fúngicas, bacterianas e virais), malformações vasculares, cistos e tumores odontogênicos e não odontogênicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, ardência bucal, lesões de pigmentação endógenas e exógenas. A classificação dos tumores e outras categorias de lesões foi realizada de acordo com a Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Tumores de Cabeça e Pescoço (BARNES *et al.*, 2005) e livro texto de Patologia Oral e Maxilofacial (NEVILLE *et al.*, 2016).

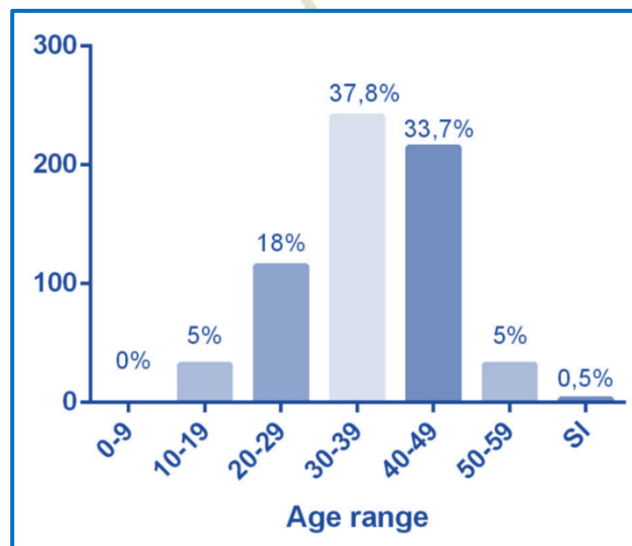
Os indivíduos foram agrupados considerando a ocupação em militares e não militares. Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística utilizando o programa GraphPadPrism 5.01 (GraphPad Software, San Diego, California, USA). Teste qui-

quadrado de Pearson foi usado para avaliar diferenças na frequência de lesões orais nos diferentes grupos. O valor de P adotado foi de 0.05 e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Após a revisão dos prontuários, observou-se que os indivíduos eram 341 (53.4%) militares, 296 (46.4%) não militares, e 1 (0.2%) indivíduo sem informação. Entre os indivíduos militares, 307 (90.0%) eram homens e 34 (10.0%) mulheres, enquanto entre não militares 261 (88.2%) eram mulheres e 35 (11.8%) homens. A maioria dos indivíduos encontrava-se na faixa etária entre 30-39 anos (38.0%) (GRÁF. 1) e eram procedentes de Belo Horizonte (67.4%). Com relação aos hábitos e vícios, 324 (50.0%) dos indivíduos não responderam, 193 (30.0%) disseram não ter hábitos e vícios, 45 (7.0%) eram etilistas, 31 (4.0%) eram tabagistas, 32 (5.0%) ex-tabagistas e 23 (3.0%) eram etilistas e tabagistas. Entre os indivíduos tabagistas, 56.0% foram diagnosticados com lesões potencialmente malignas.

Gráfico 1 -- Faixa etária dos indivíduos militares e não militares atendidos no serviço de Estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais.



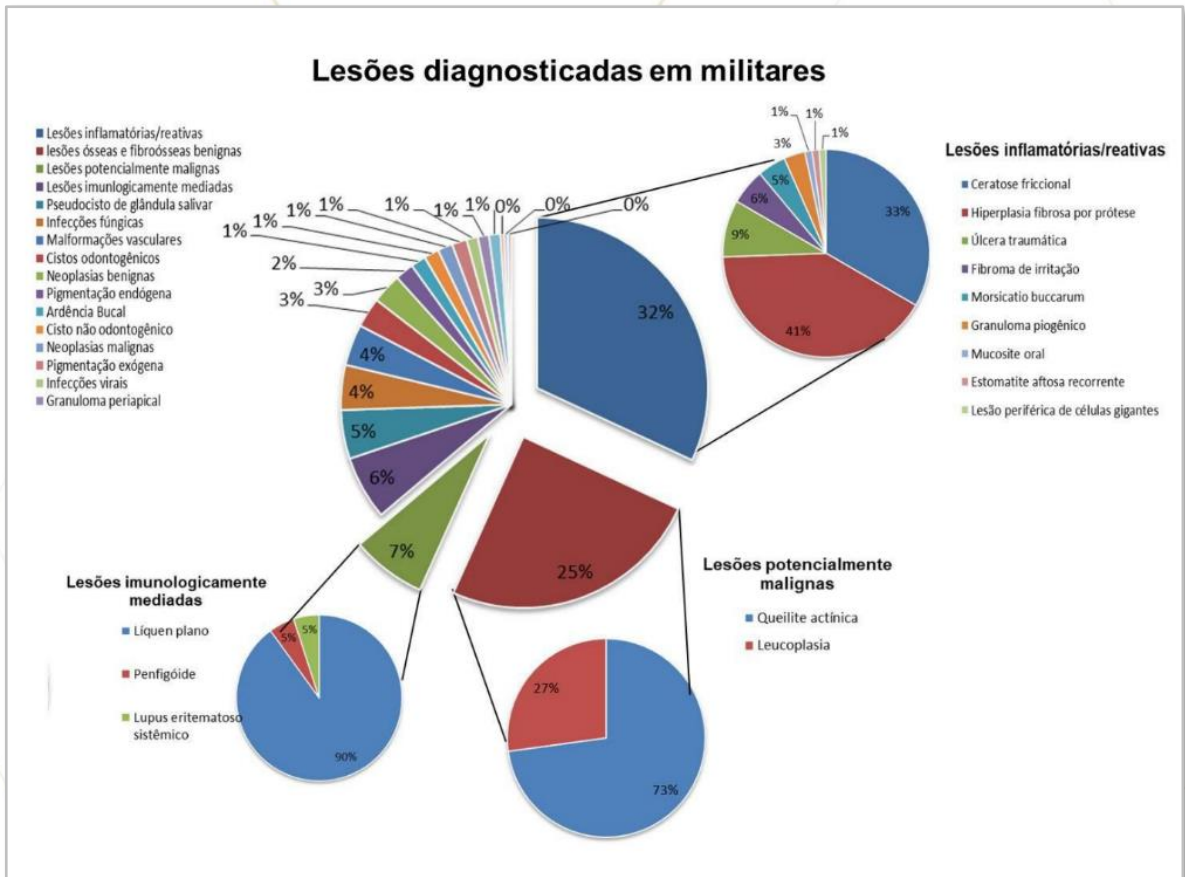
Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre os 638 pacientes encaminhados para o serviço de referência em lesões orais do CODONT, 559 foram diagnosticados com lesões, 27 casos apresentavam diagnósticos inconclusivos e 55 casos foram classificados como alterações da normalidade. Observou-se que 287 dos diagnósticos foram em pacientes militares e 272 em não militares. Considerando a população total atendida pelo serviço de saúde da PMMG (79.617 militares e 145.556 não militares), observou-se uma prevalência de patologias orais de 0.35% entre os militares e 0.18% entre não militares.

Quanto ao comportamento biológico das lesões, obteve-se um diagnóstico de 98.0% de lesões benignas e 2.0% de lesões malignas. Após o agrupamento de lesões em subtipos clínicos, observou-se que os diagnósticos mais prevalentes eram de lesões inflamatórias/reactivas (n=185; 33.0%), lesões potencialmente malignas (n=91; 16.2%), lesões ósseas e fibro-ósseas benignas (n=49; 8.7%) e lesões imunologicamente mediadas (n=40; 7.0%).

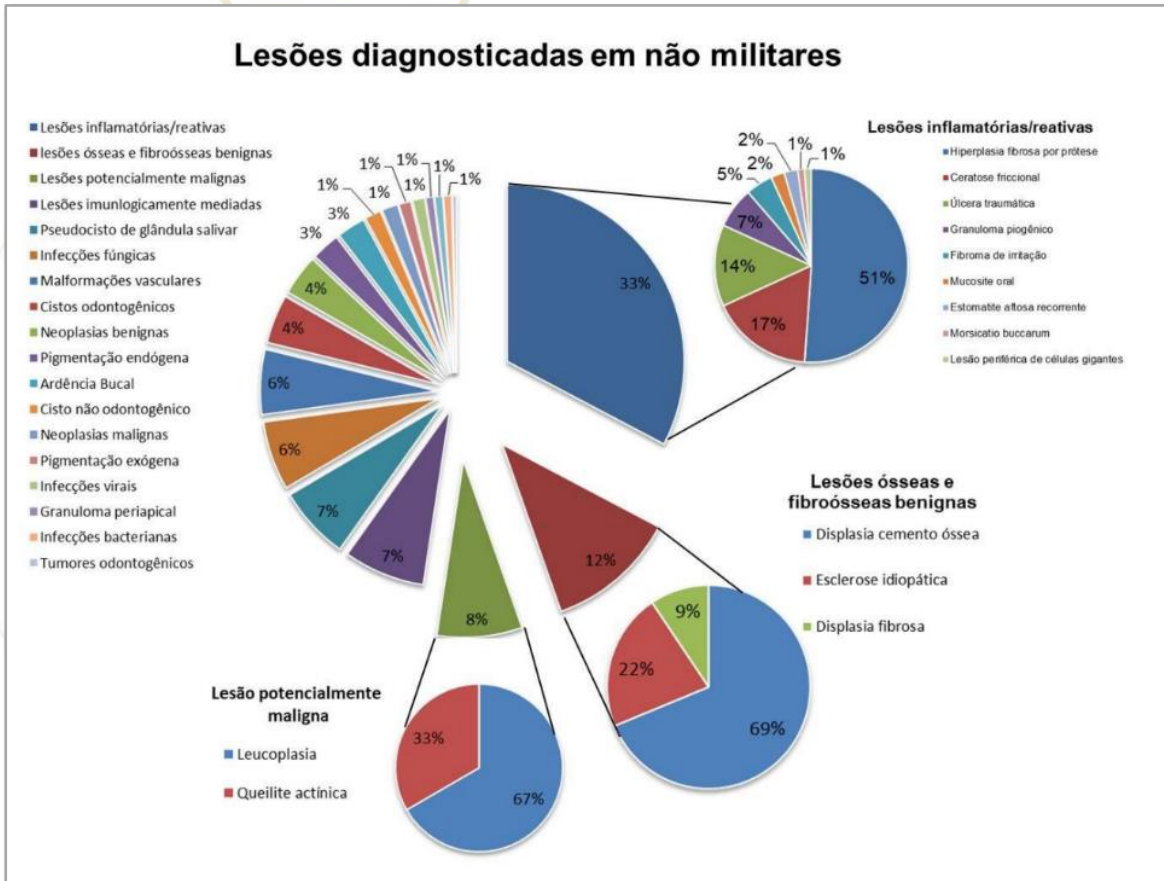
Avaliando-se as lesões separadamente entre os dois subgrupos de pacientes, observou-se que, para ambos os grupos militares e não militares, as lesões inflamatórias/reactivas foram as mais frequentes, com 89 (32.7%) e 96 (33.4%) casos, respectivamente. No entanto, no grupo de militares, observou-se que o segundo tipo de lesão mais prevalente eram as lesões potencialmente malignas (n=70; 25.0%), seguido de lesões imunologicamente mediadas (n=20; 7.0%) (GRÁF. 2). Enquanto no grupo de não militares o segundo diagnóstico mais prevalente foi de lesões ósseas e fibro-ósseas benignas (n=32; 12.0%) e lesões potencialmente malignas (n=21; 8.0%) (GRÁF. 3).

Gráfico 2 – Principais subtipos de lesões diagnosticadas entre indivíduos do grupo de militares no serviço de Estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 3 – Principais subtipos de lesões diagnosticadas entre indivíduos do grupo de não militares no serviço de Estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No grupo de lesões ósseas e fibro-ósseas, observou-se que a displasia cemento-óssea apresentou uma prevalência significativamente maior entre pacientes não militares ($n=22$; 63.0%) quando comparado aos militares ($n=13$; 37.0%) ($P<0.05$). Enquanto no grupo de lesões potencialmente malignas observou-se uma prevalência significativamente maior de queilite actínica entre pacientes militares ($n=51$; 88%) quando comparado ao grupo de pacientes não militares ($n=7$; 12%) ($P<0.05$).

Discussão

O papel do policial militar é prevenir e controlar a criminalidade e, para que isso ocorra, estão constantemente expostos a situações perigosas e estressantes, além de outros fatores deletérios. Com isso, observou-se uma maior prevalência de lesões potencialmente malignas, principalmente queilite actínica, e lesões imunologicamente mediadas, no grupo de pacientes militares quando comparado ao grupo de pacientes não militares. Isso sugere uma relação da rotina de serviço militar com a etiopatologia de algumas lesões.

O diagnóstico de queilite actínica foi significativamente maior no grupo de militares em comparação com o grupo de não militares. A queilite actínica é uma lesão potencialmente maligna que pode evoluir para o carcinoma de células escamosas de lábio. As lesões são observadas principalmente no lábio inferior, de indivíduos com cerca de 40 anos, homens, que trabalham em ambientes ao ar livre expostos à radiação solar. Campanhas de prevenção cujo público-alvo são populações de risco podem ter um importante papel na prevenção e diagnóstico precoce dessas lesões, principalmente em países de clima tropical, que apresentam uma grande quantidade de trabalhadores com ocupações ao ar livre (MELLO *et al.*, 2019).

As lesões imunologicamente mediadas, principalmente o líquen plano, representam o terceiro grupo de lesões mais comuns entre os militares e o quarto grupo de lesões mais comuns entre os não militares. O líquen plano é uma condição inflamatória crônica que pode afetar a pele e as mucosas, incluindo a mucosa oral, com maior prevalência em mulheres em uma proporção de 2:1. A etiologia ainda é pouco conhecida, mas alguns fatores parecem ter um papel importante no desenvolvimento dessas lesões, como fatores genéticos associados ao polimorfismo de algumas citocinas inflamatórias e fatores psicológicos (ALRASHDAN *et al.*, 2016; ESGUEP *et al.*, 2004). Pacientes com líquen plano mostram um maior nível de ansiedade, depressão e aumento da vulnerabilidade a distúrbios psicológicos (SOTO *et al.*, 2004). Além disso, as lesões parecem mais exacerbadas em períodos de estresse e ansiedade (SCULLY; EL-KOM, 1985; IVANOVSKI *et al.*, 2005). Observou-se uma alta prevalência de líquen plano no grupo de indivíduos militares, apesar desse grupo ser uma amostra composta predominantemente por homens.

As lesões fibro-ósseas benignas apresentaram uma maior prevalência entre os pacientes não militares. A maioria dos diagnósticos foram de displasia cemento-óssea. São lesões caracterizadas pela substituição do osso normal por um tecido conjuntivo com variáveis graus de mineralização. Um estudo epidemiológico feito no Brasil mostrou que a maioria das lesões diagnosticadas como lesões fibro-ósseas benignas são classificadas como displasia cemento-óssea, afetando preferencialmente mulheres (95%), com faixa etária média de 54 anos (NETTO *et al.*, 2013). No presente estudo, o grupo de indivíduos não militares era composto principalmente de mulheres (88%), a maioria indivíduos de 30 a 49 anos (71,5%), o que poderia explicar a maior prevalência dessas lesões neste grupo.

As lesões inflamatórias e reativas foram o subtipo de lesões mais comum em ambos os grupos de indivíduos. São lesões que resultam de fatores irritantes locais e que podem simular lesões neoplásicas. O correto diagnóstico é importante para excluir a possibilidade de uma lesão neoplásica e é feito pela associação das características clínicas e histopatológicas. Após o diagnóstico, a remoção dos fatores irritantes, com acompanhamento e manutenção da higiene oral, é importante para prevenir recorrências das lesões (BABU *et al.*, 2017). No presente estudo, a maioria das lesões inflamatórias eram hiperplasia fibrosa por prótese, ceratose friccional e úlcera traumática. Esses dados corroboram com os achados da literatura.

Considerações finais

Poucos estudos avaliando doenças ocupacionais na cavidade bucal são encontrados na literatura. O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a análise do perfil epidemiológico dos militares e dependentes (não militares) que já estiveram ou ainda estão em atendimento na clínica de Estomatologia do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais. Observou-se uma maior prevalência de homens no grupo de militares e de mulheres no grupo não militar, e a faixa etária mais frequente é de 30-39 anos. Dentre os pacientes atendidos, os diagnósticos mais frequentes foram lesões traumáticas/irritativas. Em seguida, foram observadas a prevalência de lesões potencialmente malignas e imunologicamente mediadas no grupo de militares, e lesões ósseas/fibro-ósseas no grupo não militar. O estudo sugere a relação entre a etiopatologia das lesões mais prevalentes com a rotina do trabalho militar e com as faixas etárias atendidas. Tal análise permite a visualização do panorama do serviço, podendo contribuir para novas estratégias de gestão.

Informações adicionais

ORCID: Marcelo Ferreira Pinto Cardoso - **0000-0001-8177-6721**, Déborah Campos Telles - **0000-0002-6060-0361**, Nathalia Braga de Abreu - **0000-0001-7991-6449**, Letícia Carolina Brandão de Souza - **0000-0001-6853113X**, Gabriela Kelly da Silva - **0000-0002-8415-7202**, Karen Maria Guimarães Pacheco - **0000-0001-9733-8777**, Giovanna Ribeiro Souto - **0000-0003-3617-8794**.

Referências

ALRASHDAN, Mohammad S.; CIRILLO, Nicola; MCCULLOUGH, Michael. Oral lichen planus: a literature review and update. **Archives of dermatological research**, v. 308, n. 8, p. 539-551, 2016.

ARAÚJO, Viviani-Silva *et al.* Prevalence of oral mucosal lesions in a Brazilian military police population. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 7, n. 2, p. e208, 2015.

BABU, Biji; HALLIKERI, Kaveri. Reactive lesions of oral cavity: a retrospective study of 659 cases. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 21, n. 4, p. 258, 2017.

BARNES, Leon *et al.* **World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours**. Geneva: WHO, 2005.

CAMPISI, G.; MARGIOTTA, V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 30, n. 1, p. 22-28, 2001.

ESGUEP, A. *et al.* Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. **Medicina oral: organo oficial de la Sociedad Espanola de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patologia y Medicina Bucal**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2004.

IVANOVSKI, Kiro *et al.* Psychological profile in oral lichen planus. **Journal of clinical periodontology**, v. 32, n. 10, p. 1034-1040, 2005.

KUMAR, Sendhil *et al.* Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in adult population visiting primary health centers and community health centers in Kodagu district. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 8, n. 7, p. 2337, 2019.

MAIA, Deborah B. *et al.* Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. **Journal of affective disorders**, v. 97, n. 1-3, p. 241-245, 2007.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima *et al.* Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. **Revista de saude publica**, v. 44, p. 912-922, 2010.

MELLO, Fernanda-Weber *et al.* Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 11, n. 1, p. e62, 2019.

NEVILLE, Brad W. *et al.* **Oral and maxillofacial pathology**. 4th ed. United States: Elsevier Health Sciences, 2015.

NETTO, Juliana de Noronha Santos *et al.* Benign fibro-osseous lesions: clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 115, n. 5, p. e56-e65, 2013.

SCULLY, C.; EL-KOM, M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 14, n. 6, p. 431-458, 1985.

SILVA, Leorik P. *et al.* Oral and maxillofacial lesions diagnosed in older people of a Brazilian population: a multicentric study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 7, p. 1586-1590, 2017.

SUJATHA, D.; HEBBAR, Pragati B.; PAI, Anuradha. Prevalence and correlation of oral lesions among tobacco smokers, tobacco chewers, areca nut and alcohol users. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 13, n. 4, p. 1633-1637, 2012.

Abstract

This study aimed to understand the epidemiological profile of military personnel and dependents who have been or still are in care at the Stomatology clinic of the Odontological Center of the Military Police of Minas Gerais by conducting a survey of personal data and lesions, in order to learn more about the types and their prevalence in this group of people. The data of 638 patients, seen between 2014 and 2018, were obtained from the local medical records. Among the results found, it was realized that the highest frequencies of seeking care contemplate the 30-39 age group (38%), followed by the 40-49 age group (34%). There was no significant discrepancy between the number of men and women treated, as well as the number of military personnel and civilians who used the specialty. Regarding the diagnosis, the highest prevalence was traumatic/irritative lesions, followed by potentially malignant lesions, while only 2% of the lesions were malignant. The study suggests a relationship between the etiopathology of the most prevalent injuries with the routine of military work and the age groups attended. Such analysis allows visualization of the panorama of the service, and may contribute to new management strategies.

Keywords: stomatology; MPMG; epidemiological profile; oral lesions.

Resumen

Busca comprender el perfil epidemiológico de los militares y dependientes que han sido o aún están siendo atendidos en la clínica de Estomatología del Centro Odontológico de la Policía Militar de Minas Gerais, realizando un relevamiento de datos personales y lesiones, con el fin de conocer más sobre los tipos y su prevalencia en este grupo de personas. Los datos de 638 pacientes atendidos entre 2014 y 2018 se obtuvieron de registros médicos locales. Entre los resultados encontrados, se percibió que las mayores frecuencias de demanda de atención incluyen el grupo de edad de 30-39 años (38%), seguido del grupo de 40-49 años (34%). No hubo discrepancia significativa entre el número de hombres y mujeres atendidos, así como el número de militares y civiles que utilizaron la especialidad. En cuanto al diagnóstico, la mayor prevalencia fueron las lesiones traumáticas/irritativas, seguidas de las lesiones potencialmente malignas, mientras que solo el 2% de las lesiones fueron malignas. El estudio sugiere una relación

entre la etiopatogenia de las lesiones más prevalentes y la rutina del trabajo militar y los grupos de edad atendidos. Dicho análisis permite la visualización del panorama de servicios, lo que puede contribuir a nuevas estrategias de gestión.

Palabras clave: estomatología; PMMG; perfil epidemiológico; lesiones en la boca.

Recebido em 29/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 16/Mai/2022.

Aprovado em 02/Jun/2022.

Estudo comparativo entre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais e planos de saúde do sistema suplementar:

Uma análise de benefícios e carências dos sistemas de cuidado

Comparative study between the Institute of Social Security for Military Servants of Minas Gerais and health plans of the supplementary system:
an analysis of benefits and shortcomings of care systems

Estudio comparativo entre el Instituto de Previsión Social para los Servidores Militares de Minas Gerais y los planes de salud del sistema complementario:
un análisis de beneficios y deficiencias de los sistemas de atención

Ricardo Murilo Tótaru Lopes¹³

Thaís Barbosa dos Santos¹⁴

Thiago dos Santos Florêncio Aguiar¹⁵

Sônia Francisca de Souza¹⁶

Resumo

Compara o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM) e o plano de saúde da Companhia Energética de Minas Gerais de relevância e abrangência estadual, para identificar os benefícios e as desvantagens de cada sistema. Como estratégia para a coleta dos dados foram utilizados estudos referentes ao tema e

¹³ Tecnólogo em Atividade de Policiamento Ostensivo pela Academia de Polícia Militar de Minas Gerais.

¹⁴ Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora de Educação Física no Colégio Tiradentes Unidade Curvelo.

¹⁵ Bacharela em Farmácia Generalista pela Universidade de Alfenas. Assistente administrativo da Polícia Militar de Minas Gerais na área da Saúde.

¹⁶ Doutora e mestra em Medicina pela UFMG. MBA em Gestão de Saúde pela FGV. Oficial Médica da Polícia Militar de Minas Gerais.

dados fornecidos pelas próprias instituições. Destacam-se tópicos importantes como histórico, valores, missão, visão, participação, contribuição, benefícios, carência e coparticipação dos planos. Observam-se, nos resultados, formatos distintos entre os planos gerando custo variado para seus integrantes conforme demanda ao plano. Conclui-se que há mais benefícios no IPSM quando utilizado pelo público logístico e no Plano de Saúde da Companhia Energética de Minas Gerais quando utilizado por dependente com alta demanda.

Palavras-chave: IPSM; plano de saúde; previdência militar.

Introdução

Os planos de saúde desempenham a função de ofertar a seus beneficiários auxílio em momentos essenciais. A legislação desses planos é o que organiza, regulariza e dita as leis vigentes, as quais resguardam o direito e o amparo dos planos quando necessário (BRASIL, 1998).

Tendo em vista que é público e notório que os usuários dos mais diversos planos de saúde apresentam queixas a respeito dos planos de assistência à saúde a que estão adscritos, milhares de casos chegam a demandas judiciais; faz-se necessário estudos que mapeiem a situação através de comparações entre as legislações dos próprios planos, para que através desse mapeamento estejam disponíveis aos usuários e administradores as ferramentas para atingir o objetivo proposto, a fim de melhorar a satisfação dos usuários (SCHEFFER, 2006).

A Cemig Saúde, pessoa jurídica de direito privado, é uma associação sem fins lucrativos, pelas patrocinadoras Companhia Energética de Minas Gerais (Cemig), Cemig Distribuição S.A. (Cemig D), Cemig Geração e Transmissão S.A. (Cemig GT), Cemig Saúde, Cemig SIM, Companhia de Gás de Minas Gerais S.A. (Gasmig), Fundação Forluminas de Seguridade Social (Forluz) e Sá Carvalho, destinada a oferecer benefícios de assistência à saúde, na forma do regulamento dos seus planos. É autônoma administrativa e financeiramente, sendo dotada de patrimônio próprio (CEMIG, 2016).

A administração da Cemig Saúde é compartilhada entre os beneficiários, que elegem um

diretor e metade dos membros dos conselhos, e as patrocinadoras, que indicam outros membros (CEMIG, 2016).

O Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM), sucessor da Caixa Beneficente da Polícia Militar, criada pela Lei nº 565, de 19 de setembro de 1911, é autarquia estadual vinculada à Polícia Militar, com sede na Capital, e tem por finalidade a prestação previdenciária a seus beneficiários. Realizando assistência à saúde, a qual compreende os serviços de natureza médica, hospitalar, odontológica, farmacêutica, psicológica e de aquisição de aparelhos de prótese e órtese. A assistência à saúde será prestada com a participação do beneficiário no seu custeio. Ao militar se dará gratuidade na assistência básica à saúde, excluídas as situações expressamente definidas no Plano de Assistência à Saúde do Pessoal da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1990).

Este trabalho tem como objetivo comparar o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM) e o plano CEMIG Saúde, de abrangência estadual, avaliar os benefícios e as desvantagens de cada sistema de prestação de cuidados, identificando-se os pontos positivos dos planos e quais pontos poderiam melhorar para atender melhor os beneficiários.

A metodologia utilizada neste artigo foi a revisão de literatura, com características qualitativas e descritivas. Realizaram-se pesquisas em sites e acervos do IPSM e CEMIG Saúde, empregando-se os valores atualizados de 2022, bem como os documentos e legislações vigentes. Os dados padronizados para avaliação do IPSM e CEMIG Saúde foram: requisitos de participação, contribuição, benefícios, carências e coparticipação.

Definiu-se como participação as condicionantes que o indivíduo necessita para poder participar do plano. A contribuição são os custos fixos com o plano de saúde. Os benefícios referem-se à cobertura que o plano possui no âmbito ambulatorial, hospitalar, obstétrico e adicionais. O período de carência é o tempo durante o qual o beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. Por fim, a coparticipação se refere aos gastos adicionais que o beneficiário precisa desembolsar para utilizar o serviço do plano de saúde. A análise realizada sucedeu através das observações e interpretações das tabelas e dados padronizados apresentados no estudo.

Desenvolvimento

Instituto de Previdência dos Servidores Militares

A história do Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM) inicia-se em 19 de setembro de 1911, quando foi sancionada a Lei número 565. Essa lei instituiu a Caixa Beneficente da Força Pública de Minas Gerais. A instituição criada não tinha ônus para o estado e tinha por fim prover a subsistência das famílias dos militares falecidos. A contribuição mensal era correspondente a um dia de salário do militar, perdas de salário por punições, juros de contribuições em atraso, joias, donativos particulares e juros do capital. As pensões foram instituídas no valor correspondente à metade dos vencimentos do militar que falecesse, com contribuição mínima de três anos (SILVA, 2021).

Em 30 de agosto de 1913, foi publicada a Lei número 577, a qual criou o Hospital da Polícia Militar, inaugurado no dia 01 de junho de 1914. Antes do Hospital Militar, os militares que necessitavam de internação eram recebidos na enfermaria da Santa Casa, e os familiares eram responsáveis por procurar médicos civis particulares ou hospitais gratuitos. Desde o início do funcionamento do Hospital, houve uma preocupação com a qualidade e especialização do corpo clínico, a partir daí incluíram-se no quadro especialistas renomados, entre eles o Coronel QOS Juscelino Kubitschek de Oliveira (IPSM, 2020a).

Até então, não havia muitas semelhanças com os planos de saúde modernos. Em 04 de julho de 1978, foi sancionada a Lei número 7.290, a qual transformou a Caixa Beneficente da Polícia Militar (CBPM), que até esse momento pertencia à Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG), em autarquia. Essa mudança trouxe personalidade jurídica própria e autonomia gerencial. Além disso, iniciou-se a participação financeira do Estado de Minas Gerais nas contribuições mensais, sendo composto de 8% de desconto dos vencimentos dos segurados e 4% custeado pelo estado. A autarquia passou a pagar o Pecúlio, o Auxílio-Natalidade, o Auxílio-Funeral, o Auxílio-Reclusão e os benefícios de assistência à saúde (SILVA, 2021).

Em 01 de outubro de 1982, foi instituída a Lei número 8.284, a qual tornou exclusiva a assistência à saúde da CBPM aos militares que eram contribuintes da Autarquia. O texto em seu artigo 44 estabelecia que a assistência à saúde seria prestada mediante a participação individual em seu custeio e incluía o fornecimento de serviços médicos,

hospitalares, odontológicos, farmacêuticos e de aparelhos de órtese e prótese (SILVA, 2021).

A assistência à saúde fornecida pela CPBM era ainda incipiente, devido à pequena quantidade de estabelecimentos de saúde que se tornaram conveniados. Os segurados recebiam assistência muitas vezes através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual estabeleceu relação de convênio com a autarquia e fornecia assistência de saúde gratuita aos segurados militares da ativa. Esse benefício não alcançava os servidores que estavam aposentados (SILVA, 2021).

Apenas na data de 13 de janeiro de 1989, a Lei Delegada número 37 estabeleceu que os policiais militares veteranos pudessem receber assistência à saúde da mesma maneira em que os servidores da ativa recebiam. No entanto, os serviços básicos fornecidos eram voltados exclusivamente para buscar a cura dos doentes e não focado na saúde preventiva. Os atendimentos em estabelecimentos não conveniados, os procedimentos estéticos e as internações em apartamentos eram considerados como assistência complementar (SILVA, 2021).

Devido às imposições estabelecidas pela Lei Delegada nº 37 e a Constituição Federal de 1988, as quais davam ao Estado a responsabilidade de fornecer assistência de saúde; em 1º de janeiro de 1990, um acordo entre a CBPM e a PMMG encarregou a esta última a administração da assistência à saúde. O intuito era utilizar a estrutura da Polícia Militar, que incluía o Hospital da Polícia Militar; utilizar os recursos humanos de saúde; além da capilaridade da PMMG que possibilitava prestar os serviços de saúde em todo o território de Minas Gerais. A PMMG passou a ser responsável por atender os segurados militares, bem como os dependentes e pensionistas (SILVA, 2021).

Em 28 de dezembro de 1990, foi promulgada a Lei número 10.366 que transformou a CBPM em Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM) e outorgou a ele autonomia financeira e administrativa (MINAS GERAIS, 1990).

Na data de 29 de janeiro de 2003, foi sancionada a Lei Delegada número 85, que determinou a inclusão de prestação de assistência à saúde e assistência social aos seus beneficiários, serviços estes que já estavam sendo fornecidos antes da formalização em Lei (MINAS GERAIS, 2003a).

Nos dias atuais, os serviços são fornecidos a mais de 224.000 beneficiários, incluindo militares em atividade, militares veteranos, pensionistas e dependentes. Através dos profissionais de saúde da rede orgânica da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar é fornecida assistência à saúde, além de uma grande rede de credenciados a prestarem serviços de saúde entre os quais farmácias, clínicas odontológicas, clínicas médicas, laboratórios e hospitais (SILVA, 2021).

Desse modo, o IPSM tem a missão de garantir os benefícios e promover a atenção à saúde para com seus beneficiários, em prol da qualidade de vida e da proteção social. A visão é ser reconhecido pela excelência e inovação na gestão de benefícios previdenciários e na promoção da assistência à saúde aos militares do Estado de Minas Gerais. Os seus princípios são embasados na ética, inovação, efetividade, impessoalidade, integridade, legalidade, solidariedade, sustentabilidade e transparência (IPSM, 2022).

O histórico da saúde suplementar inicia-se na década de 1960. Algumas indústrias e empresas de serviço tiveram a iniciativa de fornecer assistência à saúde aos seus colaboradores, sem que houvesse nenhuma lei que determinasse a prestação deste benefício e sem que houvesse legislação a respeito do fornecimento da saúde suplementar. A agenda política da década de 1990 estabeleceu um ambiente favorável no Brasil para a criação do sistema regulador das relações dos agentes de mercado na área de saúde e o governo. Essa mudança da agenda política se deve às mudanças das próprias funções do Estado (SANTOS, 2017).

No ano de 1990, com a criação do Código de Defesa do Consumidor, vieram em consequência os Programas Estaduais de Defesa do Consumidor (Procons). Uma grande quantidade de clientes dos planos de saúde passou a apresentar suas queixas perante esses órgãos recém-criados. Estavam abertos os conflitos entre as empresas de saúde privada e a sociedade. As principais fontes de discórdia eram a respeito de cláusulas abusivas dos contratos, reajustes de mensalidades e restrições de assistência para determinados procedimentos e determinadas doenças. Toda essa situação fomentou a proposta de regulamentação da saúde suplementar por entidades de defesa do consumidor, por instâncias do governo, pelos usuários dos planos de saúde e por instituições médicas (SANTOS, 2017).

O direito do fornecimento privado de serviços na área da saúde foi garantido através da promulgação da Constituição Federal. Além disso, atribuiu ao Estado o papel de estabelecer regras para o setor. A legislação advinda da Constituição foi pautada pelos temas de avaliação, auditoria, regulação e controle, os quais constituem o processo de definição da legislação da saúde (SANTOS, 2017).

Em 1998, após alguns anos de discussão no Congresso Nacional, promulgou-se a Lei número 9.656, dos planos privados de assistência à saúde, a qual se tornou o marco regulatório para a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no ano 2000. Essa agência foi estabelecida através da Lei número 9.961. O estabelecimento da ANS tinha como objetivo corrigir as distorções do mercado para garantir a assistência médica e a viabilidade financeira. Até esse momento, eram corriqueiras rescisões unilaterais de contratos, reajustes excessivos, coberturas insuficientes, negativas de atendimento, seleção de clientelas e exclusões de doenças (SANTOS, 2017).

Após o início da regulação dos planos de saúde, os operadores de saúde se profissionalizaram e as regras tornaram-se mais claras, aprimorando o modelo de atenção à saúde. São cerca de 43 milhões usuários dos planos de saúde e mais de 2000 operadoras ativas no Brasil (SANTOS, 2017).

Participação

Segundo o Decreto nº 46.651, de 21 de novembro de 2014, são considerados segurados no plano os pensionistas, os servidores civis contribuintes optantes à época, os militares (da ativa e inativos) e seus dependentes legais inscritos: o cônjuge ou o companheiro e o filho, de qualquer condição, menor de vinte e um anos ou inválido; os pais economicamente dependentes do segurado; o irmão, de qualquer condição, menor de vinte e um anos ou inválido, economicamente dependente do segurado. Equiparam-se aos filhos, desde que comprovada a dependência econômica e a ausência de bens suficientes para o próprio sustento e educação: o enteado, mediante declaração escrita do segurado; o menor que esteja sob tutela ou guarda judicial, mediante apresentação do respectivo termo (MINAS GERAIS, 2014).

Contribuição

Os contribuintes do IPSM têm uma alíquota de contribuição mensal dos segurados ativos, aposentados e pensionistas conforme tabela 01.

Tabela 01 - Alíquotas de contribuição mensal dos segurados ativos, aposentados e pensionistas do IPSM.

Segurado	Porcentagem de contribuição (%)
Militares da ativa e veteranos	10,5%
Pensionistas	10,5%
Filhos pensionistas menores de 21 anos	9,5%
Filhas solteiras	13,5%

Fonte: IPSM, 2020b.

O valor de contribuição é, portanto, dependente da remuneração ou proventos, sendo que dessa porcentagem o valor é dividido entre benefícios previdenciários (90,97%) e assistência à saúde (9,03%). A título de exemplo, um militar que tenha um salário de 5.000 reais irá contribuir com o valor total de 525 reais, sendo que será destinado à saúde o valor de 47,41 reais por mês, não havendo aumento do valor de contribuição vinculado ao número de dependentes (esposa e filhos). Por outro lado, um militar que tenha um salário de 25.000 reais irá contribuir com o valor total de 2.625 reais, sendo que será destinado à saúde o valor de 237,05 reais por mês (IPSM, 2012).

Benefícios

Segundo a Resolução Conjunta nº 07/1995, que dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde, o Público Logístico compreende os militares da ativa, os militares inativos e aqueles em concurso para ingresso à PMMG, estes últimos no que se refere a exames para inclusão e o Público Previdenciário compreende os contribuintes do IPSM e seus dependentes legais, bem como as pensionistas (MINAS GERAIS, 1995).

A mesma resolução define que a Assistência Básica à Saúde é o conjunto de procedimentos preventivos ou curativos indispensáveis à manutenção da saúde. A Assistência Complementar à Saúde é o conjunto de procedimentos de atenção à saúde que não se enquadram como básicos. É realizada com ônus total para o segurado ou pensionista e financiada pelo IPISM, com correção monetária do saldo devedor. Enquanto a Assistência Especial à Saúde compreende os procedimentos indispensáveis à manutenção da saúde, enquadrados como assistência básica, não realizáveis na Rede Orgânica ou na Rede Contratada e/ou custos não estipulados em tabela própria, desde que comprovada de forma prévia sua necessidade, baseados em evidências científicas que justifiquem a sua inclusão na referida tabela, juntamente com relatório circunstanciado de profissional de saúde especialista da Rede Orgânica ou Contratada, com parecer favorável do Gerente Regional, avaliação técnica da Seção de Regulação/DS e autorização do Diretor de Saúde (MINAS GERAIS, 1995). A Consulta Médica é considerada assistência básica para os públicos logísticos e previdenciário. Para o Público Logístico todas as consultas médicas na Rede Orgânica serão gratuitas. E para as consultas médicas na Rede Contratada até 06 (seis) consultas por ano, por usuário, serão gratuitas; acima desse número, o usuário terá ônus de 100% do valor da consulta, financiada pelo IPISM como assistência básica (MINAS GERAIS, 1995).

Para o Público Previdenciário a consulta médica será feita preferencialmente na Rede Orgânica, sem ônus para o usuário. Para consultas médicas na Rede Contratada em até 06 (seis) consultas por ano e por usuário segurado será descontado 25% do valor. Acima desse número, o ônus será de 100% do valor da consulta (MINAS GERAIS, 1995).

Óculos e lentes serão reembolsados apenas ao público logístico com mais de três anos de contribuição e com as principais regras descritas a seguir. A cada três anos poderá ser reembolsado o valor máximo de 355 reais para armação e lente desgastadas. Caso haja alteração acima de 0,5 grau poderá ser reembolsado o valor máximo de 177 reais por ano no valor apenas das lentes (MINAS GERAIS, 1995).

Os medicamentos poderão ser fornecidos apenas ao público logístico, mediante apresentação de receita médica e relatório médico justificando a necessidade do uso continuado. Esses medicamentos apenas serão fornecidos se constarem na lista de medicamentos disponíveis (MINAS GERAIS, 1995).

O fornecimento de próteses e órteses constitui assistência básica. A oxigenoterapia domiciliar será considerada assistência básica, após avaliação do Supervisor de Saúde, mediante apresentação de relatórios do cardiologista, pneumologista e de gasometria arterial (MINAS GERAIS, 1995).

As cirurgias plásticas corretivas de lesões, decorrentes de traumatismos por acidentes, ficam incluídas nos procedimentos da assistência básica. As demais (gigantomastia, dermolipectomia, cura cirúrgica de ventre em avental, rinoseptoplastia, orelha de abano, defeitos congênitos, etc) só serão consideradas como assistência básica quando delas decorrerem complicações médicas, com evidente necessidade terapêutica. Essas cirurgias deverão, comprovadamente, revestir-se de caráter reconstrutor (MINAS GERAIS, 1995).

Os procedimentos cirúrgicos de esterilização (vasectomia e salpingotripsia) poderão ser considerados como assistência básica, após avaliação de profissionais médicos da Rede Orgânica, obedecidos os critérios éticos e a legislação específica. Os procedimentos de Diálise serão considerados assistência básica e autorizados de forma mensal pelo Supervisor de Saúde, mediante relatório de médico cadastrado no Sistema de Saúde, até o limite de 3 (três) sessões por semana (MINAS GERAIS, 1995).

Os procedimentos de Fisioterapia serão considerados como assistência básica e autorizados pelo Supervisor de Saúde, mediante relatório de médico cadastrado no Sistema de Saúde. Serão renováveis a cada 10 (dez) sessões, para tratamento considerados de curta ou média duração, e a cada 20 (vinte) sessões, para os tratamentos de longa duração (MINAS GERAIS, 1995).

O atendimento odontológico para o Público Logístico será obrigatória na rede orgânica nas localidades onde houver e, caso a capacidade de atendimento esteja esgotada, os atendimentos ocorrerão na rede contratada. Na Rede Orgânica e na Rede Contratada, os procedimentos odontológicos constantes na tabela PMMG-IPSM serão realizados com ônus integral do Estado, como assistência básica (MINAS GERAIS, 1995).

Na assistência Odontológica para o Público Previdenciário, consideram-se básicos os procedimentos a seguir, sendo descontados o valor de 25% para cada procedimento: uma (01) consulta destinada a plano de tratamento, radiografia periapical em urgência;

extração; incisão e drenagem de abscesso dentário; tratamento cirúrgico de hemorragia; tratamento endodôntico: mumificação e pulpotomia em odontopediatria; pulpectomia em urgência; obturação de condutos radiculares; restauração com amálgama; restauração com resina composta; restauração com resina fotopolimerizável - fratura coronária e classe IV; restauração metálica em Alloy ou Duracast; selantes de cicatrículas e fissuras em odontopediatria; raspagem, polimento coronário e aplicação tópica de flúor; mantenedor de espaço (MINAS GERAIS, 1995).

Carência

O fornecimento da primeira unidade de óculos (armação e lentes) ou lentes de contato para os militares incluídos nas Instituições Militares Estaduais apenas poderá ocorrer após 03 (três) anos da inclusão, segundo a Resolução Conjunta de Saúde nº 146/2019 (MINAS GERAIS, 2019).

Segundo o Manual de Auditoria em Saúde, para um mesmo beneficiário as consultas realizadas em um prazo igual ou menor a 30 (trinta) dias, pelo mesmo médico com o mesmo diagnóstico não serão pagas; serão consideradas retornos (MINAS GERAIS, 2003).

Coparticipação

Para os procedimentos considerados como assistência básica, por exemplo consultas, exames e internação de um modo geral, a coparticipação se faz presente apenas no caso de dependentes e pensionistas na proporção de 25% do valor faturado pelos credenciados (IPSM, 2012).

CEMIG Saúde

O plano de saúde ofertado pela CEMIG Saúde é o Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), tendo como público-alvo os empregados da Cemig e outras empresas do grupo, com intuito de oferecer cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. A cobertura é dividida em dois programas, o Programa de Referência de Assistência à Saúde (PRAS) e o Programa de Garantias Especiais (PGE) (CEMIG, 2016).

O PRAS é o programa que reúne a cobertura de consultas, exames simples e de alta complexidade, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, urgência e emergência, cirurgias e internações hospitalares. O PGE é destinado a cobrir aquelas despesas que não são contempladas pelo PRAS, sendo as despesas divididas entre o beneficiário e o plano de saúde por causas relacionadas à assistência à saúde de seus beneficiários e dependentes. Neste PGE existe limite anual por grupo familiar que inclui despesas com medicamentos, lentes de grau para óculos, materiais e equipamentos auxiliares de cuidados terapêuticos, filtro solar, aparelhos para ventilação não invasiva (CPAP, EPAP e BIPAP), próteses auditivas e vacinas (CEMIG, 2016).

Participação

Para participar no plano CEMIG Saúde é necessário ser beneficiário titular patrocinado, titular autopatrocinado e dependentes. Para se enquadrar em beneficiário patrocinado deve-se: ser empregado em atividade na Patrocinadora; ser diretor de patrocinadora; ser beneficiário assistido de plano previdenciário da Forluz, salvo se foi demitido pela respectiva Patrocinadora por justa causa; ou ser aposentado por invalidez que mantenha vínculo empregatício com a patrocinadora. O beneficiário titular auto patrocinado (pagamento integral das contribuições) pode optar por esta opção se: o beneficiário perder o vínculo com a patrocinadora; o beneficiário deixar de receber benefício complementar pago pela Forluz; o beneficiário estiver cedido ou licenciado sem remuneração pela respectiva patrocinadora, neste caso deve-se observar o tempo de permanência no plano, sendo: I – Por prazo indeterminado para o beneficiário que tenha contribuído para o PSI, ou para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PSI, por período superior a 10 (dez) anos; II – De um ano para cada ano de contribuição, garantido o mínimo de 06 (seis) meses, para o beneficiário que tenha

contribuído para o PSI, ou para programas de assistência à saúde, anteriores e sucessores ao PSI, por período inferior a 10 (dez) anos; III – Até o término da cessão ou licença para o beneficiário cedido ou licenciado (CEMIG, 2022a).

Para ser dependente, pode ser comum ou especial, os dependentes comuns são: cônjuge ou companheiro; filho ou enteado até que complete 21 (vinte e um) anos de idade ou até que complete 24 (vinte e quatro), se universitário, conforme critérios estabelecidos em Ato Normativo, considerando-se inclusive pós-graduação e curso superior de tecnologia (tecnólogo); menor sob guarda ou tutela, até que complete 18 (dezoito) anos de idade; filho inválido, desde que seja comprovada a invalidez, conforme critérios estabelecidos em Ato Normativo específico; filho em gozo de auxílio doença concedido pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS, desde que o comunicado de decisão ou carta de concessão, emitidos pelo INSS ateste estimativa que o beneficiário vá permanecer incapacitado para o trabalho ou para a sua atividade laboral por período igual ou superior a 01 (um) ano ou caso o filho acumule afastamento por auxílio doença por 01 (um) ano ininterrupto (CEMIG, 2022a).

No caso de dependente especial, existe um acréscimo no valor pago pelo titular para sua inclusão, sendo optativo para: filho ou enteado de 21 (vinte e um) até que complete 38 (trinta e oito) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; aquele que esteve inscrito no plano, na condição de menor sob guarda ou tutela, até que complete 38 (trinta e oito) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; neto até que complete 38 (trinta e oito) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; ex-cônjuge, mediante determinação judicial (CEMIG, 2022a).

Contribuição

Conforme observado na Tabela 2, os valores do plano de saúde são baseados na idade, no percentual do salário do titular, na presença de dependentes e na quantidade de dependentes especiais. Possui limite mínimo e máximo de valor pago, sendo no caso de dependentes especiais o acréscimo por dependente até o limite de 9% do rendimento do titular (CEMIG, 2022a).

Tabela 2 - Tabela de contribuição para beneficiários do plano CEMIG Saúde em 2022.

Faixa etária	SEM DEPENDENTES			COM DEPENDENTES			DEPENDENTES ESPECIAIS*	
	Percentual	Mínimo	Máximo	Percentual	Mínimo	Máximo		
De 0 a 18 anos	1,44%	144,9	478,15	2,13%	192,77	915,84	217,73	
De 19 a 23 anos	2,54%	171,06	564,47	3,58%	227,59	1.081,06	252,57	
De 24 a 28 anos	2,54%	171,06	564,47	3,58%	227,59	1.081,06	292,99	
De 29 a 33 anos	2,54%	171,06	564,47	3,58%	227,59	1.081,06	386,75	
De 34 a 38 anos	2,54%	171,06	564,47	3,58%	227,59	1.081,06	464,08	
De 39 a 43 anos	2,54%	171,06	564,47	3,58%	227,59	1.081,06	529,06	
De 44 a 48 anos	2,89%	191,17	630,89	4,04%	254,36	1.170,01	624,29	
De 49 a 53 anos	3,46%	201,25	664,07	4,62%	267,65	1.231,17	730,41	
De 54 a 58 anos	5,08%	231,41	763,69	6,92%	307,89	1.330,18	920,31	
Acima de 59 anos	5,77%	251,56	831,1	7,62%	334,66	1.445,70	1.178,01	
Autopatrocinado	Valor total = Valor correspondente a faixa etária + 1031,85							

* O percentual máximo de contribuição para cada dependente especial é de 9,0% do rendimento do participante

Fonte: CEMIG, 2022a.

Benefícios

Os benefícios estão na cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98 para o segmento ambulatorial, hospitalar e obstétrico, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Adicionalmente a cobertura de: Procedimentos decorrentes de uma única tentativa completa de inseminação artificial ou de reversão contraceptiva, por beneficiário titular, independente da técnica utilizada e restritos ao próprio beneficiário ou cônjuge ou companheiro; transplante (além dos previstos na ANS, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina); cirurgias plásticas reparadoras, em decorrência de anomalias congênitas graves que possam ser consideradas como desvios aberrantes dos padrões de normalidade causando déficit de função do órgão acometido; Oxigenoterapia domiciliar, mediante avaliação médica prévia e indicação da Cemig Saúde, após a qual poderá ser fornecido o concentrador e/ou cilindro convencional através de empresa contratada direta pela Operadora, às suas expensas, com direito a duas recargas de cilindro de oxigênio de 1 m³ por mês; Medicamentos específicos para o tratamento de hepatites B e C, doenças renais crônicas e transplantados para os beneficiários portadores dessas patologias, conforme critério estabelecido pela Cemig Saúde; Instrumentador quando este substituir um dos auxiliares previstos no procedimento, limitado a 10% do honorário do procedimento principal (CEMIG, 2016, 2022a).

Carência

No plano Cemig Saúde, a carência segue para procedimentos de urgência e emergência o tempo de vinte e quatro horas, atendimento ambulatorial sessenta dias, demais casos 180 dias e 300 dias para parto a termo. Sendo iniciada a contagem a partir do início de vigência da adesão do beneficiário ao PSI. No caso de reinscrição do beneficiário do PSI em prazo superior a trinta dias, as carências serão contadas da data da nova vinculação (CEMIG, 2022a).

A inclusão é garantida de recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a realização do parto ou adoção. Sendo garantido o do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, cabendo a exigência de cobertura parcial temporária, nos casos das doenças e lesões preexistentes (CEMIG, 2022a).

A isenção do período de carência ocorre no caso do beneficiário que solicitar sua inscrição no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou do início de seu vínculo empregatício com uma das patrocinadoras; do beneficiário dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data em que tornar elegível para o PSI; e no caso de enteados, tutelados ou filhos do beneficiário, menores de 12 (doze) anos, desde que o beneficiário titular já tenha cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias (CEMIG, 2022a).

Coparticipação

Como observado na Tabela 2, as consultas eletivas, de exames e procedimentos ambulatoriais, mesmo na urgência e emergência, possuem custos adicionais para o titular. No caso de despesas realizadas com consultas, exames e procedimentos médicos ambulatoriais fora da rede conveniada, haverá um reembolso de 70% (setenta por cento) do valor pago pelo beneficiário ou de 70% (setenta por cento) do preço constante da Lista de Procedimentos e Preços - LPP, o que for menor, incluindo taxas, materiais e medicamentos utilizados no atendimento (CEMIG, 2022a, 2022b).

No campo do PGE, observa-se que as despesas podem ter cobertura de 80% a 50% dos gastos. No caso de medicamentos, mediante prescrição médica, a cobertura é em 80% (oitenta por cento) do valor gasto pelo beneficiário (CEMIG, 2022a, 2022b).

As despesas com prescrição médica, conforme listado no plano, possuem reembolso de 50%, sendo estas prescrições: Lentes de grau para óculos, limitado a 1 (um) par anual; materiais e equipamentos auxiliares de cuidados terapêuticos; filtro solar; aparelhos para ventilação não invasiva (CPAP, EPAP e BIPAP) e próteses auditivas; vacinas. Os materiais e equipamentos de cuidado terapêutico contemplados no plano são os materiais de curativo: compressas, gazes, esparadrapos e curativos especiais; seringas, fitas, lancetas e agulhas para glicemia; sondas uretrais, sondas de aspiração, cateter de oxigênio; Lubrificantes oculares, nasais, soro fisiológico para curativos e nebulização; glicosímetro (medidor de glicemia capilar), aparelho de pressão arterial, micro nebulizador, espaçador, cadeiras de banho e de rodas e colchão caixa de ovo (CEMIG, 2022a, 2022b).

Para acesso ao filtro solar necessita-se possuir história pregressa de câncer de pele: confirmado por anatomia patológica, pacientes com ceratose solar (actínica – lesão pré-maligna), história de uso de drogas foto tóxicas ou foto alergênicas, distúrbios metabólicos, doenças genéticas: Albinismo, xeroderma pigmentoso ou Lúpus (CEMIG, 2022a).

Conforme observado na tabela 3, existe um teto de valor que pode ser reembolsado, sendo este valor por familiar durante o período de um ano. O teto varia se o beneficiário aderiu ao Programa Odontológico da Cemig (POD), com acréscimo de R\$965,27, e se o beneficiário for portador de uma ou mais das doenças entre as relacionadas a seguir terá direito a um teto anual adicional, de valor equivalente a R\$2.605,74. Sendo estes agravos: doença mental incapacitante; Glaucoma; Cardiopatia grave em estágio avançado; Doença de Parkinson; Espondiliteanquilosante; Nefropatia grave; Doença de *Paget* (osteíte deformante); Hepatopatia grave, não suscetíveis de tratamento cirúrgico; Diabetes mellitus; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Paralisia irreversível e incapacitante; Insuficiência cardíaca congestiva; Insuficiência coronariana; Hipertensão Arterial Sistêmica (CEMIG, 2022a, 2022b).

Tabela 3 - Tabela de coparticipação para beneficiários do plano CEMIG Saúde em 2022.

Procedimento pelo PRAS	% da cooparticipação	Limite por família	
		Unidade	Mensal
Consultas Médicas eletivas	30% por consulta	136,64	715,75
Exames e outros procedimentos médicos e terapêuticos sob regime ambulatorial	30% por exame/procedime	136,64	
Procedimento pelo PGE	% da reembolso	Teto anual	
		-	POD*
Medicamentos cobertos pelo plano	80%	3.571,02	6.176,76
Lentes de grau (limite 1 por ano)			
Materiais e equipamentos auxiliares de cuidado terapêutico conforme lista própria			
Filtro solar conforme lista doenças	50%		
Aparelhos para ventilação não invasiva (CPAP, EPAP e BIPAP) e próteses			
Vacinas			
*POD: Portador de doenças que necessitam de gastos adicionais conforme plano			

Fonte: CEMIG, 2022.

Considerações finais

Ao comparar o IPSM com o plano CEMIG Saúde observa-se que eles possuem critérios distintos de participação, contribuições e coparticipação. Sendo ambos planos sem fins lucrativos, possuindo distinções que se caracterizam sobretudo pela diferença de patrocínio utilizado para arcar com os custos e a forma de pagamento dos beneficiários (CEMIG, 2022a; IPSM, 2012).

Em relação à participação, observa-se que, além das distinções referentes ao público direcionado, militares, dependentes e pensionistas e funcionários de empresas patrocinadoras, percebe-se que na CEMIG Saúde existe maior possibilidade de inclusão de dependentes, como no caso dos especiais e de beneficiários que não estão ligados às empresas diferentemente do IPSM. Essa maior amplitude na possibilidade de dependentes e titulares do plano CEMIG Saúde pode ser explicada por este ser um plano com custos proporcionais ao número de dependentes especiais e custos diferenciados

para titulares autopatrocinados, permitindo que seja compensada a entrada de recurso com os custos (CEMIG, 2022a, IPSM, 2012).

No campo da contribuição, o IPSM possui taxas inferiores às cobradas pelo CEMIG Saúde. Levando-se em consideração que o valor de contribuição é distribuído em 90,97% para benefícios previdenciários e 9,03% para assistência à saúde, esta última porcentagem comparada à contribuição do plano da CEMIG Saúde. Após aplicar o percentual específico verifica-se que o IPSM apresenta alíquotas que variam de 0,85% a 1,2% sem possuir teto máximo de valor, utilizando como base para a variação os filhos e as atividades. O Cemig Saúde possui alíquotas que variam de 1,44% a 7,62% levando em consideração idade, presença de dependentes, quantidade de dependentes especiais e patrocínio, com limite mínimo e teto máximo de gasto. No caso de dependentes especiais pode ser adicionado o valor de até 9% para cada beneficiário nessa situação. Como pode-se observar, o plano CEMIG Saúde é um plano com custo fixo mais elevado para beneficiar nesta comparação (IPSM, 2012).

No âmbito da coparticipação, evidencia-se que o plano da CEMIG Saúde possui coparticipação por consultas, exames e procedimentos ambulatoriais de 30% com limite mensal e para procedimentos no rol do PGE como medicamentos e óculos com 20 e 50% de participação do usuário. No IPSM, observa-se que não há limite e que a coparticipação existe para o público previdenciário, com o valor de 25%, sendo que para o público logístico não há essa coparticipação, exceto conforme limites de consultas e procedimentos, nos procedimentos como medicamentos disponíveis e óculos, para público logístico não há custo respeitando o intervalo mínimo dos pedidos. Observou-se que o IPSM possui mais vantagem no âmbito da coparticipação, se considerar o usuário logístico ou previdenciário que utiliza pouco o serviço, pois com uma grande utilização, devido à ausência de limite de coparticipação, pode se tornar superior aos gastos com o plano da CEMIG Saúde que possui limites, pode este se tornar mais vantajoso (CEMIG 2022a, 2022b).

Ressaltando que o foco do estudo é comparar os planos de saúde, evidencia-se que houve vários avanços ao longo dos anos, principalmente após a regulação dos planos. E que a Agência Nacional de Saúde se fez presente para zelar pelas correções necessárias e garantir assistência. Após a pesquisa, concluiu-se que o Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM) se sobressai na comparação com o plano CEMIG Saúde,

sobretudo no quesito valores mensais de contribuição, custeio variável para beneficiário logístico e para beneficiário previdenciário com baixa demanda ao serviço de saúde. A Cemig Saúde se mostrou mais abrangente no campo beneficiários e dependente a custas de modificação no valor pago fixo do titular e mostrando vantagem em situações de alta demanda devido à presença de teto de coparticipação, especificamente para demanda PRAS. Na situação de demanda via PGE existe um teto de reembolso, não possuindo vantagem no caso de alta demanda.

Conforme os objetivos propostos deste estudo, esta pesquisa conseguiu cumprir ao alcançar a comparação destes dois programas de assistência à saúde sem fins lucrativos, IPISM e Cemig Saúde, enfatizando suas particularidades. Tendo como fator dificultador a escassez de estudos voltados para análise comparativa entre planos de saúde, sendo fator limitador das discussões sobre os resultados apresentados. Desta forma, é importante a fomentação de mais pesquisa sobre legislação e planos de saúde para ampliar conhecimento científico sobre o tema.

Informações adicionais

ORCID: Ricardo Murilo Tótaro Lopes - **0000-0002-9092-4404**; Thaís Barbosa dos Santos - **0000-0002-4218-734X**; Thiago dos Santos Florêncio Aguiar - **0000-0003-2162-1343**; Sônia Francisca de Souza - **0000-0001-5729-8758**.

Referências

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 04 mai. 2022.

CEMIG. **Estatuto da Cemig Saúde**. Versão vigente desde 25 de outubro de 2016. Belo Horizonte: CEMIG, 2016. 44p. Disponível em: https://ms-publico.s3-sa-east-1.amazonaws.com/cms/post/2019/09/c_estatuto_cemig_saude_09.09.2019_c3c4c68dc1083776cdc8269ad1ee973a588b88ef.pdf. Acesso em: 03 de fev de 2022.

CEMIG. **Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI**. Versão vigente desde 25 de março de 2022. Belo Horizonte: CEMIG, 2022a.104p. Disponível em: https://ms-publico.s3-sa-east-1.amazonaws.com/cms/post/2022/04/c_regulamento_psi_abril_2022_babf06217bc4c8d322a3597f6efe9f1dfb0de61b.pdf. Acesso em: 02 de fev de 2022.

CEMIG. **Regulamento do Fundo Complementar de Assistência à Saúde - FCAS**. Versão vigente desde 01 de janeiro de 2022. Belo Horizonte: CEMIG, 2022b.20p. Disponível em: https://ms-publico.s3-sa-east-1.amazonaws.com/cms/post/2022/02/c_regulamento_fcas_2022_14f6ad91a02069e7a626bb044d4b20c5849960ca.pdf. Acesso em: 02 de fev de 2022.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSM). **Cartilha do beneficiário**, 2012. 38p. Disponível em: <https://www.policiamilitar.mg.gov.br/conteudoportal//uploadFCK/saude/23102012105327266.pdf>. Acesso em 06 de jan de 2022.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSM). **Ipsm 109 Anos**, 2020a. Disponível em: http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/noticias/20210614_livro_ipsm_109anos.pdf?dt=%3C%3Dnow%3E . Acesso em: 06 jan. 2022.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSM). **Reforma da Previdência**, 2020b. Disponível em:

http://www.ipsm.mg.gov.br/noticias_detalhe.asp?Cod_Assunto=1&Seq_Noticia=539&Data_Noticia=26/05/2020 . Acesso em: 06 jan. 2022.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSM). **Missão, Visão, Princípios e Valores**, 2022. Disponível em:

<http://www.ipsm.mg.gov.br/institucional.asp?institucional=missao>. Acesso em: 06 jan. 2022.

MINAS GERAIS. **Lei nº 10.366, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 1990. Disponível em:

http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/leis/lei_10366.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Resolução Conjunta - PMMG-CBMMG-IPSM nº 7, de 09 de agosto de 1995**. Dispõe sobre a estrutura orgânica básica do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM e dá outras providências.

Disponível em:

http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/resolucoes/resconj_07_1995.pdf. Acesso em 25 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Lei Delegada nº 85, de 29 de janeiro de 2003**. Dispõe sobre a estrutura orgânica básica do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2003a. Disponível em:

http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/leis_delegadas/lei_delegada_85.pdf. Acesso em 25 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Resolução Conjunta - PMMG-CBMMG-IPSM nº 7, de 04 de julho de 2003**. Altera o Plano de Assistência à Saúde a que se refere a Resolução Conjunta nº 07, de 09 de agosto de 1995, alterado pela Resolução Conjunta nº 3584, de 30 de março de 2001 e aprova o Manual de Auditoria dos Procedimentos de Assistência à Saúde do SISAU - MAPASAU. Belo Horizonte, 2003b. Disponível em:

http://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/mapasau_20220110.pdf.

Acesso em 25 abr. 2022. Acesso restrito.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 46.651, de 21 de novembro de 2014**. Dispõe sobre os critérios para inscrição de beneficiários no Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2014. Disponível em:

http://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/decretos/decreto_46651.pdf .

Acesso em 25 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Resolução Conjunta de Saúde - PMMG-CBMMG-IPSM nº 146, de 11 de março de 2019**. Altera o Plano de Assistência à Saúde redefinindo os critérios de fornecimento de lentes e óculos ao público logístico. Disponível em:

https://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/resolucoes/resconj_146_2019.pdf

Acesso em 25 abr. 2022.

SANTOS, F. P. Saúde suplementar – impactos e desafios da regulação. **Revista UFG**, Goiânia, v. 8, n. 2, p.1-3, 2017. Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48114> . Acesso em: 16 mar. 2022.

SCHEFFER, M. C. **Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo**. 2006. 212f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062006-105722/pt-br.php> . Acesso em: 25 abr. 2022.

SILVA, T. M.; GUIMARÃES, D. R.; COTTA, F. A. (Org.). **Histórias e Memórias: Serviços de Saúde na Polícia e Corpo de Bombeiros Militares de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Editora Universitária Academia do Prado Mineiro, 2021. Disponível em

<https://mch.ava.ifsuldeminas.edu.br/mod/resource/view.php?id=565> . Acesso em: 01 abr. 2022. Acesso restrito.

Abstract

It compares the Institute of Social Security for Military Servants of the State of Minas Gerais and the health plan of Companhia Energética de Minas Gerais of relevance and state scope, to identify the benefits and disadvantages of each system. As a strategy for data collection, studies related to the topic and data provided by the institutions were used. Important topics such as history, values, mission, vision, participation, contribution, benefits, grace period and co-participation of the plans stand out. In the results, different formats are observed between the plans, generating different costs for their members according to the plan's demand. It is concluded that there are more benefits in IPSM when used by the logistics public and in the Health Plan of Companhia Energética de Minas Gerais when used by dependents with high demand.

Keywords: *IPSM; health plan; military pension.*

Resumen

Compara el Instituto de Previsión Social para los Servidores Militares del Estado de Minas Gerais y el Plan de Salud de Companhia Energética de Minas Gerais de relevancia y alcance estatal, para identificar los beneficios y desventajas de cada sistema. Como estrategia de recolección de datos se utilizaron estudios relacionados con el tema y datos proporcionados por las instituciones. Se destacan temas importantes como historia, valores, misión, visión, participación, aporte, beneficios, período de gracia y coparticipación de los planes. En los resultados se observan diferentes formatos entre los planes generando diferentes costos para sus afiliados de acuerdo a la demanda del plan. Se concluye que hay más beneficios en IPSM cuando es utilizado por el público logístico

y en el Plan de Salud de Companhia Energética de Minas Gerais cuando es utilizado por dependientes con alta demanda.

Palabras clave: *IPSM; plan de salud; pensión militar.*

Recebido em 29/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 17/Mai/2022.

Aprovado em 03/Jun/2022.

Avaliação de satisfação dos usuários do Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Centro de Administração e Ensino

User satisfaction assessment of the Center for Integral Health Care of the Administration and Teaching Center

Evaluación de la satisfacción de los usuarios del Centro de Atención Integral a la Salud del Centro de Administración y Enseñanza

Rosemeire de Freitas Vasconcelos¹⁷
Alessandra de Figueiredo Vasconcellos¹⁸
Isabela Coutinho Cordeiro¹⁹
Sônia Francisca de Sousa²⁰

Resumo

Assistência básica à saúde resolutiva e de qualidade é uma ferramenta importante para a sustentabilidade do sistema de saúde. Existe correlação entre a percepção de resolutividade pelo usuário e a satisfação com o atendimento recebido. Foi feita uma pesquisa de satisfação com os usuários buscando avaliar a resolutividade do Núcleo de Assistência Integral à Saúde do Centro de Administração de Ensino. Os resultados

¹⁷ Oficial do quadro de oficiais da reserva da Polícia Militar de Minas Gerais, (PMMG). Discente do Curso de Especialização em Gestão Estratégica em Saúde. Graduação em Odontologia.

¹⁸ Oficial do quadro de oficiais de saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, (PMMG). Discente do Curso de Especialização em Gestão Estratégica em Saúde. Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

¹⁹ Oficial do quadro de oficiais de saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, (PMMG). Discente do Curso de Especialização em Gestão Estratégica em Saúde. Graduação em Odontologia.

²⁰ Oficial do quadro de oficiais de saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, (PMMG). Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFMG (1992), especialista em Clínica Médica, Cardiologia, Terapia Intensiva e Arritmologia Clínica. Mestre em Ciências aplicadas à Saúde do Adulto e Doutora em Ciências da Saúde Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da UFMG

mostram que 97,5% dos respondedores tiveram seu problema resolvido. O cálculo do NPS com os dados obtidos foi de 81%, indicando que a assistência à saúde prestada no NAIS/CAE da Polícia Militar de Minas Gerais é de alta qualidade.

Palavras-chave: resolutividade; satisfação dos usuários; assistência básica à saúde.

Introdução

Assistência básica de qualidade, resolutiva e bem estruturada, tem impacto positivo nos custos com a saúde e na qualidade de vida da população (MENDES, 2015). Um dos problemas enfrentados pelos sistemas de atenção à saúde atuais está em responder às condições crônicas não agudizadas nos moldes de atendimento aos eventos agudos. Esse modelo de atenção não é efetivo em manter as condições crônicas estabilizadas, nem em conter o risco evolutivo dessas condições, o que leva a constantes agudizações. Estudo feito no Reino Unido mostrou que 70% dos atendimentos em serviços de urgência e emergência são por condições crônicas agudizadas (MENDES, 2015).

Este modelo de saúde hospitalocêntrico tem se mostrado ineficiente e pouco custo-efetivo. Pacientes com doenças crônicas não controladas têm mais chance de agudização e de complicações que levam à maior taxa de internação e a declínio funcional, com piora na qualidade de vida e maior utilização de serviços médicos em nível secundário e terciário. Tal fato onera e sobrecarrega o sistema de saúde, com investimento em propedêuticas e tratamentos cada vez mais modernos e caros (MENDES, 2015).

Em 2007, surgiu a estratégia “*Triple Aim*”, elaborada pelo órgão Americano *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), buscando alcançar o melhor tratamento, a melhor saúde da população e o menor custo. Melhorar o tratamento e aperfeiçoar o cuidado individualizado ao paciente, incentivar o autocuidado e a prevenção de doenças, minimizar continuamente o desperdício, gerando diminuição nos gastos com saúde são as bases do “*Triple Aim*”, fundamentais para a sustentabilidade do sistema de saúde (GENTIL; LEAL; SCARPI, 2003; SILVA; REIS, 2016).

Políticas públicas de saúde enfatizam a organização e a melhora da resolutividade da assistência básica como uma estratégia fundamental para garantir a qualidade da assistência médica em todos os níveis de atenção (MENDES, 2015).

Na assistência básica faz-se a prevenção de doenças agudas, o controle de doenças crônicas, a prevenção do surgimento dessas doenças através de promoção de hábitos saudáveis de vida, resolvendo cerca de 90% dos problemas de saúde da população (MENDES, 2015).

O paciente que tem uma unidade básica responsável por sua saúde integral, com facilidade de acesso e atendimento acolhedor e de qualidade e referenciamento para centros secundários e terciários, quando necessário, mantém seu vínculo a este sistema, contribuindo para a resolutividade dele (MENDES, 2015).

A Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) possui estrutura de saúde própria que abrange os níveis de assistência primário, secundário e terciário, a saber, as Unidades de Assistência Primária (UAPs) com sede nos diversos Batalhões em Minas Gerais, o Hospital da Polícia Militar, o Centro Odontológico e a Clínica de Psiquiatria, localizados em Belo Horizonte. Tem também uma ampla rede credenciada que presta atendimento em todos os níveis de assistência. As Unidades de Atenção Primária (UAPs) prestam, em graus variados, atendimento em clínica médica, ginecologia, pediatria, psicologia e odontologia. Têm em seu corpo clínico profissionais preparados para prestar atendimento básico à saúde de forma integral e de qualidade, além de facilidade no referenciamento de pacientes para as diversas especialidades.

Seguindo as tendências atuais de gestão em saúde pública, o Plano Diretor do Sistema de Saúde da Polícia Militar enfatiza ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, de melhoria da qualidade de vida dos beneficiários e otimização do uso dos recursos, incentivando a assistência básica à saúde e a saúde ocupacional (RESOLUÇÃO CONJUNTA DE SAÚDE PMMG, 2020). Destarte, faz-se necessário avaliar a satisfação dos usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde da PMMG e propor melhorias para o funcionamento delas, de modo a aumentar a vinculação dos usuários. Aumentar progressivamente a vinculação dos pacientes com a assistência básica contribuirá para uma organização de assistência à saúde mais custo-efetiva.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a resolutividade do atendimento realizado pelo NAIS/CAE nas áreas de clínica médica, odontologia e psicologia, por meio da análise da percepção da qualidade do atendimento pelos clientes e da percentagem dos casos que são resolvidos na Unidade, com análise crítica e proposição de melhorias.

Revisão da Literatura

As instituições de saúde, como toda organização oferecendo produto ou serviço, precisam atender à solicitação de seus clientes, sendo sensíveis às suas necessidades e solicitações. Quando se estabelece a meta de buscar qualidade na atenção à saúde, a avaliação é necessária e fundamental para nortear o planejamento, a gerência, a reorientação das políticas de saúde e a alocação de recursos, sendo um poderoso instrumento de transformação (VOLPATO; MARTINS, 2017).

Um modelo de avaliação dos serviços de saúde foi inicialmente proposto em 1966 por Avedis Donabedian, baseado nas dimensões estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1966; FERREIRA *et al.*, 2021). A dimensão de estrutura avalia as condições existentes para a execução da assistência à saúde e compreende os recursos humanos, materiais e físicos, as normas, as rotinas e as instalações. A dimensão de processo concerne às atividades ofertadas pelos serviços de saúde no desenvolvimento da assistência, abrangendo procedimentos, técnicas, aspectos éticos e relação terapêutica. O componente do resultado refere-se ao impacto da interação entre o serviço de saúde e os usuários, e o efeito dessa interação na saúde da população (DONABEDIAN, 1990) (DONABEDIAN, 1966). Com Donabedian, a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). No quadro 1 é exposta uma matriz de análise da qualidade do serviço do NAIS/CAE com base no modelo de Donabedian (1966) e de Ferreira *et al.* (2021).

Quadro 1 - Matriz de análise da qualidade do serviço do NAIS/CAE com base no modelo de Donabedian (1966) e de Ferreira *et al.* (2021)

Tríade de Donabedian	Categoria de análise	Características do NAIS/CAE
Estrutura dos serviços	Recursos Humanos	O NAIS/CAE possui equipe composta por 4 médicos, 2 psicólogas, 2 dentistas, 3 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar odontológico, 1 funcionária civil administrativa e 2 funcionárias civis de serviços gerais.
	Recursos Físicos	Estrutura nova composta por 3 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos, sala de psicologia, copa, banheiros para pacientes e funcionários, enfermaria com capacidade para 4 pacientes, recepção ampla
	Recursos Materiais	Disponibilidade de medicamentos e de materiais para primeiro atendimento em urgências médicas e odontológicas, tratamentos odontológicos específicos.
Processo de Trabalho	Relação terapêutica	Equipe multiprofissional preparada, coesa, ética. Implementação de protocolos clínicos para prevenção de doenças nas escolas e centros.
	Planejamento do cuidado	Agendamento de consultas. Discussões dos casos em equipe
	Gestão e gerenciamento do serviço	Bom relacionamento entre os profissionais da equipe, entre a chefia do NAIS e o Comando da APM.
Resultado/Satisfação	Acesso e acessibilidade	O NAIS/CAE possui estrutura acessível, com estacionamento dentro do complexo da APM e adaptação para portadores de necessidades especiais. Funciona de 7:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira, nos dias úteis. As consultas podem ser agendadas diretamente no NAIS ou pela central do HPM. São disponibilizados medicamentos fornecidos pelo IPSM. O tempo de espera para atendimento é variável a depender de demandas extras dos diversos centros por atendimentos de urgência.
	Resolutividade	É oferecido atendimento multiprofissional de qualidade, buscando resolver a maior parte dos problemas dos usuários, seja dentro da assistência básica ou na agilidade do encaminhamento e contra encaminhamento dos pacientes.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

A resolutividade do atendimento ao usuário pode ser avaliada por dois aspectos:

1. Dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção.
2. Dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Na proposta formulada pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), o desempenho dos serviços de saúde está fortemente associado à estrutura do sistema, na qual a arquitetura e o funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento das necessidades de saúde decorrentes, em grande parte, de determinantes sociais, políticos e econômicos (VIACAVA *et al.*, 2012). As subdimensões de avaliação do desempenho dos serviços de saúde são: efetividade, acesso, eficiência e adequação (VIACAVA *et al.*, 2012). Na matriz conceitual do PROADESS, efetividade é o grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados. Pode ser mensurada, por exemplo, através do acompanhamento e comparação anual das taxas de mortes evitáveis, incidência de doenças evitáveis, internações evitáveis por doenças sensíveis à atenção primária, dentre outros indicadores. Acesso é definido como a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessário, no momento certo e no lugar adequado. Pode ser mensurado, por exemplo, pela porcentagem de mamografias realizadas na população de mulheres acima de 40 anos adstritas ao sistema, pelo percentual de pessoas imunizadas contra influenza, dentre outros. Eficiência é definida como a otimização dos recursos disponíveis para produzir o máximo de benefícios e resultados. O indicador utilizado pela maior parte dos países analisados no trabalho de Viacava *et al.* (2012) foi o percentual de cirurgias ambulatoriais realizadas com internação menor que um dia. Adequação é definida como o grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados nos conhecimentos técnico-científicos bem fundamentados existentes. Geralmente é mensurada pelo acesso a tecnologias comprovadamente eficazes na condução dos casos, como acesso rápido à tomografia em pacientes com acidente vascular encefálico, cateterismo em pacientes portadores de síndromes coronarianas agudas de alto risco, etc. (VIACAVA *et al.*, 2012).

A Análise da resolutividade do Sistema de Saúde da Polícia Militar em nível macro não é escopo deste estudo.

A análise da resolutividade dentro do próprio serviço depende de quem avalia e do que é avaliado nos serviços de saúde. Envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contrarreferência articulado, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos, entre outros (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2018). Estudos prévios demonstram que há relação entre encontrar resolutividade sempre ou na maioria das vezes e estar muito satisfeito (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2018). Cada usuário é único e sua definição de qualidade do serviço é subjetiva. A visão dos usuários sobre resolutividade está relacionada com sua percepção sobre solução de seus problemas de saúde e, para alguns, está associada à obtenção de encaminhamentos para atendimentos especializados (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). Desta forma, a avaliação da satisfação do usuário é uma ferramenta importante de análise da qualidade e do desempenho da atenção à saúde.

A resolutividade na atenção primária à saúde também está associada aos recursos instrumentais, ao conhecimento técnico dos profissionais, ao acolhimento, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde e proporcionar satisfação ao usuário (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Estudos incluindo o usuário na avaliação da qualidade da atenção primária à saúde oferecem indícios sobre os benefícios ou dificuldades dos serviços de saúde em atingir as expectativas e necessidades dos usuários, sendo um importante instrumento para investigar, administrar e planejar o trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a organização da assistência mais adequada às demandas dos usuários (MISHIMA *et al.*, 2010; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Metodologia

Para serem resolutivos, é imprescindível que os serviços correspondam às expectativas dos usuários (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Estima-se que o Núcleo de Atenção Integral à Saúde do CAE (NAIS/CAE) tenha um atendimento resolutivo e de qualidade que vai de encontro às tendências atuais de gestão em saúde de ter a assistência básica como centro de uma rede integrada de atenção à saúde. Para testar esta hipótese, com base nos estudos disponíveis correlacionando resolutividade com satisfação do usuário, foi feita uma pesquisa com os usuários do NAIS/CAE.

Uma ferramenta de avaliação de qualidade que tem sido adotada em diversas companhias, independentemente da área de atuação, é o *Net Promoter Score* (NPS) (REICHHELD, 2003; SANTANA, 2016). Trata-se de um indicador de como está a qualidade do serviço prestado através da avaliação da fidelidade do usuário. Baseia-se em uma avaliação quantitativa rápida e simples: “Em uma escala de 0 a 10, o quão você recomendaria nosso serviço a seus amigos ou familiares?” Em seguida, inclui-se uma pergunta aberta qualitativa para que os clientes expressem suas opiniões e justifiquem suas respostas. Clientes que dão notas 9 ou 10 são os promotores, aqueles que estão muito satisfeitos com o serviço. Clientes que dão nota 7 ou 8 são os neutros, que tiveram uma experiência mediana com o serviço e que poderiam procurar concorrentes. Clientes que dão nota de 0 a 6 são os detratores, que não voltariam a utilizar o serviço e nem o recomendariam a algum amigo ou familiar. O NPS é calculado por meio da seguinte fórmula:

$$NPS = \frac{\text{númerodepromotores} - \text{númerodedetratores}}{\text{númerototaldepessoasqueresponderamoquestionário}}$$

Interpretação: -100 a 0: Pontos críticos para corrigir. 0 a 50: Aperfeiçoar cada vez mais.
55 a 75: Tem qualidade, continue assim! 75 a 100: Perfeição, parabéns pelo sucesso!

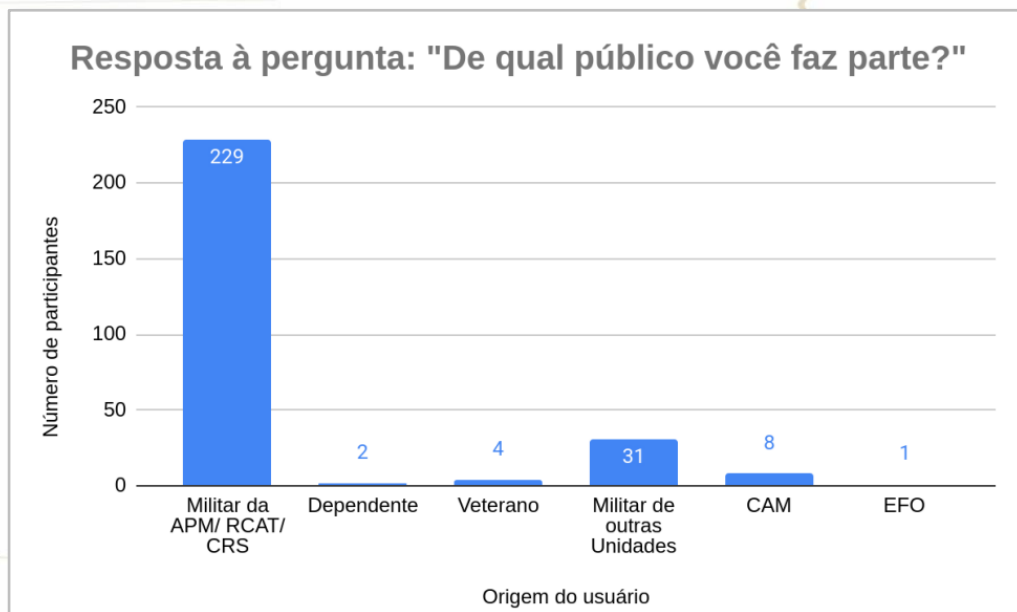
O questionário (Apêndice A) foi elaborado no Google Forms para ser respondido anônima e voluntariamente por pacientes atendidos nas áreas de clínica médica, odontologia e psicologia no NAIS/CAE. Nos dias 22 e 23/02 foi feito encaminhamento do link de acesso

ao questionário via Painele Administrativo (PA) para todos os militares do Complexo da APM (APM, CAM, RCAT, CRS) e disponibilizou-se o QRcode no NAIS para acesso pelos militares de outras Unidades, militares da reserva ou reformados, dependentes e pensionistas atendidos.

Resultados

Conforme observado no gráfico 1, foram obtidas 275 respostas. O público atendido pelo NAIS/CAE é flutuante devido aos diversos cursos oferecidos no Complexo da APM. O questionário foi enviado via PA nos dias 22 e 23/02 e ficou disponível de 22/02/2022 a 11/03/2022. Tiveram acesso ao questionário, via PA, cerca de 900 militares. Também neste período foram realizados 559 atendimentos (medicina, psicologia e odontologia somados), sendo que 96% das respostas foram encaminhadas entre os dias 22/02 e 03/03 e, portanto, referem-se, em sua maioria, ao link encaminhado via PA, concluindo-se que apenas cerca de 30% dos usuários que tiveram acesso ao questionário responderam.

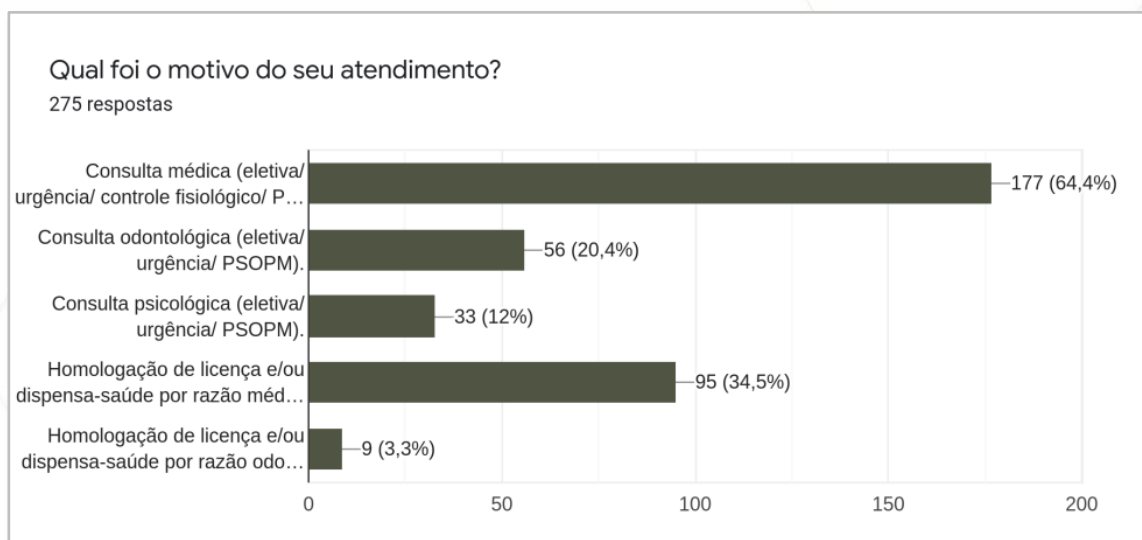
Gráfico 1 - Subdivisão dos usuários do NAIS/CAE



Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 2 evidencia que, dentre as respostas, 64,4% foram consultas médicas, 20,4% foram consultas odontológicas e 12% foram consultas psicológicas. Como muitas consultas geram também homologações, foram abertas respostas para ambas as categorias simultaneamente. Destarte, apenas 3,2% dos atendimentos foram apenas homologações.

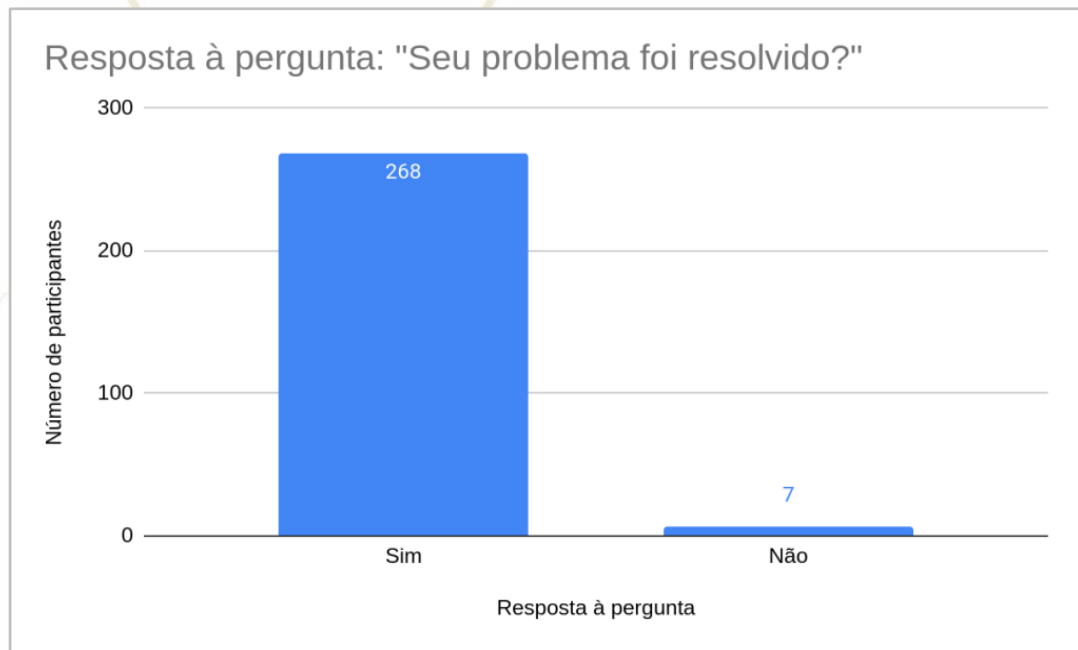
Gráfico 2 - Razão que motivou o atendimento no NAIS/CAE.



Fonte: Dados da pesquisa.

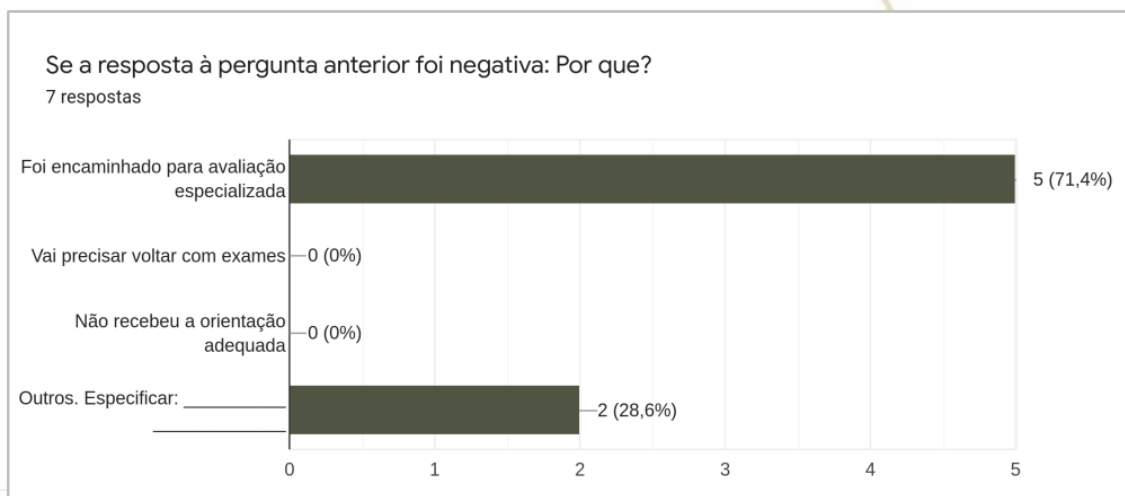
Conforme o gráfico 3, 268 usuários responderam que seu problema foi resolvido, o que aponta para um nível de resolutividade de 97,5%. Dos sete usuários que responderam que o problema não foi resolvido, cinco (71,4%) foram encaminhados para especialistas. Os outros dois usuários não especificaram o motivo da não resolução do problema (GRÁF. 4).

Gráfico 3 - Número de problemas resolvidos e não resolvidos dentre os participantes



Fonte: Dados da pesquisa.

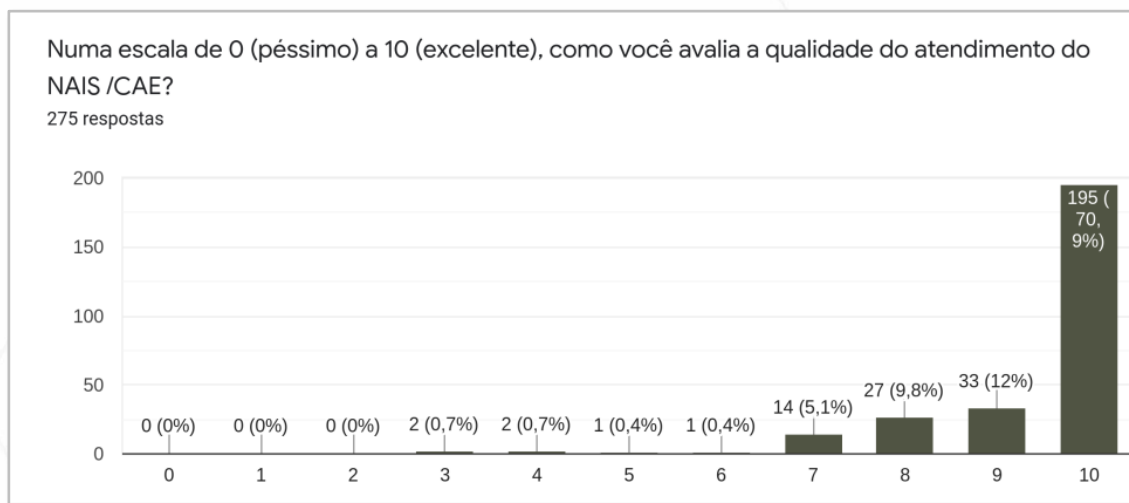
Gráfico 4 - Motivos da não resolução do problema de saúde.



Fonte: Dados da pesquisa.

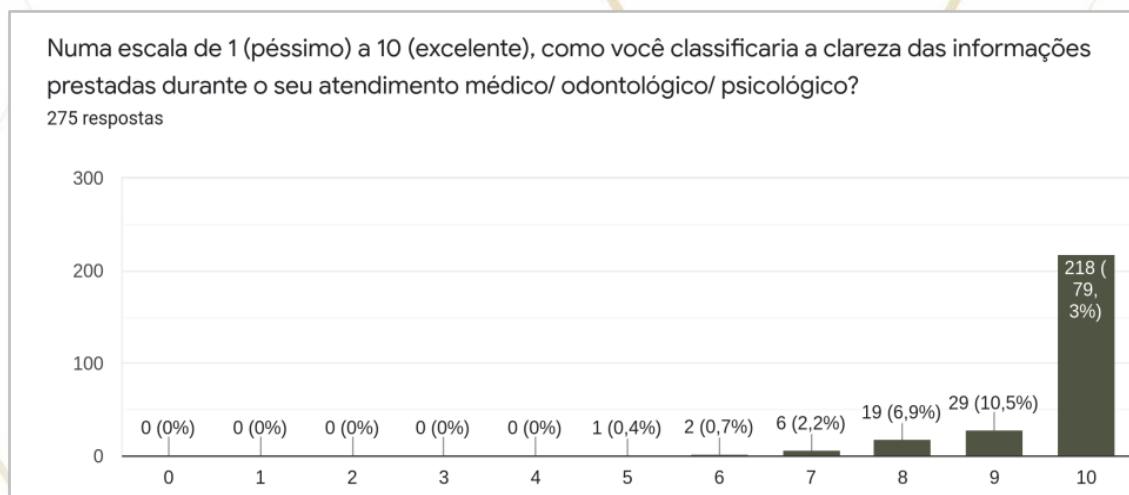
De acordo com o gráfico 5, 82,9% dos usuários consideram alta a qualidade do atendimento do NAIS (notas 9 ou 10). O gráfico 6 mostra que 89,8% dos usuários consideram o nível das informações prestadas como de ótima qualidade (notas 9 ou 10).

Gráfico 5 - Avaliação da qualidade do atendimento no NAIS/CAE de acordo com os usuários que responderam à pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa.

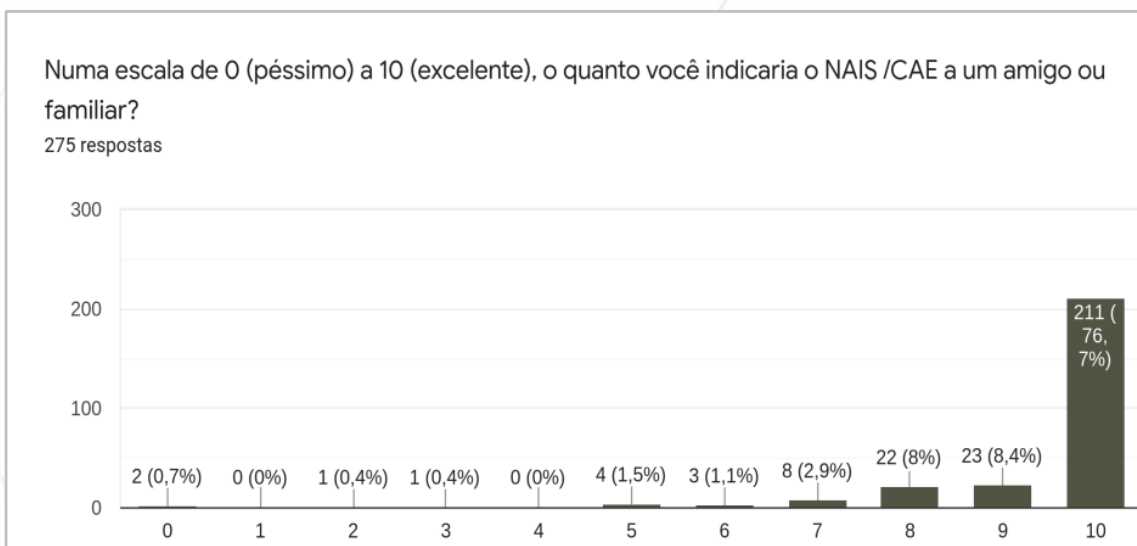
Gráfico 6 - Avaliação da clareza das informações prestadas durante o atendimento no NAIS/CAE de acordo com os usuários que responderam à pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 7 mostra que, dos 275 usuários que responderam ao questionário, 234 (85%) foram promotores (colocaram de 9 a 10 a probabilidade de recomendar o NAIS/CAE a um amigo ou familiar) e 11 (4%) foram detratores (probabilidade de recomendar o NAIS/CAE menor ou igual a 6).

Gráfico 7 - Probabilidade de os usuários que responderam à pesquisa recomendarem o NAIS/CAE a um amigo ou familiar.



Fonte: Dados da pesquisa.

O NPS calculado com base na amostragem deste trabalho foi de 81%, o que classifica o NAIS/CAE como um serviço de saúde de alta qualidade, de acordo com a interpretação do NPS (SANTANA, 2016).

Ao se fazer uma análise individualizada dos 7 usuários cujo problema não foi resolvido, foram identificadas as seguintes características: Dos cinco usuários encaminhados para avaliação especializada, três foram detratores no NPS, mas não informaram o motivo da insatisfação. Os outros dois foram promotores, mas também sem informar o motivo para esta avaliação.

Dos dois usuários que não informaram o motivo da não resolução do problema, um forneceu nota 9 no NPS e o outro forneceu nota 2 com o seguinte argumento: “O

atendimento é excelente quando acontece. Estou esperando há meses vaga de atendimento odontológico”.

Dos outros sete detratores identificados pelo questionário, dois não emitiram comentários e cinco forneceram as seguintes justificativas:

- “O paciente marcado para um profissional não pode ser atendido por outro profissional, mesmo este profissional estando desocupado naquele momento”.
- “Não consegui marcar psicólogo”.
- “Diferença no tratamento entre oficiais e praças”.
- “Falta de funcionário na recepção”.
- “Postura de alguns médicos precisa ser melhorada”.

Outras ponderações, entre os neutros, foram: dificuldade para falar no NAIS, demora no atendimento e demora no agendamento.

A maior parte dos comentários (70 dos 96 comentários) enalteceram a competência técnica, o respeito, a atenção e o acolhimento que encontraram no NAIS/CAE.

Discussão

Os resultados encontrados evidenciam que o atendimento oferecido no NAIS/CAE nas áreas de medicina, odontologia e psicologia é resolutivo e corresponde às expectativas da maior parte dos usuários que participaram da pesquisa.

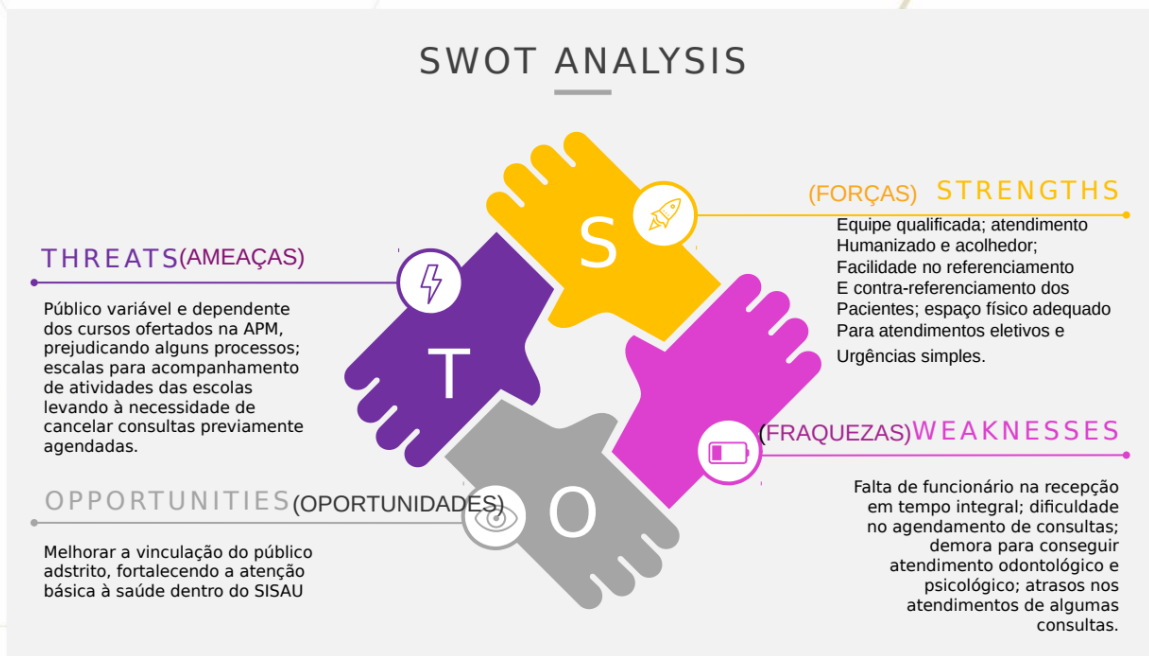
Há, contudo, problemas a serem resolvidos. Em que pese o Plano Diretor (RESOLUÇÃO CONJUNTA DE SAÚDE, 2020) ter redefinido critérios para dimensionar o efetivo do quadro de oficiais de saúde nas Unidades, atualmente são previstos na APM cinco médicos, cinco dentistas e cinco psicólogos. O NAIS/CAE conta com apenas dois dentistas e quatro médicos, havendo um déficit de três dentistas e de um médico. A APM conta com quatro psicólogos, duas delas lotadas no NAIS/CAE na época em que o questionário foi aplicado. Com apenas uma funcionária civil no período da manhã, falta recepcionista no período da tarde. Atualmente, há quatro auxiliares de saúde dos nove

previstos. Os telefones estão com chamada em espera e o catálogo telefônico está desatualizado. Estes fatos explicam a dificuldade relatada para falar no NAIS em parte do dia e para agendar atendimento odontológico e psicológico.

Como o público usuário do NAIS é variável ao longo do ano, as causas de adoecimento e, conseqüentemente, a capacidade resolutive dos atendimentos prestados, também podem variar. Esta é uma limitação deste trabalho, que foi realizado em um curto período de tempo, sem abranger os soldados de segunda classe e os discentes do primeiro ano do Curso de Formação de Oficiais. A abrangência de todos os públicos usuários do NAIS/CAE ao longo do ano faz-se necessária para uma avaliação mais completa. Para tanto, sugere-se que o questionário avaliativo continue sendo aplicado regularmente.

Conforme exposto no quadro 2, a matriz SWOT referente ao NAIS/CAE resume as principais fortalezas, fraquezas, ameaças e oportunidades enfrentadas.

Quadro 2 - Matriz SWOT - NAIS/CAE, com base na análise das respostas qualitativas.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Considerações finais

A sustentabilidade da assistência à saúde encontra seus alicerces no fortalecimento da assistência básica, na melhoria da qualidade e da resolutividade do atendimento ofertado. A busca contínua do “*Triple Aim*” deve ser uma realidade em todos os serviços, que precisam sempre se adaptar às diferentes realidades, mantendo a atenção e os cuidados voltados para o paciente. O cliente precisa se sentir acolhido e respeitado, fortalecendo seu vínculo com o sistema, sua adesão ao tratamento e hábitos saudáveis de vida.

Segundo Donabedian (2000): “Sistemas são apenas mecanismos habilitadores. A dimensão ética dos indivíduos é essencial para o sucesso de um sistema”⁽¹⁶⁾. No final de sua vida, preocupado com a ascensão do que ele chamou de um “modelo industrial” de melhoria da qualidade, ele admitiu que “O segredo da qualidade é amor. Você precisa amar seu paciente, você precisa amar sua profissão, você precisa amar seu Deus” (BERWICK; FOX, 2016).

Informações adicionais

ORCID: Rosemeire de Freitas Vasconcelos - 0000-0001-6989-6448; Alessandra de Figueiredo Vasconcellos - 0000-0002-3315-1740; Isabela Coutinho Cordeiro - 0000-0001-9208-523X.

Referências

- BERWICK, Donald; FOX, Daniel M. “Evaluating the Quality of Medical Care”: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. **The Milbank Quarterly**, v.94, n. 2, p. 237-241, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911723/pdf/MILQ-94-237.pdf>. acesso em 06 abr. 2022.
- DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Q.**, v.83, n.4, p.691-729, 2005. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203). Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> Acesso em: 06 abr. 2022.

DONABEDIAN, Avedis. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Publica Mex**, v.32, p.113-117, 1990. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/5280/5424>. Acesso em 06 abr. 2022.

FERREIRA, Jéssica *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Av Enferm**. Bogotá, v.39, n.1, p. 63-73, feb. 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002021000100063&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em 06 abr.2022.

GENTIL, Rosana Maura; LEAL, Sandra Maria Reis; SCARPI, Marinho Jorge. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v.66, n.2, p. 159-165, 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abo/a/3hSh9J8VhbtBNBVjw9WpG3K/?lang=pt>. acesso em 06 abr.2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/> Acesso em: 02 abr. 2022.

MINAS GERAIS. Polícia Militar de Minas Gerais. **Resolução conjunta de saúde - PMMG-CBMMG-IPSM n.º 151/2020**. Aprova o Plano Diretor do Sistema de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, do Corpo de Bombeiros Militar e do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado Minas Gerais de 2019; normatiza a gestão, define as atribuições, a composição e o funcionamento do Conselho Gestor do Sistema de Saúde e do Comitê de Assessoramento e dá outras providências. 27p. Belo Horizonte. Jan de 2020.

REICHHELD, Frederick F. The one number you need to grow". **Harvard Business Review**, v.81, n.12, p.46-54, dez. 2003. Disponível em: <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>. Acesso em 06 abr.2022.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia Helena Weis; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>. Acesso em: 02 abr. 2022.

SANTANA, Jéssica Keite da Silva. **Implantação da metodologia net promoter score em uma microempresa**. 2016. 60 f. (Trabalho de Conclusão de Curso – Relatório de Estágio Supervisionado), Curso de Administração, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2016. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/12243>. Acesso em 06 abr 2022.

SILVA, Alais da.; REIS, Almerinda Luedy. Triple aim: estratégias para melhorias nos sistemas de saúde. **Revista ACRED**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p.109-123, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5602113.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2022.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa, *et al.* Avaliação Da Resolutividade E Efetividade Da Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa De Literatura. **SANARE, Sobral** – 2018,.17(1):65-73. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>. Acesso em 06 abr. 2020.

VIACAVA, Francisco *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.921-932, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cTtdkcnQgZmQLhhK4j8gD3d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 06 abr.2022.

VOLPATO, Luciana Fernandes; MARTINS, Luiz Cândido. Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. **Revista Espacios**, v.38, n.42, p.10, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n42/a17v38n42p10.pdf>. Acesso em 06 abr. 2022.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO ENCAMINHADO AOS USUÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO NAIS/CAE

O Núcleo de Assistência Integral à Saúde do Centro de Administração de Ensino, buscando melhorar a qualidade de seu trabalho, te convida a responder esta pesquisa de satisfação em relação ao seu último atendimento no NAIS/CAE.

POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO CENTRO DE ADMINISTRAÇÃO DE ENSINO
(NAIS/CAE)

QUESTIONÁRIO (resolutividade e satisfação)

1. De qual público você faz parte?

- Militar do APM/ RCAT/ CRS
 Militar de outras Unidades
 Veterano
 Dependente
 Outros

2. Qual foi o motivo do seu atendimento?

- consulta médica (eletiva/ urgência/ controle fisiológico/ PSOPM)
 consulta odontológica (eletiva/ urgência/ PSOPM)
 consulta psicológica
 homologação de licença e/ou dispensa-saúde por razão médica
 homologação de licença e/ou dispensa-saúde por razão odontológica

3. Seu problema foi resolvido?

- sim
 não

4. Se a resposta anterior for negativa: Por que?

- Foi encaminhado para avaliação especializada
 Vai precisar voltar com exames
 Não recebeu a orientação adequada
 Outros. Especificar: _____

5. Numa escala de 0 (péssimo) a 10 (excelente), como você avalia a qualidade do atendimento do NAIS /CAE?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Numa escala de 0 (péssimo) a 10 (excelente), como você classificaria a clareza das informações prestadas durante o seu atendimento médico/ odontológico?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Numa escala de 0 (péssimo) a 10 (excelente), o quanto você indicaria o NAIS /CAE a um amigo ou familiar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Utilize o espaço abaixo para expressar sua opinião/ crítica/ sugestão

Abstract

Basic health care assistance with quality standards and focused on solutions is an important tool for the sustainability of the health system. There is a correlation between the user's perception of resolution and satisfaction with the care received. A satisfaction survey was carried out with users seeking to evaluate the resolution rate of the Center for Integral Assistance to Health of the Center for Administration and Education (NAIS/CAE). The results show that 97.5% of the respondents had their problem resolved. The NPS calculation with the data obtained was 81%, indicating that the health care provided in the NAIS/CAE of the Military Police of Minas Gerais is of high quality.

Keywords: resolvability; user satisfaction; basic health care.

Resumen

Una atención básica de salud resuelta y de calidad es una herramienta importante para la sostenibilidad del sistema de salud. Existe una correlación entre la percepción de resolución del usuario y la satisfacción con la atención recibida. Se realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios con el fin de evaluar la resolución del Centro de Atención Integral en Salud del Centro Docente Administración. Los resultados muestran que el 97,5% de los encuestados tuvo su problema resuelto. El cálculo del NPS con los datos obtenidos fue de 81%, lo que indica que la atención en salud brindada en el NAIS/CAE de la Policía Militar de Minas Gerais es de alta calidad.

Palabras clave: resolubilidad; satisfacción del usuário; atención básica de la salud.

Recebido em 25/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 12/Mai/2022.

Aprovado em 03/Jun/2022.

A necessidade da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde no âmbito do Sistema de Saúde dos servidores militares estaduais de Minas Gerais

Need for the insertion of integrative and complementary health practices in the framework of the health system of the state military servants of Minas Gerais

La necesidad de insertar prácticas de salud integradoras y complementarias en el Sistema de Salud de los militares del Estado de Minas Gerais

Camila Keila Soares Perdigão²¹

Renata Cristina Gonçalves²²

Robson Silva Narciso²³

Marcos Flávio Queiroz Brescia²⁴

Resumo

Analisou-se a possibilidade de ampliação das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema de Saúde dos Servidores Militares Estaduais de Minas Gerais (SISAU), por meio da apresentação de como se encontra atualmente o Sistema, o contexto das Práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), seus desafios, benefícios e impactos, a efetividade na

²¹ 1º Tenente da Polícia Militar de Minas Gerais. Bacharel em Ciências Militares pela Academia de Polícia Militar de Minas Gerais. Possui experiência na área de Defesa, com ênfase em Segurança Pública.

²² Servidora civil estatutária na Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. Especialista em Gestão Pública e Graduada em Gestão de Finanças Públicas e Auditoria Governamental pela Faculdade de Políticas Públicas da Universidade do Estado de Minas Gerais (FaPP/UEMG).

²³ Tenente-Coronel da Polícia Militar de Minas Gerais. Bacharel em Ciências Militares com Ênfase em Defesa Social pela Academia de Polícia Militar de Minas Gerais. Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Gestão Estratégica de Segurança Pública pela Academia de Polícia Militar de Minas Gerais. Especialista em Segurança Pública pela Fundação João Pinheiro. Especialista em Ciências Criminais pela Faculdade de Direito Professor Damásio de Jesus.

²⁴ Capitão Psicólogo pertencente ao Quadro de Oficiais de Saúde (QOS) da Polícia Militar de Minas Gerais. Graduação e Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente no curso de Psicologia do Centro Universitário UNA.

Atenção Primária à Saúde e o método utilizado na implantação. A pesquisa foi de natureza qualitativa em saúde do tipo exploratória, por meio de procedimentos e técnicas de pesquisas bibliográficas e análise documental. Os resultados comprovaram que não há uma completa utilização das PCIS no SISAU. Em relação às práticas institucionalizadas no SUS, destacam-se os achados e contribuições positivas na promoção da saúde, porém carecendo de maiores estudos e publicações sobre a temática, possibilitando sua ampliação e legitimidade. Em conclusão, faz-se necessário que o SISAU incentive estudos e possíveis projetos para a ampliação e divulgação das práticas terapêuticas, visando promover o bem-estar e a qualidade de vida da família policial militar.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; medicina alternativa e complementar; práticas integrativas e complementares; promoção da saúde; sistemas de saúde.

Introdução

Atualmente vivencia-se uma pandemia mundial de COVID-19 (SARS-CoV-2) declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁵ desde março de 2020. Sem previsão de acabar, a todo instante são divulgadas pelas mídias notícias sobre o surgimento de novas variantes, variação no número de casos e de mortes nos países, estudos da eficácia das vacinas desenvolvidas, assim como suas reações e possíveis sequelas, o acompanhamento do percentual de vacinação na população, o possível tratamento do Coronavírus e a flexibilização do uso de máscaras.

Devido a essa conjuntura e convivendo com as inseguranças e incertezas face à necessidade do distanciamento social, e entendendo que a COVID-19 afeta diferentes pessoas e de diversas maneiras, tem ocorrido o aumento do sofrimento psicológico, com sintomas psíquicos e transtornos mentais na população em geral, em especial nos indivíduos que trabalham na linha de frente, entre os quais profissionais da área de saúde e segurança pública (MINAS GERAIS, 2021).

²⁵ Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO) é uma agência especializada em saúde pública, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo principal de garantir que todos os povos do mundo tenham acesso à saúde de qualidade. Tem sua sede na cidade de Genebra, Suíça, e o seu diretor-geral é o etíope Tedros Adhanom desde julho de 2017.

Nesse cenário, aparecem as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como importantes ferramentas na promoção e cuidado da saúde mental, como também para prevenir e amenizar os impactos na saúde de forma integral em decorrência do estilo e ritmo de vida impostos pela evolução humana e tecnológica (MINAS GERAIS, 2022a).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que fazem parte das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), conforme a OMS (2022), se referem a um conjunto de práticas de atenção à saúde baseado em teorias e experiências de diferentes culturas, utilizadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, levando em consideração o indivíduo em sua integralidade, singularidade e complexidade, além da sua inserção sociocultural e suas particularidades.

E ainda, segundo a OMS (2022), as MTCI promovem uma visão ampliada do processo saúde/doença, o que possibilita o uso racional das ações e serviços de saúde, gerando impactos positivos nos custos do sistema de saúde.

Vieira (2021) apresenta as PICS como as práticas que “cooperam entre si no enfrentamento das adversidades da saúde”, exemplificando estas adversidades como as ocorridas “nas pandemias do novo coronavírus, das doenças crônicas não transmissíveis, das aflições mentais e em várias outras condições de saúde/doença”.

Segundo a OMS (2022), até 2018, 50% dos seus 194 Estados Membros já tinham uma política nacional de medicina tradicional e complementar e 170 Estados Membros da OMS reconheceram o uso da medicina tradicional e complementar a partir daquele ano. No Brasil, existe legislação própria para regulamentação das MTCI, sendo considerado referência mundial no que diz respeito à inserção destas práticas no sistema público de saúde.

Para o Ministério da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, ou seja, considerando o indivíduo em todas as suas dimensões: físico, mental, emocional e social (MINAS GERAIS, 2022a).

Em nosso país, as práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)²⁶, através da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, e contava apenas com 5 práticas: Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura), Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social (Crenoterapia) (BRASIL, 2006).

A partir da publicação da Portaria nº 849, de 23 de março de 2017, foram incluídas mais 14 práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, e Yoga (BRASIL, 2017).

Posteriormente, a PNPIC foi novamente atualizada, através da Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, com mais 10 práticas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. Desta forma, o SUS regulamenta atualmente 29 Práticas Integrativas e Complementares, que foram implementadas de forma gradual (BRASIL, 2018).

Em 2014, a Resolução SES-MG nº 4.597, de 09 de dezembro de 2014 incluiu à PEPIC/MG as práticas de Shantala, Yoga, Terapias Comunitárias e Dança Circular (MINAS GERAIS, 2014).

Conforme os dados parciais obtidos para o ano de 2019, do Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde, divulgado pelo Ministério da Saúde, 646 dos 853 municípios mineiros (75,7%) ofertaram atendimentos em PICS (BRASIL, 2020a).

Assim, com a importância apontada pela OMS quanto às PICS, é importante trazer essas questões em sua previsão aos Sistemas de Saúde como forma de demonstrar tanto a

²⁶ Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo a todo cidadão brasileiro o acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde. O Estado de Minas Gerais conta com a Política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), desde 2009, que foi implementada por meio da Resolução SES-MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009, sendo de responsabilidade da Diretoria de Política da Atenção Primária à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde, a coordenação das PICS, responsável técnica pelas ações da PEPIC (MINAS GERAIS, 2009).

viabilidade quanto capacidade destas práticas na contribuição da qualidade de vida e sustentabilidade desses Sistemas.

O Sistema de Saúde dos Militares Estaduais (SISAU)²⁷, conta atualmente com mais de 200 mil beneficiários, sendo que, ainda não possui uma política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ou seja, não contempla totalmente as práticas reconhecidas pelo SUS em sua rede orgânica e em sua rede credenciada, apenas tendo a previsão do procedimento de acupuntura²⁸.

Nesse contexto, diante da existência de milhares de beneficiários, considerou-se importante analisar a possibilidade da implantação de uma política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Rede Orgânica²⁹ e ampliação na Rede Credenciada³⁰ do Sistema de Saúde dos Militares Estaduais, podendo ser vista como de grande relevância para as Instituições Militares Estaduais (IME).

Assim, o objetivo deste artigo foi analisar a necessidade da inserção das práticas integrativas e complementares no Sistema de Saúde dos Servidores Militares Estaduais através da divulgação e ampliação do conhecimento dessas práticas para melhorar a qualidade de vida de seus beneficiários, considerando os procedimentos já institucionalizados no SUS.

Já os objetivos específicos foram: apresentar como se encontra atualmente o SISAU; mostrar o contexto das PICS no SUS e os desafios a serem enfrentados; apresentar os benefícios e impactos trazidos à população com tais práticas; mostrar a efetividade dos

²⁷ O Sistema de Saúde das Instituições Militares do Estado de Minas Gerais é denominado SISAU, conforme delineado na RESOLUÇÃO CONJUNTA DE SAÚDE – PMMG-CBMMG-IPSM 151, de 30 de janeiro de 2020, que aprova o Plano Diretor do Sistema de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais, sendo composto por diversos estabelecimentos de saúde, quer pertencentes à estrutura da Polícia Militar ou do Corpo de Bombeiros Militar, quer estabelecimentos contratados.

²⁸ O procedimento de acupuntura, conforme o IPSM, tem previsão para localidades de Belo Horizonte no Hospital da Polícia Militar, e estabelecimentos da Rede Contratada de Montes Claros, Juiz de Fora, Três Marias e Itumbiara, em Goiás

²⁹ A Rede Orgânica do SISAU compreende as instalações de Saúde existentes nas diversas Unidades da Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar espalhadas estrategicamente no território do Estado de Minas Gerais.

³⁰ A Rede Contratada compreende os diversos estabelecimentos de saúde contratados pelo IPSM para serviços de saúde aos beneficiários do SISAU tanto em Minas Gerais quanto em outros Estados, quando necessário.

atendimentos/procedimentos na Atenção Primária à Saúde; e apresentar o método utilizado na implantação das práticas no SUS.

A motivação para a realização deste estudo fez-se pela necessidade de atenção, cuidado e promoção da saúde mental face à situação agravada pela pandemia de COVID-19, assim como o aumento da expectativa de vida da população brasileira, que permeia 80,3 anos para mulheres e 73,3 anos para homens (IBGE, 2020).

Para elaboração deste estudo foram realizados procedimentos e técnicas de pesquisas bibliográficas (livros, revistas e artigos científicos nas áreas de saúde) que, conforme Gil (2002), permite “ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela poderia pesquisar diretamente”. Gil (2002) ainda esclarece que na pesquisa documental (Portarias, Resoluções) “há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados”. Para tanto, também foi utilizado informativo, manual e relatório do Ministério da Saúde relacionados às PICS.

A pesquisa foi de natureza qualitativa em saúde do tipo exploratória, que possibilitou maior aproximação aos fenômenos e fatos relacionados ao tema, através da organização e correlacionamento dos conhecimentos teóricos e empíricos referentes às práticas integrativas e complementares em saúde, seguido da análise e discussão dos materiais e conteúdos disponíveis em função dos objetivos da pesquisa.

A abordagem qualitativa mostrou-se mais adequada para este estudo, por trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que vão além da operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Além disso, a pesquisa qualitativa está voltada para a análise de casos concretos em suas peculiaridades locais, temporais e situacionais, considerando a mudança social acelerada e, conseqüentemente, a pluralização de estilos de vida e suas perspectivas (FLICK, 2009).

Cenário atual do sistema de saúde dos militares estaduais de Minas Gerais

Partindo da premissa de que o “maior ativo de uma instituição é o seu integrante”, o que na Polícia Militar de Minas Gerais³¹ (PMMG) e no Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais³² (CBMMG) “são os seus militares” (NARCISO, 2020), as instituições devem ter por objetivo a manutenção de uma estrutura de saúde adequada, o que, no caso destas instituições, em consequência das funções exercidas, se estende aos dependentes.

Desta forma, conforme os objetivos deste artigo, há que se verificar no SISAU a aplicação das PICS, tanto aos militares da ativa quanto os veteranos, bem como aos demais beneficiários, haja vista a complexidade das funções exercidas em um contexto de atividade profissional que têm a possibilidade de sofrer agressões e com taxas elevadíssimas de mortalidade e morbidade, atingindo patamares de taxas de mortalidade por violência de 3,65 vezes maiores do que a da população masculina da cidade do Rio de Janeiro (SOUZA; MINAYO, 2005).

Há evidências de que a profissão policial é uma das mais danosas aos indivíduos que a exercem sob o ponto de vista psicológico, com alta carga de estresse e de exigências físicas e emocionais comparativamente a outras ocupações. (FERREIRA, 2017³³ *apud* LIBERMAN, 2002, p. 1806).

A profissão policial militar sujeita os indivíduos a extremas pressões, com exigências físicas e psicológicas que impactam significativamente em várias dimensões da saúde desse profissional (FERREIRA *et al.*, 2017).

³¹ Criada em 9 de junho de 1775, a Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG), enquanto Força Pública estadual, tem por função constitucional federal e estadual a polícia ostensiva de prevenção criminal, de segurança, de trânsito urbano e rodoviário, de florestas e de mananciais e as atividades relacionadas com a preservação e restauração da ordem pública, além da garantia do exercício do poder de polícia, dos órgãos e entidades públicos, especialmente das áreas fazendária, sanitária, de proteção ambiental, de uso e ocupação do solo e de patrimônio cultural, conforme Art. 144, § 5º da Constituição Federal e Art. 142, I, da Constituição do Estado de Minas Gerais.

³² Com origem no início do século XX, o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais (CBMMG), enquanto Força Pública estadual, tem por função constitucional federal e estadual, a coordenação e a execução de ações de defesa civil, a prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio, busca e salvamento e estabelecimento de normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio ou qualquer tipo de catástrofe, conforme Art.144, §5º, da Constituição Federal e Art. 142, II, da Constituição do Estado de Minas Gerais.

³³ LIBERMAN, A. *et al.* **Routine Occupational Stress and Psychological distress in Police.** 2002.

Neste contexto, com intuito de amparar a família policial militar mineira foi estabelecido, com história que antecede o ano de 1911, o Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais (IPSM)³⁴, responsável pela prestação de assistência previdenciária e de saúde aos beneficiários legalmente inscritos, hoje uma Autarquia vinculada à Polícia Militar de Minas Gerais e com sustentáculo legal na Lei 10.366, de 28 de dezembro de 1990 (MINAS GERAIS, 1990).

Com as várias modificações ao longo das décadas desde a sua fundação em 1911, hoje o IPSM tem como segurados tanto militares estaduais pertencentes à Polícia Militar de Minas Gerais quanto ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, bem como ainda servidores civis das instituições e do próprio IPSM (NARCISO, 2020).

Hoje a previsão legal do IPSM encontra respaldo na Lei 10.366, de 28 de dezembro de 1990, com as devidas modificações posteriores, e que vem tipificando e classificando todos os beneficiários do SISAU, conforme previsto no Art 3º da referida Lei:

Art. 3º- São segurados do IPSM:

I- em caráter compulsório:

a) **o militar da ativa, da reserva remunerada, o reformado e o juiz militar do Tribunal de Justiça Militar do Estado de Minas Gerais;**

(Alínea com redação dada pelo art. 1º da Lei nº 17.720, de 12/8/2008.)

b) **o servidor civil da Polícia Militar alcançado pela Lei nº 7.982, de 10 de julho de 1981**, impedido de se inscrever como contribuinte do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais;

c)- o servidor civil do sistema de ensino da Polícia Militar, a que se refere o parágrafo único do art. 2º da Lei nº 7.982, de 10 de julho de 1981;

II- em caráter facultativo: aquele que, tendo perdido a condição de segurado compulsório, manifestar a sua opção no prazo de 60 (sessenta) dias.

§ 1º- O segurado compulsório a que se refere a alínea "a" do inciso I deste artigo é considerado inscrito a partir de seu ingresso na Polícia Militar.

³⁴ O Instituto de Previdência do Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM-MG), sucessora Caixa Beneficente que foi criada pela Lei nº 565, de 19 de setembro de 1911, é autarquia estadual vinculada à Polícia Militar, com sede na Capital, e tem por finalidade a prestação previdenciária a seus beneficiários, conforme previsto no Art 1º da Lei 1.0366, de 28 de dezembro de 1990 (MINASGERAIS, 1990).

§ 2º- Ao servidor civil do IPSM e do sistema de ensino da Polícia Militar é assegurado o direito de optar pela filiação ao IPSM, na condição de segurado compulsório, desobrigando-se da filiação ao Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

§ 3º- A opção a que se refere o parágrafo anterior deve ser exercida:

I- pelos atuais servidores, no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da vigência desta Lei;

II- pelos servidores admitidos após a vigência desta Lei, na data da admissão (MINAS GERAIS, 1990, **grifo nosso**).

Já em 1995, foi publicada a Resolução Conjunta nº 07, de 09 de agosto de 1995, que versa sobre o Plano de Assistência à Saúde (PAS) para a Polícia Militar do estado de Minas Gerais e Instituto de Previdência dos servidores Militares do Estado de Minas Gerais, estabelecendo normas, além de definir conceitos e redes para atendimento (NARCISO, 2020).

Com o passar do tempo, foram estabelecidas novas legislações fortalecendo a rede interna, definida como orgânica, e credenciada, o que viria a se tornar o Sistema de Saúde dos Militares Estaduais de Minas Gerais, coordenado por uma tríade: Polícia Militar de Minas Gerais, Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais (NARCISO, 2020).

Tabela 1 — Beneficiários do IPSM por Regiões da Polícia Militar em 2021.

Beneficiários do IPSM estratificados por Regiões da Polícia Militar em dezembro de 2021		
RPM	Total	%
01 RPM	48.613	21,91%
02 RPM	22.079	9,95%
03 RPM	12.429	5,60%
04 RPM	16.218	7,31%
05 RPM	7.585	3,42%
06 RPM	7.840	3,53%
07 RPM	10.217	4,61%
08 RPM	9.164	4,13%
09 RPM	10.201	4,60%
10 RPM	4.925	2,22%
11 RPM	12.979	5,85%
12 RPM	13.799	6,22%
13 RPM	9.403	4,24%
14 RPM	6.203	2,80%
15 RPM	6.211	2,80%
16 RPM	3.012	1,36%
17 RPM	6.086	2,74%
18 RPM	7.811	3,52%
19 RPM	4.152	1,87%
OUTROS ESTADOS	2.901	1,31%
TOTAL	221.828	100%

Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais, 2022.

Trata-se de um Sistema complexo e que, como tal, possui desafios de atualizações, seja nos atendimentos primário, secundário e terciário, bem como na aplicação de normas do Sistema Único de Saúde e das regulatórias de planos de saúde, conforme a necessidade e a legalidade.

O SISAU dos Militares Estaduais, em dezembro de 2021, contava com mais de 221 mil beneficiários distribuídos territorialmente nas diversas Regiões da Polícia Militar (RPM)³⁵ e em outros Estados do país, conforme tabela 1, sendo que, ainda, não possui uma completa política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ou seja, não contempla as práticas reconhecidas pelo SUS em sua rede orgânica e rede credenciada.

A estrutura de atendimento ao beneficiário do IPSM perante as PICS

Hoje o IPSM, por necessidade de gestão, classifica os beneficiários à prestação de saúde, sendo que no Quadro 1 estão expostas as definições das classificações de assistência à saúde, conforme previsão na Resolução 07/1995, de 09 de agosto de 1995, que dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde (PAS) para a PMMG e IPSM.

Assim, com as definições apresentadas no Quadro 1, tem-se que todo o grupo de segurados do IPSM e, portanto, beneficiários, são recepcionados em todos os procedimentos de saúde, o que incluiriam PICS.

Ainda neste aspecto, (WILLIAMS, 1985³⁶ *apud* VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987, p. 231) também cita que:

Apesar de a imensa maioria dos velhos dos países desenvolvidos ser razoavelmente saudável e estar morando independentemente em suas comunidades, 80% deles experimentam pelo menos uma forma de doença crônica.

³⁵ Conforme previsto na Diretriz Geral para Emprego Operacional da Polícia Militar de Minas Gerais (Diretriz nº 3.01.01/2019/CG) as Regiões da Polícia Militar (RPM) constituem as Unidades de Direção Intermediária (UDI), compondo assim o nível tático de direção da PMMG, subordinadas diretamente ao nível Estratégico de Direção Geral, sendo na prática a divisão operacional geográfica do Estado de Minas Gerais e composta pelas Unidades de Execução Operacional (UEOp), como Batalhões da Polícia Militar (BPM) e Companhias de Polícia Militar Independentes (Cia PM Ind).

³⁶ WILLIAMS, T.F. **The scientific challenge: health care and the elderly.** In: **Pan-American Health Organization.** 1985.

Cezário *et al.* (2005, p. 5) também afirmam que, em decorrência da queda da mortalidade e da fecundidade no Brasil, ocorreu um aumento do número de idosos, com maior ênfase ao grupo com mais de 80 anos, apontando que nos próximos 20 anos, a partir de 2005, as projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8 para 15%.

Quadro 1 — Classificação da assistência à saúde pelo IPSM.

Classificação	Definição
Assistência à Saúde	Compreende a atenção à saúde em suas diversas modalidades e especialidades.
Assistência Básica à Saúde	É o conjunto de procedimentos preventivos ou curativos indispensáveis à manutenção da saúde, realizada sem ônus para o público logístico, excluindo-se as situações definidas neste plano e com a participação do segurado para o público previdenciário, em percentuais de até 100% dos custos da assistência, sem correção monetária do saldo devedor. O desconto é de, no máximo, 10% sobre o vencimento bruto ou valor da pensão.
Assistência Complementar à Saúde	E o conjunto de procedimentos de atenção à saúde que não se enquadram como básicos. É realizada com ônus total para o segurado ou pensionista e financiada pelo IPSM, com correção monetária do saldo devedor. O desconto será de, no máximo, 20% sobre o vencimento bruto ou valor da pensão
Assistência Especial à Saúde	Compreende os procedimentos indispensáveis à manutenção da saúde, enquadrados como assistência básica, não realizáveis na Rede Orgânica ou na Rede Contratada e/ou custos não estipulados em tabela própria, desde que comprovada previamente sua necessidade, baseados em evidências científicas que justifiquem a sua inclusão na referida tabela, juntamente com relatório circunstanciado de profissional de saúde especialista da Rede Orgânica ou Contratada, com parecer favorável do Gerente Regional, avaliação técnica da Seção de Regulação/DS e autorização do Diretor de Saúde.
Assistência logística à Saúde	Consiste na assistência básica prestada ao público logístico, às custas de recursos do Estado e sob a administração do Sistema de Saúde da PMMG.
Assistência Previdenciária à Saúde	É a prestada pelo IPSM a seus contribuintes, pensionistas e dependentes legais, com a participação no custeio, nos termos do presente Plano de Saúde.

Fonte: Minas Gerais, 1995.

Cabe, neste ponto, constar que os Sistemas de Saúde têm sido pressionados a reexaminar os custos e benefícios de suas ações para assegurar um atendimento efetivo e utilizar recursos de forma mais eficiente (DE SOUZA; DE AQUINO; BEZERRA, 2017), o que não é diferente junto ao SISAU.

Neste aspecto, Andrade e Costa (2010) citam que estimular “o uso das práticas integrativas potencialmente amplia o pluralismo médico, na medida em que elas são transportadas para o circuito dos serviços públicos”, o que nos leva a perceber que se potencializa também a atenção primária, motivo pelo qual as PICS tornam-se ferramentas ideais para este novo cenário que agora se apresenta.

Já ao analisarmos o SISAU, confirmamos que não há ampla utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, uma vez que a única prática registrada em procedimentos foi a acupuntura, a qual apresentou 141 procedimentos com registros após agosto de 2021, conforme Tabela 2.

Tabela 2 — Procedimentos de Acupuntura por mês de processamento, a partir de agosto de 2021 até março de 2022.

Procedimentos de Acupuntura por mês de processamento		
Mês e ano	Beneficiários atendidos	Quantidade de Sessões
Agosto de 2021	2	3
Setembro de 2021	1	5
Outubro de 2021	3	3
Novembro de 2021	9	47
Dezembro de 2021	7	15
Janeiro de 2022	11	29
Fevereiro de 2022	3	14
Março de 2022	9	14
TOTAL	45	130

Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais, 2022.

Ainda na Tabela 2 percebemos o pequeno número de beneficiários atendidos, visto haver um total de apenas 45 em um universo de mais de 221 mil beneficiários que foram atendidos com o procedimento de acupuntura, tendo este procedimento atingido um total de apenas 130 sessões no período de agosto de 2021 até março de 2022.

Importante também constar que os procedimentos de acupuntura são tidos como assistência básica por parte do IPSM, havendo ônus integral ao segurado enquanto público logístico e quando o beneficiário for classificado como público previdenciário haverá rateio de 25% do valor do procedimento ao segurado e 75% ao IPSM, conforme previsto na Deliberação de Saúde nº 93 de 2020 (MINAS GERAIS, 2020b).

Assim, tem-se que estes procedimentos não são efetivamente utilizados pelo SISAU, havendo que se avaliar e preconizar o impacto destes procedimentos na atenção primária à saúde.

Contexto das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desafios

Ao analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua divisão em níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária, Vieira (2021) relata que o Sistema se estrutura com o intuito de servir a população, através da prevenção e cuidado, objetivando a manutenção da vida com qualidade. E que a existência das práticas no SUS fortalece a ideia de autocuidado, autonomia e de responsabilização do indivíduo para potencializar os meios de se desenvolver o bem-estar e ter uma melhor qualidade de vida, tanto de forma pessoal como social.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, recomendou às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a adoção da implantação e implementação das ações e serviços relacionados às PICS, prioritariamente na Atenção Básica. Para contextualização, segue-se no Quadro 2 uma breve síntese das práticas institucionalizadas no âmbito do SUS (BRASIL, 2015). No Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde, divulgado pelo Ministério da Saúde (2020), de acordo com os dados parciais obtidos para o ano de 2019,

as práticas estiveram presentes em 77% dos municípios brasileiros e em todas as capitais. Assim, 4.296 municípios ofertaram atendimentos em PICS, com 90% da distribuição dos serviços concentrados na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que as práticas mais ofertadas foram auriculoterapia e acupuntura, ambas ligadas às práticas de saúde milenares chinesas (BRASIL, 2020a).

Quadro 2 — Descrição das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da PNPIC.

(continua)

Prática	Descrição
Apiterapia	Método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas, como a apitoxina, a geleia real e o pólen, a própolis e o mel, para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições.
Aromaterapia	A terapêutica consiste no uso intencional de concentrados voláteis, os óleos essenciais extraídos de vegetais, a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene.
Arteterapia	Prática que utiliza materiais e técnicas para expressão artística, visual. Atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo.
Ayurveda	Terapia milenar indiana baseada no equilíbrio dos cinco elementos básicos da natureza - terra, água, fogo, ar e éter - que agrega princípios relativos à saúde do corpo físico associados aos campos energético, mental e espiritual.
Biodança	Prática de expressão corporal, baseada em vivências através da música, canto e dança. Busca promover conexões do ser humano consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.
Bioenergética	Prática que utiliza o trabalho corporal em busca da integração e equilíbrio entre o corpo, a mente, a emoção e a razão. Proporciona ao paciente condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autoconhecimento e promover uma vida mais saudável.
Constelação familiar	É uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Foi criada pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar, além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo.
Cromoterapia	Terapia que, por intermédio das cores, procura estabelecer a harmonia entre corpo, mente e emoções. Pode ser trabalhada de diferentes maneiras associadas ou não a outras modalidades terapêuticas integrativas e complementares.

Quadro 2 — Descrição das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da PNPIC.
(continuação)

Prática	Descrição
Dança Circular	Prática de expressão corporal que utiliza a roda, o canto e o ritmo para promover a integração, o auxílio mútuo e a igualdade entre os participantes, visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.
Geoterapia	É uma prática que utiliza a argila diluída em água para ser aplicada ao corpo, contribuindo com a ampliação e melhoramento nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas.
Hipnoterapia	É um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento e/ou concentração, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permite alterar várias condições ou comportamentos indesejados.
Homeopatia	Terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, cujo método envolve três princípios fundamentais: a Leidos Semelhantes, a experimentação no homem sadio e o uso da ultradiluição de medicamentos.
Imposição de mãos	É uma prática terapêutica que implica um esforço meditativo para a transferência de energia universal vital por meio das mãos com intuito de restabelecer o equilíbrio do campo energético auxiliando no processo saúde-doença.
Medicina Antroposófica	Busca compreender e tratar o ser humano em sua integralidade, considerando sua história de vida e sua relação com a natureza. Oferece uma abordagem interdisciplinar de cuidados com diferentes recursos terapêuticos.
Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura	Originária da medicina tradicional chinesa, a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.
Meditação	Prática que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.
Musicoterapia	É considerada uma prática expressiva que utiliza a música e os seus elementos – som, ritmo, melodia, harmonia – promovendo a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, visando alcançar suas necessidades físicas, emocionais, mentais e sociais.
Naturopatia	Prática que adota uma visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença, utilizando um conjunto de práticas integrativas no cuidado e atenção à saúde. Propõe restaurar o bem-estar e a qualidade de vida por meio da educação em saúde, estilo de vida e terapias naturais que reintegram aspectos do corpo, da mente e da emoção com a natureza e a sociedade.

Quadro 2 — Descrição das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da PNPIC.
(conclusão)

Prática	Descrição
Osteopatia	Prática que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza de várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, sendo uma delas a manipulação do sistema músculo esquelético (ossos, músculos e articulações).
Ozonioterapia	Prática integrativa e complementar que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, contribui para a melhora de diversas doenças.
Plantas Medicinais e Fitoterapia	É uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, como planta fresca (in natura), planta seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.
Quiropraxia	Prática que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético, tendo como finalidade o alívio de dores e correção postural, favorecendo a capacidade natural do organismo de autocura.
Reflexo-terapia	Prática terapêutica que utiliza pontos reflexos do corpo (pés, mãos e orelhas) para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
Reiki	Prática que utiliza a impostação das mãos para canalização da energia universal vital, visando promover o equilíbrio energético, o bem-estar físico e mental, com a finalidade de recuperar a saúde.
Shantala	Prática que consiste na manipulação e massagem do corpo do bebê praticado pelos pais, favorecendo o vínculo entre eles, ativando a circulação e promovendo o alongamento dos membros.
Terapia Comunitária Integrativa	Prática coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de criação e fortalecimento de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências individuais, das famílias e comunidades.
Terapia de Florais	É uma prática complementar e não medicamentosa que adota a utilização terapêutica das essências de flores silvestres - extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos para o equilíbrio e harmonia dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive.
Termalismo – Crenoterapia	Prática que consiste no uso da águas minerais com propriedades físicas, térmicas, químicas e radioativas como agentes para fins preventivos, terapêuticos e manutenção da saúde.
Yoga	Prática corporal e mental utilizada como técnica para controlar corpo, mente e emoções, combinando posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento.

Fonte: Brasil, 2015.

Ischkanian e Pelicioni (2012) relatam que o SUS tem se mostrado favorável ao uso de recursos terapêuticos, principalmente no que se refere às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), considerando que são “mais eficazes em muitas das instâncias de tratamento e economicamente mais acessíveis”. E apesar de se ter uma política pública “percebeu-se que algumas limitações e desafios têm impedido que a sua implantação ocorra de modo mais efetivo”.

A pesquisa realizada pelas autoras mostrou que um dos principais resultados foi que os gestores não estavam preparados para a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Por resistência ou falta de conhecimento, ainda prevalecia o modelo biomédico nos atendimentos, assim como a divulgação das PICS não era suficiente para que profissionais e usuários tivessem o conhecimento.

Dacal e Silva (2018) também relatam a importância de se realizar estudos e publicações na área das PICS, possibilitando o crescimento e sua legitimidade, através de um maior conhecimento sobre a eficácia e a qualidade das práticas, com intuito de garantir uma expansão nacional mais uniforme.

Cazarin *et al.* (2018, p. 285) relatam que, em relação à Política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC):

No caso de Minas Gerais, os desafios para a consolidação da PEPIC passam pela transitoriedade da oferta das PICS, sustentada, muitas vezes, por profissionais dedicados que podem ser mais ou menos incentivados para a manutenção do serviço de acordo com o contexto sociopolítico num dado período.

Porém, os autores destacam que o monitoramento dos dados de oferta do Serviço de PICS, realizado em Minas Gerais desde 2014, “tem se mostrado muito útil na medida em que possibilita mapear a diversidade das PICS e sua variação temporal”, permitindo o aperfeiçoamento das ações propostas pela PEPIC/MG, mostrando ser importante instrumento de planejamento e gestão do programa.

No mais, conforme a nova realidade mundial, Vieira (2021) destaca que “a pandemia teve um apelo social no sentido de instituir ações preventivas de cuidado, sendo as PICS uma

forte aliada ao pluralismo terapêutico destas ações de saúde no SUS”, considerando que a necessidade de autocuidado e a capacidade de se lidar com os desafios emocionais, mentais, físicos e sociais se tornaram quase inevitáveis.

Benefícios, impactos e efetividade das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária, conforme Starfield (2002), é um nível de sistema de serviço em saúde que aborda os problemas mais comuns de uma comunidade, por estar mais próxima a ela, e oferece serviços de prevenção e promoção maximizando a saúde e o bem-estar. Starfield (2002) ainda destaca que os custos tendem a ser mais baixos nos serviços de saúde em países que investem mais na Atenção Primária.

Ischkanian e Pelicioni (2012, p235) relatam que as Práticas Integrativas e Complementares, “além de promoverem a redução dos custos, têm se mostrado eficazes e investido na promoção da saúde e na educação em saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e que suas consequências sejam muito graves”.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), apresentou o Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 03/2020 - depressão e ansiedade, onde foram exploradas evidências de PCIS para as condições abordadas (BRASIL, 2020b).

Nesse Informe, no que tange à análise das evidências científicas em PICS, a acupuntura apresentou efeitos no controle dos sintomas depressivos em indivíduos com transtorno depressivo maior. Já para a auriculoterapia, os resultados mostraram que efetivamente a prática pode melhorar os sintomas relacionados ao transtorno depressivo, sendo um tratamento complementar para lidar com este quadro (BRASIL, 2020b).

Quanto à meditação, esta é uma prática que tem sido crescentemente indicada com objetivo de reduzir o estresse, bem como para melhoria da qualidade de vida. Evidências analisadas referentes a essa prática apresentaram melhora significativa no alívio dos sintomas depressivos, com atuação na fase aguda e sub-aguda do tratamento. O

aumento na frequência da prática pode reduzir sintomas residuais em indivíduos depressivos, com quadro instalado de depressão maior (BRASIL, 2020b).

Em relação às evidências de PICS encontradas para ansiedade, conforme o Informe nº 03/2020 (CNPICS/MS), estudos apontam achados positivos no uso da acupuntura no tratamento de transtorno de ansiedade generalizada ou neurose de ansiedade. E as indicações clínicas, com base nos resultados, mostraram que a auriculoterapia pode ser tão eficaz quanto a terapia medicamentosa para esta condição de saúde mental (BRASIL, 2020b).

Estudos apresentados no mesmo informe evidenciam que a prática da meditação contribui na redução da ansiedade, ao promover melhorias no bem-estar com desfecho positivo no estado interno de calma, realização pessoal e aumento das emoções positivas. Assim como também a redução do estresse com base na atenção plena (BRASIL, 2020b).

Através da meditação, a vivência do indivíduo se torna mais fluida e orgânica, podendo possibilitar crescimento e mudança de forma natural, sem que haja controle e predeterminação da mente. Essa prática pode “potencializar o melhor da mente, quando focada e direcionada pela vivência de presença” (VIEIRA, 2021).

Os resultados dos estudos analisados no Informe nº 03/2020 (CNPICS/MS) indicaram que a prática do yoga geralmente tem efeito benéfico na redução da ansiedade, incluindo o período de gravidez. Há efeitos psicológicos benéficos, sendo uma técnica promissora para o gerenciamento do estresse, inclusive de profissionais da saúde, promovendo melhoria da saúde física, emocional e mental (BRASIL, 2020b).

Ainda, dentre os seus efeitos, demonstra segurança e eficácia na redução dos sintomas relacionados à menopausa, assim como efeitos positivos para crianças e adolescentes (BRASIL, 2020b).

Vieira (2021) relata que a prática de Reiki apresenta benefícios como “alívio da dor, redução do estresse e ansiedade”, além do “melhor enfrentamento dos processos de adoecimento, diminuição da pressão arterial, melhora de sintomas depressivos e problemas do sono”. E destaca que sua aplicabilidade é simples, através da imposição

das mãos, acessível a qualquer pessoa e independe de qualquer tipo de crença ou concepção religiosa.

Na pesquisa realizada por Freitag, Andrade e Badke (2015), pode-se verificar que o Reiki foi efetivo na diminuição da ansiedade e na intensidade da dor em várias situações. Além disso, os resultados sugeriram que essa prática, de forma complementar e não invasiva, pode beneficiar pessoas em exames como colonoscopia, no tratamento de quimioterapia, pacientes oncológicos e pessoas com síndrome de Burnout.

Estudo realizado por Santos *et al.* (2018), em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo, no período de janeiro e junho de 2017, buscou mostrar os impactos das PICS na promoção da saúde de idosos, ficando evidenciado o reconhecimento da efetividade das práticas com a melhora da saúde e bem-estar desse público e a colaboração dos gestores da saúde para a manutenção das atividades, especialmente na APS.

Segundo os autores, os desafios mais citados foram as adequações de infraestrutura para a realização das práticas, a oferta de cursos para os orientadores das práticas, maior divulgação das PICS na APS e, conseqüentemente, aumento da participação dos idosos. Ao analisar os impactos, foi possível perceber que os avanços superaram os desafios, contribuindo para que a política das práticas continue se expandindo e se aperfeiçoando no SUS (SANTOS *et al.*, 2018).

Apesar do desafio teórico e metodológico, se faz necessário o desenvolvimento de estudos de custo-efetividade relacionados às PICS praticadas no SUS, em especial na Atenção Primária à Saúde, que podem contribuir para um melhor planejamento dos serviços de saúde, possibilitando informações de quais práticas poderão ser desenvolvidas de forma mais segura e efetiva pelo sistema de saúde (DE SOUZA; DE AQUINO; BEZERRA, 2017).

Segundo Dacal e Silva (2018), “ainda são escassos no Brasil estudos sobre os benefícios das PICS na saúde pública”. Fazendo-se necessário estudos mais estruturados que se dediquem sobre aspectos como qualidade de vida, adesão ao tratamento e promoção da saúde, fortalecendo a expansão das PICS e ampliando o olhar sobre o adoecer e as práticas.

Método utilizado para implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS

A apresentação de um método vem como sugestão, por meio de um modelo de Plano de Implantação das PICS, para facilitar o desenvolvimento de ações sólidas e sustentáveis, sendo que “a realização de um processo guiado democraticamente, discutido e sustentado, promove o aperfeiçoamento e adequação das atividades e norteia as ações a serem implantadas.” (SANTOS; TESSER, 2012).

Além disso, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contribuiu para o fortalecimento do SUS ao possibilitar a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo e não apenas na assistência. E ainda representou um avanço no processo de expansão do SUS, garantindo aos cidadãos brasileiros o acesso universal à saúde, disponibilizando serviços antes restritos ao setor privado (BRASIL, 2015).

Em 2018, foi divulgado pelo Ministério da Saúde um Manual de implantação de serviços de PICS no SUS (BRASIL, 2018), em que a elaboração e a implementação das práticas podem ser formalizadas através de um projeto. Ressaltando que quanto maior a participação dos atores envolvidos (usuários, equipes de saúde dos serviços, gestores, entre outros), maiores as chances de o processo ser realizado com sucesso.

Os passos para implantação das PICS, conforme o Manual (BRASIL, 2018), são:

- Levantamento dos atores envolvidos: sugere-se a realização de um mapeamento de profissionais capacitados em PICS, sendo de grande valia mapear os profissionais que, mesmo não tendo conhecimento nessas práticas, tenham interesse em aprender e aplicar esses conhecimentos.
- Diagnóstico situacional: conhecer as necessidades e as vulnerabilidades que podem ser descritas por meio das condições de vida, saúde e do perfil epidemiológico da população de uma determinada localidade.
- Análise organizacional: Identificar a existência ou a necessidade de locais adequados, como salas com biombos, macas, lavabo e banheiros, espaços para atividades coletivas, que são importantes para realização de cada prática. Assim como

definir metas e objetivos e levar para conhecimento, discussão e aprovação do Conselho de Saúde.

Já para elaboração do Plano de Desenvolvimento de Implantação das PICS, os passos são os seguintes: (BRASIL, 2018):

- Regulamentação da oferta das PICS: a regulamentação das PICS estimula uma organização de oferta delas e dos serviços em rede, sendo que pode ocorrer por meio de normas, atos institucionais ou através de uma política pública.
- Capacitação dos profissionais: recomenda-se uma atividade de sensibilização na qual seja fomentada a discussão no contexto da realidade local e, por fim, a pactuação de ações relacionadas às PICS a serem desenvolvidas nos serviços de saúde.
- Apoio matricial: é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico, pedagógico e assistencial em áreas específicas para as equipes ou profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde.
- Cooperação horizontal: trata-se de uma troca de saberes, transmissão de conhecimento e práticas. É o compartilhamento de experiências exitosas que podem ser aplicadas na rotina de trabalho das equipes envolvidas.
- Criação de serviços na Atenção Básica: as PICS podem ser ofertadas pelo mesmo profissional que realiza o cuidado convencional aos usuários, desde que tenha formação prévia para praticá-las, ou por profissional específico contratado para essa oferta de cuidado.
- Criação de serviços de especialidades em PICS: é uma possibilidade de oferta, sendo que as PICS são realizadas por profissionais especialistas em serviços ambulatoriais de média complexidade, ou, ainda, em outros serviços como centros de PICS.
- Criação de serviços hospitalares e serviços ligados às redes temáticas: outra possibilidade de implementação das PICS é sua inserção em serviços ligados à rede ambulatorial, hospitalar, ou ainda a algumas das redes temáticas.
- Cadastro dos serviços em PICS no SCNES: o cadastramento consiste no registro do serviço ou do profissional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

- Divulgação do plano: as ações de divulgação para os profissionais e para a população poderão ser realizadas por meio da mídia, de folders, cartazes, entre outros; é importante o envolvimento dos profissionais dos serviços.

Ressalta-se ainda a posterior avaliação e monitoramento das PICS, o que permite o acompanhamento dos serviços desenvolvidos e sua melhoria, trazendo ao gestor a possibilidade de poder estabelecer metodologias próprias de monitoramento, com a criação e aplicação de indicadores de processo e de resultado (BRASIL, 2018).

Cabe frisar que não se trata de um modelo rígido e obrigatório, podendo ser ajustado conforme as necessidades, especificidades e realidade de cada localidade, inclusive com a possibilidade de observância de questões culturais (BRASIL, 2018).

Conclusão

Considerando que a Diretoria de Saúde/PMMG tem por atribuição promover, por meio da gestão da rede orgânica, a assistência integral à saúde da família militar mineira, e um de seus objetivos é promover o bem-estar e a qualidade de vida da família policial militar, em especial a saúde integral do policial militar para o cumprimento de sua missão, conforme apresentado no Plano Tático (2020-2023), a utilização das PICS deve ser pensada como uma alternativa importante entre as estratégias de saúde.

Como os usuários buscam, cada vez mais, uma melhor qualidade de vida, que envolve o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, os relacionamentos sociais, além da saúde propriamente dita, as PICS podem se tornar de grande relevância nesse processo.

Ainda, pensando no atual contexto pós-pandêmico, como relata Vieira (2021) as propostas de mudanças devem funcionar “como um universo organizado em função da vida, centro do cuidado e autocuidado da pessoa para o bem viver”. Sendo que, de forma coletiva ou individualizada, “o cuidado com a saúde passa a ser o principal foco para sobrevivência e ao mesmo tempo, de aproximação de si mesmo para manutenção da integralidade da vida humana”.

No mais, deve-se considerar que a incorporação das PICS no sistema de saúde tende a contribuir na superação do desafio de ampliar as possibilidades terapêuticas, no entanto, sem causar mais sofrimento para o usuário e/ou prejuízos para o sistema de saúde, tendo em vista que “a biomedicina tem apresentado altos custos e uma relativa capacidade resolutive frente ao cenário complexo do adoecimento humano nos dias atuais” (DE SOUZA; DE AQUINO; BEZERRA, 2017).

Cabe ressaltar a necessidade de se avaliar a viabilidade financeira dos Sistemas de Saúde, tendo em vista que à medida que aumentam as necessidades e demandas de atenção à saúde por parte de seus usuários, ampliam-se as necessidades de investimentos, com recursos cada vez mais escassos (DE SOUZA; DE AQUINO; BEZERRA, 2017).

Neste sentido, faz-se necessário que o SISAU incentive os estudos e possíveis projetos/programas para a implantação de uma política de Práticas Integrativas e Complementares em suas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e fortalecimento das atividades já praticadas, promovendo sua divulgação, apoiando os profissionais na qualificação e a inserção de profissionais não médicos, desde que apresentem formação adequada.

A necessidade de incentivo se faz ainda necessária em decorrência de questão cultural do mundo ocidental perante, por exemplo, a acupuntura enquanto milenar cura oriental. Neste viés, há que se considerar também que o IPSM, embora uma instituição de saúde, está ligado a uma estrutura tradicional militar na qual mudanças são morosas, demandando tempo para que então sejam colocadas em prática.

Informações adicionais

ORCID: Camila Keila Soares Perdigão - **0000-0002-7863-8798**; Renata Cristina Gonçalves - **0000-0002-7807-3221**; Robson Silva Narciso - **0000-0002-4006-9606**; Marcos Flávio Queiroz Brescia - **0000-0002-7425-7306**.

Referências

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n.3, p. 497-508, set. 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 19p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_da_s_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Informe de Evidência Clínica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 03/2020: depressão e ansiedade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 36p. Disponível em: http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_depressao-e-ansiedade.pdf Acesso em: 25 maio 2022.

CEZÁRIO, A. C. *et al.* **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis:** DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro: situação e desafios atuais. Introdução de Jarbas Barbosa da Silva Jr. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde, 2005.

CAZARIN, G.; MARTINS, J. G.; DE SOUSA, M. M.; BARCELLOS, A. P. M. de. Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 278–289, 2018. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/534>. Acesso em: 4 abr. 2022.

DACAL, Maria del Pilar Ogando; SILVA, Irani Santos. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em debate**, v. 42, n.118, p. 724-735, jul./set. 2018. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/427>. Acesso em: 15 abr. 2022.

DE SOUSA, I. M. C.; DE AQUINO, C. M. F.; BEZERRA, A. F. B. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 343–350, 2017. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/557>. Acesso em: 3 abr. 2022.

FERREIRA, L. B.; SANTOS, M. A. F.; DE PAULA, K. M.; MENDONÇA, J. M. B.; CARNEIRO, A. F. Riscos de adoecimento no trabalho entre policiais militares de um batalhão de Brasília. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 11, n. 29, p. 1804– 1829, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2150>. Acesso em: 22 abr. 2022.

FLICK, Uwe. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la. *In*: FLICK, Uwe. **Métodos de pesquisa:** introdução à pesquisa qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAG, Vera Lucia; ANDRADE, Andressa de; BADKE, Marcio Rossato. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enfermería Global**, v. 14, n. 38, p.335-345, abr. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábua completa de mortalidade, 2020**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>. Acesso em: 02 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Constituição do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1989. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=CON&num=1989&comp=&ano=1989&texto=consolidado#text>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Lei n. 10.366, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM. Belo Horizonte, 1990. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=10366&comp=&ano=1990>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Qualidade de Vida e Saúde Mental em tempos de pandemia pela COVID-19: estratégias de cuidado**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://ead.policiamilitar.mg.gov.br/mod/resource/view.php?id=7758>. Acesso em: 28 maio 2022.

MINAS GERAIS. **Resolução conjunta nº 07/95, de 09 de agosto de 1995.** Dispõe sobre o plano de assistência à saúde para a Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) e Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais (IPSM). Belo Horizonte, 1995.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009.** Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Belo Horizonte, 2009. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=4289. Acesso em: 13 mar. 2022.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 4.597, de 09 de dezembro de 2014.** Aprova a alteração da Resolução SES/MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009, que dispõe sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Belo Horizonte, 2014. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=16448-resolucao-ses-mg-n-4-597-de-09-de-dezembro-de-2014&task=download. Acesso em: 13 mar. 2022.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. Comando Geral. **Diretriz Geral para o Emprego Operacional nº 3.01.01/2019.** Regula o emprego operacional da Polícia Militar de Minas Gerais. Belo Horizonte: Comando-Geral, Assessoria Estratégica de Emprego Operacional (PM3), 2019.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. Comando Geral. **Plano Tático da Diretoria de Saúde 2020 – 2023.** Caderno de Planos Táticos. Belo Horizonte: Equipe de Gestão Estratégica, 2020a.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Deliberação de Saúde n. 93, de 01 de setembro de 2020.** Estabelece o protocolo das indicações de tratamento por acupuntura na rede orgânica e credenciada do Sistema de Saúde da PMMG-CBMMG-IPSM (SiSau) e dá outras providências. Belo Horizonte, 2020b.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Resolução conjunta de saúde – PMMG CBMMG-IPSM 151, de 30 de janeiro de 2020**. Aprova o Plano Diretor do Sistema de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais; normatiza a gestão, define as atribuições, a composição e o funcionamento do Conselho Gestor do Sistema de Saúde e do Comitê de Assessoramento e dá outras providências). Belo Horizonte, 2020c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Vida Saudável: PCIS**. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/pics>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NARCISO, Robson Silva. **Viabilidade de reforma e ampliação do atual prédio do Hospital Militar ou construção de uma nova unidade**. 2020. 174f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão Estratégica em Segurança Pública – CEGESP) - Academia de Polícia Militar de Minas Gerais, Centro de Pesquisa e Pós- Graduação, Belo Horizonte, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 11 mar. 2022.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012.

SANTOS, M.S.; AMARELLO, M.M.; VIGETA, S.M.G.; HORTA, A.L.M.; TANAKA, L.H.; SOUZA, K.M.J. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **REME – Rev Min Enferm**, v.22, e-1125, p.1-5, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1125.pdf> Acesso em: 25 maio 2022.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 917-928, dez. 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
Acesso em: 25 maio 2022.

VERAS, Renato Peixoto; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 225-233, 1987.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte (Org). **As Práticas Integrativas e Complementares: como instrumentos de saúde e cuidado em tempos de pandemia**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2021. 69p. *E-book* Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/603282>.
Acesso em: 03 abr. 2022.

Abstract

The possibility of expanding the Integrative and Complementary Practices in the Health System of State Military Servants of Minas Gerais (SISAU) was analyzed, through the presentation of how the System is currently, the context of Practices in the Unified Health System (SUS), its challenges, benefits and impacts, the effectiveness of Primary Health Care and the method used in its implementation. The research was qualitative in nature, exploratory in health, through procedures and techniques of bibliographic research and document analysis. The results showed that there is not a complete use of PCIS in SISAU. In relation to institutionalized practices in the SUS, the findings and positive contributions in health promotion stand out, however lacking further studies and publications on the subject, enabling its expansion and legitimacy. In conclusion, it is necessary that SISAU encourage studies and possible projects for the expansion and dissemination of therapeutic practices, aiming to promote the well-being and quality of life of the military police family.

Keywords: primary health care; alternative and complementary medicine; integrative and complementary practices; health promotion; health systems.

Resumen

Se analizó la posibilidad de ampliar las Prácticas Integrativas y Complementarias en el Sistema de Salud de los Militares del Estado de Minas Gerais (SISAU), a través de la presentación de cómo se encuentra actualmente el Sistema, el contexto de las Prácticas en el Sistema Único de Salud (SUS), su desafíos, beneficios e impactos, la eficacia de la Atención Primaria de Salud y el método utilizado en su implementación. La investigación fue de naturaleza cualitativa, exploratoria en salud, a través de procedimientos y técnicas de investigación bibliográfica y análisis de documentos. Los resultados mostraron que no existe un uso completo de PCIS en el SISAU. En relación a las prácticas institucionalizadas en el SUS, se destacan los hallazgos y aportes positivos en la promoción de la salud, sin embargo faltan más estudios y publicaciones sobre el tema, posibilitando su expansión y legitimidad. En conclusión, es necesario que el SISAU impulse estudios y eventuales proyectos para la expansión y difusión de las prácticas

terapêuticas, con el objetivo de promover el bienestar y la calidad de vida de la familia policía militar.

Palabras clave: atención primaria de salud; medicina alternativa y complementaria; prácticas integrativas y complementarias; promoción de la salud; sistemas de salud.

Recebido em 18/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 06/Mai/2022.

Aprovado em 30/Mai/2022.

Avaliação da cobertura de atenção secundária em odontologia da Polícia Militar de Minas Gerais na percepção de Oficiais Dentistas

Evaluation of secondary care coverage in dentistry of the Military Police of Minas Gerais in the perception of Dental Officers

Evaluación de la cobertura de atención secundaria en odontología de la Policía Militar de Minas Gerais en la percepción de los Oficiales de Odontología

Fabiano Pereira Cardoso³⁷

José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa³⁸

Átila Savernini³⁹

Resumo

Objetivou-se mapear a percepção da cobertura de atenção secundária em Odontologia ofertada pelo Sistema de Saúde. Um formulário on-line foi enviado a todos os Oficiais cirurgiões-dentistas da Polícia Militar de Minas Gerais e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, lotados nas unidades de saúde das 18 Regiões de Polícia Militar do Estado, e continha questões de múltipla escolha sobre disponibilidade e carência de profissionais aos beneficiários do sistema, além de possíveis causas para ausência ou insuficiência da oferta desses serviços, quando era o caso. A estatística descritiva foi realizada e um mapa apontando a cobertura de atenção secundária em Odontologia aos

³⁷ Oficial cirurgião-dentista da Polícia Militar de Minas Gerais. Doutor e Mestre em Endodontia (UFMG). Especialista em Endodontia (USP). Bacharel em Odontologia (UFMG).

³⁸ Oficial cirurgião-dentista da Polícia Militar de Minas Gerais. Doutor, Mestre e Especialista em Endodontia (UFMG). Especialista em Educação Contemporânea e Docência em Ensino Superior (Faculdade Arnaldo). Bacharel em Odontologia (UFMG).

³⁹ Oficial cirurgião-dentista da Polícia Militar de Minas Gerais. Mestre em Ciências Biológicas (UFMG). Especialista em Gestão Estratégica em Saúde pela Academia de Polícia Militar (APM/PMMG). Bacharel em Odontologia (UFMG).

beneficiários do sistema foi confeccionado. Houve um retorno de 51 formulários (76,1%), desses, cinquenta Oficiais dentistas (98,0%) responderam que há oferta de atenção secundária em sua RPM; 75% relataram ausência de especialidades; 78,0% relataram que a oferta de atenção secundária, pela rede credenciada, não supre as necessidades locais, sendo o desinteresse dos profissionais ao credenciamento (55,0%) o principal motivo para ausência de adequada cobertura. A percepção de cobertura adequada à atenção secundária foi relacionada à rede orgânica em 82% dos relatos, apontando o Centro Odontológico em 72% dos casos; a cobertura inadequada da atenção secundária foi relatada em 61,1% das regiões. Ficou demonstrado que a percepção de cobertura de atenção secundária em Odontologia ofertada pelo Sistema é deficiente, com falta de profissionais disponíveis em algumas regiões de saúde e que o Centro Odontológico é referência de destaque no sistema para esses serviços.

Palavras-chave: avaliação de serviços de saúde; atenção secundária em saúde; saúde bucal; gestão em saúde.

Introdução

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de uma doença ou enfermidade, sendo a saúde bucal parte integrante do processo (PARK, 2009).

A assistência à saúde bucal nos serviços públicos, no Brasil, historicamente, caracterizou-se pela atenção a grupos prioritários (escolares e gestantes) e, por décadas, a população adulta ficou à margem desses serviços, dependente da oferta de procedimentos de caráter curativo e mutilador, por, muitas vezes, resultar em extrações dentárias (PUCCA JR. *et al.*, 2009). A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com os mesmos princípios em todo o território nacional: universalização, descentralização, integralidade e participação social, emergiu a necessidade de se repensar a saúde bucal brasileira (JUNQUEIRA *et al.*, 2008; PUCCA JR. *et al.*, 2009).

Baseado nos princípios da promoção, manutenção e prevenção da saúde, o acesso da população ao SUS se dá por meio da atenção básica, a qual está organizada a partir das redes de atenção à saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2008). A assistência odontológica

secundária é baseada no perfil epidemiológico da população (PEDRAZZI *et al.*, 2008) e é caracterizada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), os quais são unidades integradas à atenção básica e ao processo de planejamento local que ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, cuidados de pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (BRASIL, 2004a).

Os CEOs realizam procedimentos especializados, complementares aos cuidados primários (BRASIL, 2004a,b), desenvolvendo o papel de assegurar a retaguarda da atenção básica, aumentando a resolutividade dela (BULGARELI *et al.*, 2013), por garantir a integralidade e reduzir as iniquidades.

No âmbito da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG), o plano diretor de 2002 reestruturou seu sistema de saúde (SISAU), que foi reformulado, com vistas ao incremento das ações de promoção de saúde e prevenção de doença, à otimização dos recursos e à racionalização dos custos, pelo atual plano Diretor (2020). Neste cenário, o SISAU está organizado em rede orgânica, constituída por unidades integrantes da PMMG e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG), e rede credenciada, composta por serviços contratados pelo Instituto dos Servidores Militares (IPSM). Na rede orgânica, os serviços odontológicos primários são prestados nos Núcleos de Atenção Integral à Saúde (NAIS), enquanto o Centro Odontológico (COdont) tem suas atividades voltadas para a atenção secundária e terciária, sendo uma unidade de referência regional e macrorregional à saúde bucal no âmbito da PMMG (MINAS GERAIS, 2020).

O COdont oferece atendimento nas especialidades de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, atendimento a pacientes com necessidades especiais (PNE), dor e disfunção da articulação têmporo-mandibular (DTM), endodontia, estomatologia, implantodontia e prótese sobre implantes, odontogeriatria, odontopediatria e clínica de bebês, ortodontia, periodontia, prótese fixa e removível, além de atendimento odontológico de urgência adulto e odontopediátrico, serviços de apoio de radiologia, laboratório de prótese dentária e técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal.

Um dos principais objetivos do Plano Diretor da PMMG de 2020 é fortalecer a estrutura da rede orgânica, com definição de níveis de complexidade distintos para as unidades de saúde descentralizadas, conforme a necessidade do público a elas adscrito (MINAS GERAIS, 2020).

A dor resultante de uma patologia bucal pode interromper o sono e afetar a capacidade de se alimentar e comunicar com clareza de um militar, reduzindo a sua eficácia operacional. As equipes militares costumam desenvolver tarefas críticas e uma única emergência odontológica pode afetar desproporcionalmente toda a eficácia da unidade. Portanto, minimizar a morbidade odontológica é uma prioridade dentro da corporação (ARMSTRONG; DERMONT, 2021).

Nesta via, faz-se necessária a avaliação dos serviços e o monitoramento dos resultados alcançados como parte do planejamento e programação de saúde, os quais consiste em uma ferramenta primordial da gestão em saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). A avaliação dos serviços de saúde tem também como objetivo fundamental converter os conceitos em estratégias, contribuindo para a produção de medidas úteis à tomada de decisão, subsidiando aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços e planejamentos (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006), auxiliando também na formação de sujeitos envolvidos nos processos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Como a saúde bucal dos militares tem um impacto significativo em suas atividades laborais, uma vez que as condições bucais não tratadas podem resultar no aumento das taxas de doenças e lesões, impactando em baixas do serviço, faz-se necessário um estudo sobre a disponibilidade de atenção secundária em odontologia da PMMG.

Neste contexto, este estudo transversal teve como objetivo mapear a percepção da cobertura de atenção secundária em Odontologia ofertada pelo SISAU por oficiais dentistas, desconsiderando os militares lotados no COdont, a fim de identificar regiões onde essa cobertura é deficitária, no intuito de nortear ações de alocação de recursos.

Metodologia

Foi realizado um estudo observacional transversal, de abordagem quantitativa, utilizando-se a aplicação de um formulário on-line a todos os Oficiais cirurgiões dentistas da PMMG e aos Oficiais cirurgiões dentistas do CBMMG, lotados nas unidades de saúde da PMMG, exceto COdont, distribuídos pelas 18 Regiões de Polícia Militar (RPM) do Estado. Este estudo recebeu a autorização do Diretor de Saúde da PMMG, Sr. Cel PM Alex Louzada

de Souza, e pela Cel BM QOS Andréia Geraldo Batista, assessora de assistência à Saúde do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG).

Todos os Oficiais incluídos neste estudo foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos sobre os seus objetivos e da garantia de preservação de suas identidades.

O formulário on-line, Anexo A, para coleta de dados da pesquisa foi composto por 8 questões de múltipla escolha e abrangia questões sobre disponibilidade e carência de profissionais e especialidades odontológicas aos beneficiários do SISAU na região de saúde de atuação do Oficial, além de possíveis causas para ausência ou insuficiência da oferta desses serviços, quando era o caso.

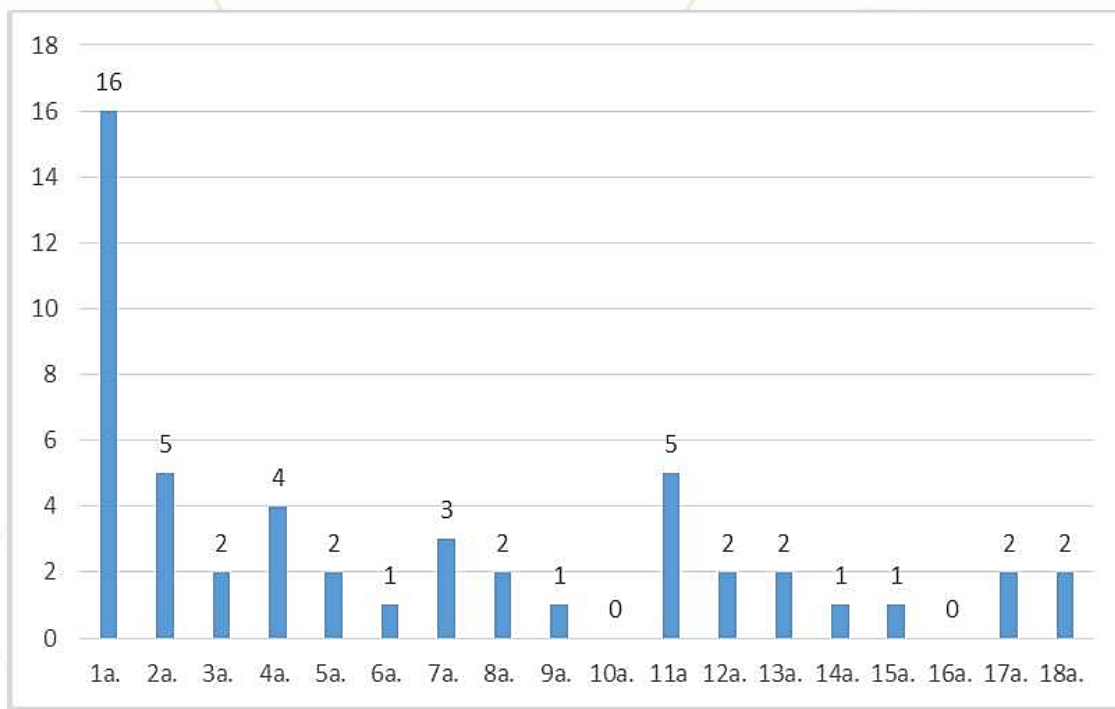
Previamente, um estudo piloto foi realizado, em janeiro/2022, para adaptar o instrumento e checar a clareza e objetividade das questões. Participaram deste piloto 8 Oficiais cirurgiões- dentistas da PMMG, lotados no Centro Odontológico da PMMG, que não estavam incluídos na amostra final, por atuarem em atenção secundária. Após a análise do estudo piloto, pequenas modificações foram feitas e procedeu-se a coleta de dados do estudo principal.

A análise estatística descritiva foi realizada e operacionalizada com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) e um mapa apontando a cobertura de atenção secundária em Odontologia aos beneficiários do SISAU foi confeccionado.

Resultados e Discussão

Foram incluídos no estudo 67 Oficiais cirurgiões-dentistas (55 da PMMG e 12 do CBMMG). Destes, 51 responderam ao formulário on-line, obtendo assim 76,1% de taxa de retorno. A 1ª RPM, região que abrange a maior quantidade de Oficiais cirurgiões-dentistas, foi a região com o maior número de respostas (31,4%), seguida pelas 2ª e 11ª RPMs (9,8% cada). Houve ainda duas RPMs (10ª e 16ª) que não tiveram respondentes, conforme ilustrado pelo Gráfico 1.

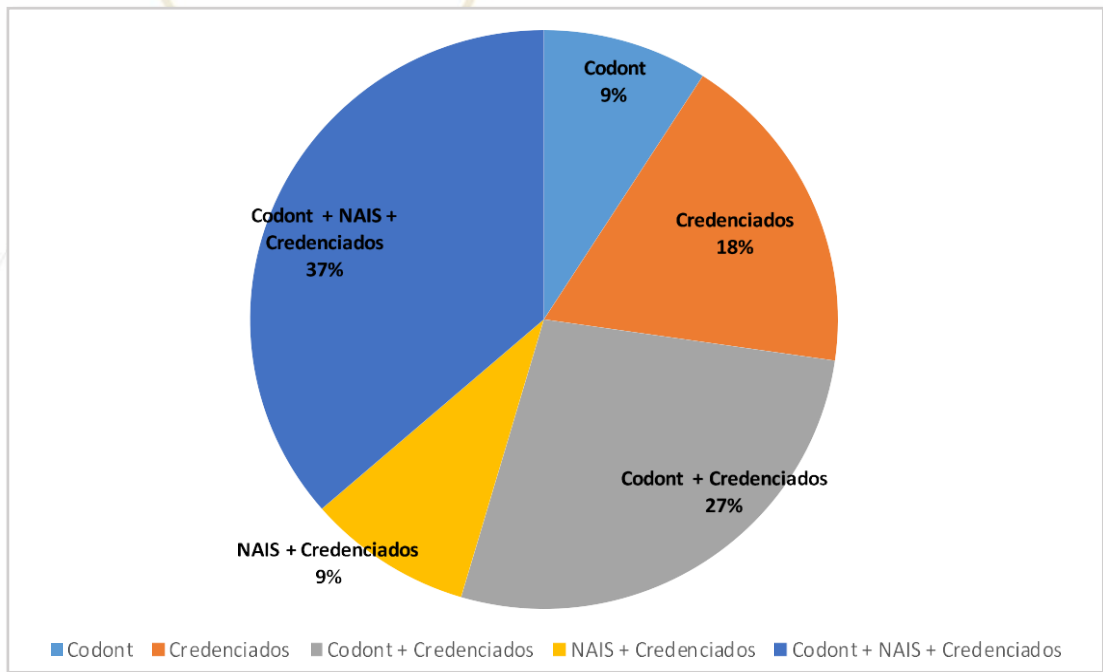
Gráfico 1- Total de respondentes por Região de Polícia Militar (n-51).



Fonte: Dados da pesquisa.

Cinquenta Oficiais dentistas (98,0%) responderam que há oferta de atenção secundária em odontologia para os beneficiários do SISAU, em sua cidade ou em cidades vizinhas à sua RPM. E, dentre os locais onde estas assistências estão disponíveis, pode-se observar que a rede credenciada foi a mais apontada, seguida pelo COdont, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2- Locais de prestação de atenção secundária em odontologia nas RPMs, quando a percepção de cobertura desta atenção foi relatada.



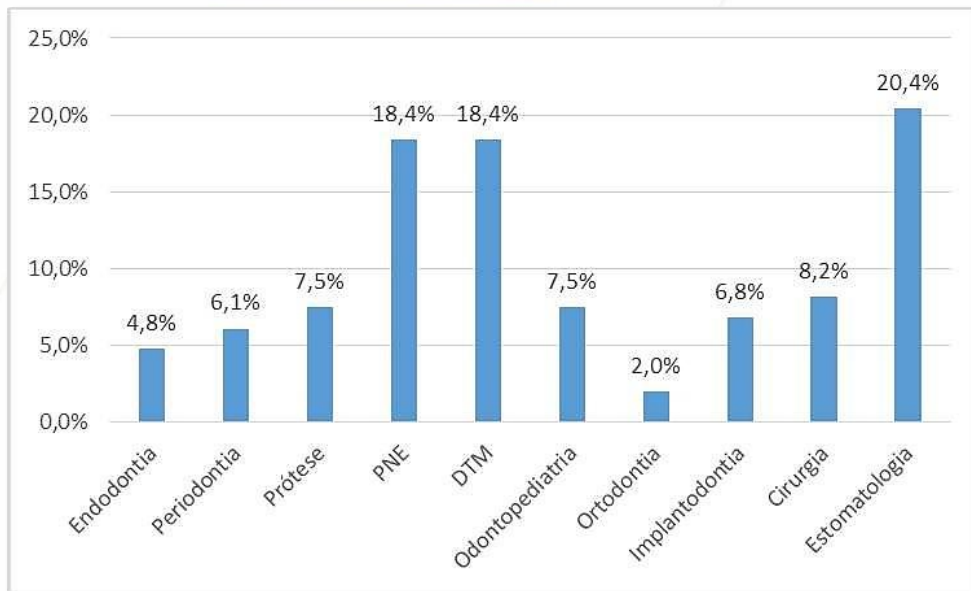
Fonte: Dados da pesquisa.

O maior apontamento da rede credenciada como local de prestação de atenção secundária em odontologia nas RPMs, quando a percepção de cobertura desta atenção foi relatada, justifica-se pelas diretrizes do Plano Diretor do SISAU, o qual determina que, havendo indisponibilidade de absorção do atendimento na Rede Orgânica, o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSMMG) deverá empreender esforços com intuito de redimensionar a rede de prestadores, com a finalidade de complementar a rede assistencial para atendimento aos beneficiários do sistema de saúde, podendo ser através de credenciamento ou através de Parceria Público Privada (MINAS GERAIS, 2020). Entretanto, a maior oferta de serviços pela rede credenciada, fragiliza o Sistema de Saúde (SISAU), colocando a rede em situação de vulnerabilidade com as flutuações de mercado.

Quanto à carência de profissionais da atenção secundária em Odontologia na rede credenciada, 75% dos Oficiais dentistas relataram ausência de algum profissional ou especialidade odontológica e o Gráfico 3 aponta estas carências por especialidades,

sendo a Estomatologia (20,4%), Odontologia para pacientes com necessidades especiais - PNE (18,4%) e Disfunção têmporo-mandibular DTM (18,4%) as mais apontadas.

Gráfico 3- Carências de atenção secundária nas RPMs, por especialidades.



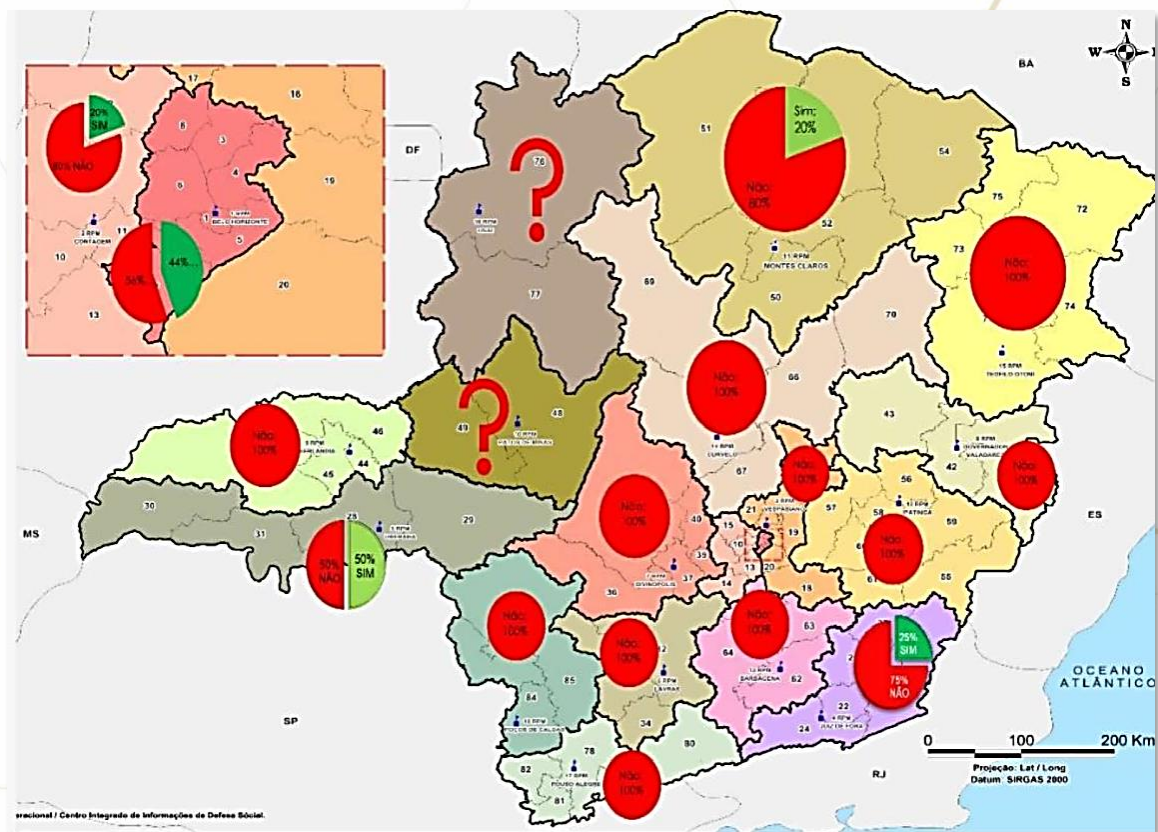
Fonte: Dados da pesquisa.

Cerca de 78,0% dos Oficiais dentistas relataram que a oferta de atenção secundária em Odontologia, pela rede credenciada, em sua RPM, não supre as necessidades locais. Citando como motivos para esta carência o desinteresse dos profissionais ao credenciamento junto ao SISAU (55,0%), a ausência ou número reduzido de credenciados especializados (20,0%), além de 25,0% que citaram outros motivos, sem os especificar.

Quando houve percepção de cobertura adequada a atenção secundária em Odontologia na RPM, 82% dos Oficiais relataram presença de rede orgânica e 72% apontaram o COdont como referência. Este achado vai ao encontro do Plano Diretor do Sistema de Saúde da PMMG, do CBMMG e do IPSMMG, que destaca a necessidade de fortalecimento das condições de acesso prioritário aos serviços da Rede Orgânica e da garantia da continuidade de cuidados ofertados pela Rede Complementar de serviços credenciados (MINAS GERAIS, 2020).

A Figura 1 apresenta o mapa do Estado de Minas Gerais subdividido nas RPMs com as respectivas percepções de cobertura de atenção secundária em Odontologia pelos Oficiais cirurgiões-dentistas. Em onze RPMs (61,1%) houve 100% de relato de cobertura inadequada e duas RPMs (11,1%) não responderam. Nas demais 5 RPMs (27,8%) com relatos de cobertura adequada, a 5ª RPM apresentou 50% de respostas de cobertura adequada, a 1ª RPM com 44%, a 4ª RPM com 25% e a 2ªª e 11ª RPMs com 20% de cobertura adequada. Esses resultados demonstram o gap assistencial da atenção secundária em saúde bucal no Estado, comprometendo a integralidade do cuidado e destacando a necessidade de reforço nesta atenção, seja por políticas de saúde ou de gestão.

Figura 1- Percepção de cobertura de atenção secundária pelos Oficiais cirurgiões-dentistas nas RPMs do Estado de Minas Gerais.



O Plano Diretor atual do SISAU (MINAS GERAIS, 2020) aponta que, atualmente, o cadastro de endereço residencial dos beneficiários possui deficiências que não possibilitam a definição da área de abrangência deste público aos serviços de saúde, bem como o redimensionamento da rede complementar de saúde, o que justifica, parcialmente, a heterogeneidade da distribuição geográfica da atenção secundária em saúde bucal pelo Estado.

A falta de atenção secundária fere o princípio da integralidade à saúde, garantidos constitucionalmente e destacado no Plano Diretor dos serviços de saúde do SISAU. Considerando que os militares geralmente possuem uma rotina diária imprevisível nas escalas de serviço, têm um ambiente de trabalho totalmente diferente, perdem horários de alimentação, sono e descanso, eles tendem a negligenciar sua saúde e podem ser mais suscetíveis a doenças orais (CAÚLA *et al.*, 2021). Devido a este padrão de trabalho diferente, os militares têm dificuldade em procurar atendimento quando necessário, o que complica sua saúde geral e bucal, influenciando sua qualidade de vida e justificando a oferta de serviços de saúde bucal de forma integral, uma vez que infecções bucais não tratadas impactam em taxa de absenteísmo e baixas do serviço.

Um estudo no Reino Unido, avaliando a eficácia de um programa na prevenção de eventos de emergência odontológica e doença oral em recrutas do exército das forças armadas britânicas, demonstrou, num acompanhamento de 5 anos, que os recrutas que tiveram seu tratamento concluído durante o período de treinamento militar tiveram uma redução de 30% na incidência de emergência odontológica e uma redução de 64% nas chances de aumento do CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) (ARMSTRONG & DERMONT, 2021). Baseado neste estudo britânico, é conveniente inferir que o reforço de programas de prevenção como estes, na atenção primária à saúde bucal, aos alunos de cursos militares nas Academias da PMMG e do CBMMG, focados na prevenção, e programas de intervenção de atenção secundária naqueles recrutas com esta demanda, no início da carreira militar, é indicado. Essa ação confere um benefício ao recurso humano militar que conclui o programa de intervenção, de modo que as necessidades por atenção secundária é significativamente reduzida, por manter a tropa hígida e, conseqüentemente, aliviar a pressão sobre o sistema de saúde SISAU. Esse tipo de programa reduz inequidades em saúde entre os que ingressam com necessidades de tratamento e àqueles hígidos.

O estabelecimento de uma rede de atenção à saúde permite a formação de uma interface adequada entre os diferentes níveis de atenção (primária/secundária) e seria um fator importante para fortalecer a integralidade do cuidado (MORRIS & BURKE, 2001). Essa interface também se refere à oferta e à prestação de serviços à população, visto que uma interface ideal entre as atenções primária e secundária inclui equidade, onde todos os casos diagnosticados corretamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento (MORRIS; BURKE, 2001); integralidade, onde todo tratamento necessário deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário (MORRIS; BURKE, 2001; MACHADO *et al.*, 2015); com eficiência e eficácia, garantindo que as referências sejam apropriadas e com mecanismos de triagem adequados e a contra-referência assegurada após o tratamento finalizado, ou até mesmo ao longo dele (MORRIS; BURKE, 2001). Conseqüentemente, a organização dos cuidados primários de saúde implica menor necessidade de cuidados bucais secundários (AZEVEDO *et al.*, 2020).

A falta de integração entre diferentes pontos de atenção e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto esse processo na rede (ALMEIDA *et al.*, 2010; AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Deve-se considerar que a atenção secundária desempenha papel imprescindível na resolutividade e integralidade do cuidado e concentra parcela importante dos recursos necessários para garantir a integralidade da atenção à saúde (ERDMANN *et al.*, 2013).

Martins *et al.* (2016), em um estudo de avaliação da relação entre a atenção primária e secundária em saúde bucal em serviços de saúde pública no Brasil, sugerem que a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em municípios em que a atenção básica não é adequadamente estruturada, não é recomendada. No cenário do presente estudo, esta reflexão aponta para um melhor aproveitamento da atenção primária à saúde bucal, com medidas de promoção e de educação em saúde bucal, prevenção de doenças bucais e realização de procedimentos preventivos, para minimizar a demanda de atenção secundária aos beneficiários do SISAU, principalmente nas regiões com percepção de cobertura deficiente da atenção especializada em Odontologia. Essas medidas, inclusive, já estão previstas no Plano Diretor do sistema de saúde vigente, onde destaca-se que as medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças necessitam ser ampliadas e aprimoradas no âmbito do

SISAU, no intuito de otimizar a assistência à saúde, de acordo com o perfil de saúde dos policiais e bombeiros militares (MINAS GERAIS, 2020).

Como fator limitante deste estudo, podemos apontar o viés de informação, visto que o levantamento de dados foi realizado apenas em uma via, através da percepção dos profissionais (Oficiais cirurgiões-dentistas), e não foi avaliada a percepção do usuário, que é ator central desta discussão. Melgaço-Costa *et al.* (2016), avaliando a percepção de usuários sobre tratamentos endodônticos realizados em serviços públicos de atenção secundária do SUS, em Minas Gerais, apontaram que as avaliações qualitativas dos pacientes são uma medida útil para melhorar os serviços de saúde e essas avaliações constituem parte de um processo mais amplo de avaliação dos serviços e a ênfase deve ser em conjunto com outras estratégias de avaliação. Sendo assim, sugere-se, então, outros estudos para avaliar também a visão do beneficiário do SISAU, para melhor entendimento do problema em questão.

Conclusões

A partir deste estudo demonstrou-se que a percepção de cobertura de atenção secundária em Odontologia ofertada pelo sistema de saúde SISAU é deficiente, com falta de profissionais (rede orgânica e credenciada) disponíveis em algumas regiões de saúde militar e que o Centro Odontológico da PMMG é referência de destaque no SISAU para esses serviços.

Referências

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ESCOREL, Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

AQUILANTE, Aline Guerra.; ACIOLE, Geovani Gurgel. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc Saúde Colet**, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.

ARMSTRONG, Sarah; DERMONT, Mark. Does prevention-focused dental care provision during recruit training reduce adverse dental outcomes in UK Armed Forces personnel? A retrospective cohort analysis. **British Dental Journal**, v. 230, n. 7, p. 400-406, 2021.

AZEVEDO, Mônica Baltazar; PINTO, Rafaela da Silveira, ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; LUCAS, Simone Dutra. Factors associated with the needs of specialized dental treatment among adults aged 35 44 years old in the state of Minas Gerais, Brazil: a multilevel cross-sectional study. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2783-92, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em 09 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>. Acesso em 09 de jan. 2022.

BULGARELI, Jaqueline Vilela; FARIA, Eduardo Tanajura de; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi; VAZQUEZ, Fabiana de Lima; CORTELLAZZI, Karine Laura; MENEZES, Marcelo de Castro; MIALHE, Fábio de Luz; PEREIRA, Antônio Carlos. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev. odontol. UNESP** (Online), v. 42, n. 4, p. 229-236, 2013.

CAÚLA, André Luis; PIERRO, Viviane Santos da Silva; SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; BUNDZMAN, Ellen Roze; BRANCO JÚNIOR, José dos Santos; TAVARES, Luiz Henrique Schwartz. Dental status of firefighters of Rio de Janeiro state and comparison with Brazilian oral health surveys. **Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr.**, v. 21, e0038, p. 1-11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.105>.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean Louis; PINEAULT, Raynauld. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; DE MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira; DRAGO, Lívia Crespo. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21 (Spec), p. 1-8, jan./fev. 2013.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad Saude Publica**, v. 22, p. 1267-76, 2006.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; PANNUTI, Cláudio Mendes; RODE, Sigmar de Melo. Oral health in Brazil Part I: public oral health policies. **Braz. Oral Res.**, v. 22, Spec Iss 1, p. 8-17, 2008.

MACHADO, Flávia Christiane; SILVA, Janmille Valdevino; FERREIRA, Maria Ângela. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 4, p. 1149- 63, 2015

MARTINS, Renata de Castro; REIS, Clarice Magalhães Rodrigues dos; MATTA MACHADO, Antônio Thomaz Gonzaga; AMARAL, João Henrique Lara do; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 10, e0164986, 2016. DOI: [10.1371/journal.pone.0164986](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164986).

MELGAÇO-COSTA, José Leonardo Barbosa; MARTINS, Renata de Castro; FERREIRA, Efigênia Ferreira; RIBEIRO-SOBRINHO, Antônio Paulino. Patient's Perceptions of Endodontic Treatment as Part of Public Health Services: a Qualitative Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 5, p. 450, may 2016.
Doi:10.3390/ijerph13050450.

MINAS GERAIS. Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar, Instituto de previdência dos servidores militares. **Resolução conjunta de saúde nº 151/2020-PMMG-CBMMG-IPSM**. Belo Horizonte: Polícia Militar, 2020.

MORRIS, Allan John; BURKE, FJ Trevor. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **Br Dent J**, v. 191, n. 12, p. 660-64, 2001.

PARK, K. **Park's text book of preventive and social medicine**. Jabalpur: Banarsidas Bhanot, v. 21, 2009.

PEDRAZZI, Vinícius; DIAS, Kátia Regina Hostílio Cervantes, RODE, Sigmar de Mello. Oral health in Brazil part II: dental specialty centers (CEOs). **Braz Oral Res**, v. 22, suppl. 1, p. 18-23, 2008.

PUCCA Jr., Gilberto Alfredo; COSTA, José Felipe Riane; CHAGAS, Luciana de Deus; SIVESTRE, Rosa Maria. Oral health policies in Brazil. **Braz. Oral Res**, v. 23, Spec Iss 1, p. 9-16, 2009.

APÊNDICE - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Avaliação da Atenção Secundária em Odontologia na PMMG

Este questionário, como parte integrante do trabalho de conclusão do curso de especialização em Gestão Estratégica em Saúde, ofertado pela PMMG em parceria com a IFSULDEMINAS, visa mapear a cobertura de atenção secundária em odontologia ofertada pelo SISAU, considerando rede orgânica e credenciada.

Nesse contexto, tendo por base a oferta de atenção secundária odontológica aos nossos beneficiários, na realidade de sua cidade e das cidades vizinhas, responda as questões abaixo.

1. Por favor, coloque seu número Polícia (Formato XXXXXX-X)

2. Por favor, identifique-se (Posto, Nome, Unidade) *

3. Qual a sua região de trabalho?

1ª RPM

2ª RPM

3ª RPM

4ª RPM

5ª RPM

6ª RPM

7ª RPM

8ª RPM

9ª RPM

10ª RPM

11ª RPM

12ª RPM

13ª RPM

14ª RPM

15ª RPM

16ª RPM

17ª RPM

18ª RPM

4. Há atenção secundária em odontologia, para os beneficiários do SISAU, em sua cidade ou em cidades vizinhas?

Sim

Não

5. Marque os locais de prestação de atenção secundária em odontologia em sua cidade ou em cidades vizinhas.

- Centro Odontológico da PMMG
- Núcleo de Assistência integral à Saúde (NAIS)
- Rede Credenciada

6. Na sua cidade ou nas cidades vizinhas, há carência de algum profissional da atenção secundária em Odontologia na rede credenciada? *

- Sim Não

7. Quais especialidades NÃO estão presentes na atenção secundária em Odontologia da sua região? (Nesta questão, é possível assinalar mais de uma opção)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endodontia | <input type="checkbox"/> Odontopediatria |
| <input type="checkbox"/> Periodontia | <input type="checkbox"/> Ortodontia |
| <input type="checkbox"/> Prótese Dentária | <input type="checkbox"/> Implantodontia |
| <input type="checkbox"/> Odontologia para pacientes especiais | <input type="checkbox"/> Cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Disfunção Têmporomandibular | <input type="checkbox"/> Estomatologia |

8. A oferta de atenção secundário em odontologia, na sua região, pela rede credenciada, supre as necessidades locais? *

- Sim Não

9. Quais os motivos, na sua opinião, para a inexistência ou baixa oferta de atenção secundária em odontologia, pela rede credenciada em sua cidade ou região? (Nesta questão, é possível assinalar mais de uma opção)

- Ausência ou número reduzido de profissionais especializados.
- Desinteresse dos profissionais no credenciamento junto ao SISAU.
- Outra

10. Caso tenha dúvidas ou sugestões, por favor, preencha abaixo.

Abstract

The objective was to map the perception of secondary care coverage in Dentistry offered by the Health System. An online form was sent to all dental surgeons of the Military Police of Minas Gerais and the Military Fire Brigade of Minas Gerais, located in the health units of the 18 Military Police Regions of the State, and contained multiple-choice questions on the availability and lack of professionals to the beneficiaries of the system, in addition to possible causes for the absence or insufficiency of the provision of these services, when this was the case. Descriptive statistics were performed and a map showing the coverage of secondary care in Dentistry to the beneficiaries of the system was made. There was a return of 51 forms (76.1%), of which fifty dental officers (98.0%) responded that secondary care is offered in their RPM; 75% reported the absence of specialties; 78.0% reported that the provision of secondary care, through the accredited network, does not meet local needs, with professionals' lack of interest in accreditation (55.0%) being the main reason for the lack of adequate coverage. The perception of adequate coverage of secondary care was related to the organic network in 82% of the reports, pointing to COdont in 72% of the cases; inadequate coverage of secondary care was reported in 61.1% of regions. It was shown that the perception of coverage of secondary care in Dentistry offered by system is deficient, with a lack of professionals available in some health regions and that COdont is a prominent reference in the system for these services.

Keywords: evaluation of health services; secondary health care; oral health; health management.

Resumen

El objetivo fue mapear la percepción de la cobertura de atención secundaria en Odontología que ofrece el Sistema de Salud. Se envió un formulario en línea a todos los cirujanos dentistas de la Policía Militar de Minas Gerais y del Cuerpo de Bomberos Militar de Minas Gerais, ubicados en las unidades de salud de las 18 Regiones de la Policía Militar del Estado, y contenía preguntas de opción múltiple sobre la disponibilidad y falta de profesionales a los beneficiarios del sistema, además de las posibles causas de la ausencia o insuficiencia de la prestación de estos servicios, cuando así fuere. Se realizó estadística descriptiva y se elaboró un mapa que muestra la cobertura de atención

secundaria en Odontología a los beneficiarios del sistema. Hubo devolución de 51 formularios (76,1%), de los cuales cincuenta odontólogos (98,0%) respondieron que en su región se ofrece atención secundaria; 75% reportó ausencia de especialidades; El 78,0% relató que la prestación de la atención secundaria, a través de la red acreditada, no atiende las necesidades locales, siendo el desinterés de los profesionales en la acreditación (55,0%) la principal razón de la falta de cobertura adecuada. La percepción de cobertura adecuada de la atención secundaria se relacionó con la red orgánica en el 82% de los relatos, apuntando a COdoncia en el 72% de los casos; cobertura inadecuada de atención secundaria se informó en el 61,1% de las RPM. Se demostró que la percepción de cobertura de la atención secundaria en Odontología que ofrece el sistema es deficiente, con falta de profesionales disponibles en algunas regiones de salud y que Centro Odontologico es un referente destacado en el sistema de estos servicios.

Keywords: evaluación de servicios de salud; atención secundaria de salud; salud bucal; manejo de la salud.

Recebido em 20/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 06/Mai/2022.

Aprovado em 30/Mai/2022.

O processo de marcação de consultas no Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais e sua relação com a eficiência da atividade assistencial

The process of scheduling appointments at the Military Police Dental Center of Minas Gerais and its relationship with the efficiency of care activity

El proceso de programación de citas en el Centro Odontológico de la Policía Militar de Minas Gerais y su relación con la eficiencia de la actividad asistencial

Fernanda Carvalho de Castro⁴⁰

Vany Lúcia Silva⁴¹

Átila Savernini⁴²

Resumo

O uso de ferramentas de gestão de qualidade é fundamental na estruturação e sustentabilidade das Organizações. Embora ainda pouco estudada no âmbito da Odontologia, a ferramenta PDCA mostrou-se muito eficaz para auxiliar na otimização dos processos e rotinas desenvolvidos pela Seção de Marcação de Consultas do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais devido à característica de focar na melhoria contínua. Deste modo, pôde-se perceber que o ciclo PDCA contribuiu para

⁴⁰ Capitã Cirurgiã-Dentista do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais; Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2001); Mestra em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Minas Gerais (2004); Especialista em Odontogeriatría pela Faculdade Unyleya (2020).

⁴¹ Servidora civil do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais. Bacharel em Engenharia Mecânica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1988).

⁴² Tenente-Coronel Cirurgião-Dentista do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais; Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1996); Mestra em Ciências Biológicas/Farmacologia pelo Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais (2006); Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão Estratégica em Organizações de Saúde pela Academia de Polícia Militar da Polícia Militar de Minas Gerais (2019).

redefinir processos de gestão, para planejar ações visando a redução na lista de espera das diversas especialidades odontológicas e estabelecer rotinas de avaliação e manutenção constantes.

Palavras-Chave: gestão da Qualidade; PDCA; clínica odontológica.

Introdução

A preocupação com a gestão da qualidade nas organizações evidenciou-se a partir dos anos de 1950, restringindo-se, a princípio, à área industrial. Tal filosofia gerencial ficou conhecida como gestão da qualidade total e marcou a transição da análise do produto ou serviço para uma visão mais abrangente, de concepção de um verdadeiro sistema da qualidade (CARVALHO *et al.*, 2010; SAVERNINI; RIBEIRO, 2019).

O Sistema de Gestão da Qualidade tem por objetivo principal assegurar que seus produtos e seus diversos processos satisfaçam de forma plena às necessidades dos usuários, atendendo assim às expectativas dos clientes (CARVALHO *et al.*, 2010).

A área da saúde, mesmo apresentando extrema complexidade nos aspectos organizacional, financeiro e comportamental, só foi buscar modelos de gestão mais tarde, entre os anos de 1980/1990 (SAVERNINI; RIBEIRO, 2019).

O setor da Odontologia, acompanhando a necessidade da globalização, foi pressionado de forma gradual pelo mercado que demandou diminuição de custos e ganhos e comprovação de competência. De modo geral, uma organização (empresa) precisa buscar atingir seus objetivos e metas, visando melhorar seu desempenho no mundo atual, globalizado e cada vez mais competitivo e turbulento. Para tal, ela deve se adaptar às várias mudanças de mercado, unindo competitividade e sustentabilidade, o que acaba por exigir novas abordagens no seu sistema de gestão (MIYAKE; FONSECA, 2006).

Desta maneira, clínicas odontológicas que visam aperfeiçoar seu desempenho devem introduzir novos tratamentos ao seu sistema de gestão, uma vez que o mercado passa por mudanças contínuas, exigindo também dinamismo das organizações para que se ajustem a essas alterações. De tal modo, introduzir uma ferramenta da Gestão de Qualidade Total é imprescindível (SOUZA *et al.*, 2018).

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo principal analisar se a ferramenta da qualidade PDCA, o modelo conceitual mais bem conhecido entre os praticantes da gestão da qualidade para o balizamento de processos de melhoria sistematizados, pode auxiliar na otimização dos processos e rotinas desenvolvidos pela Seção de Marcação de Consultas do Centro Odontológico da PMMG (SMC), de modo a facilitar a gestão das listas de espera de pacientes para admissão em tratamento odontológico especializado, reduzindo o tempo médio de espera pelos pacientes e auxiliando nas intervenções precoces no caso da detecção de problemas.

Referencial Teórico

Princípios da gestão da qualidade

Segundo Carvalho *et al.* (2010), os princípios da gestão da qualidade podem ser enumerados como a seguir:

Foco no Cliente

Tem como objetivo determinar necessidades e expectativas do cliente para garantir sua satisfação. Mostra-se de fundamental relevância, uma vez que as empresas dependem de forma direta dos clientes/consumidores para continuar existindo.

Liderança

Os líderes são pessoas que possuem a capacidade de influenciar outras pessoas. Esta figura, em empresas, é responsável por criar uma unidade de objetivo, com maior envolvimento de todos, o que resulta numa Instituição mais estruturada e uniforme.

Envolvimento das Pessoas

As bases de uma Instituição são as pessoas que dela participam. O envolvimento pleno delas possibilita utilizar suas habilidades para benefício da Organização, gerando um rendimento superior e facilitando o desenvolvimento do conjunto.

Abordagem de Processo

Quando se gerencia as atividades em forma de processo, o alcance do objetivo desejado é facilitado.

Abordagem Sistêmica

Identificar, entender e gerenciar um sistema de processos inter-relacionados para um dado objetivo contribui para a melhoria da eficácia e da eficiência.

Melhoria Contínua

Parte do princípio de que nunca se atinge a qualidade total. Desta forma, há necessidade de sempre haver aperfeiçoamento dos processos.

Abordagem Factual à Tomada de Decisão

Significa pautar as decisões, análises lógicas e intuitivas de dados e informações. É uma maneira de torná-las eficazes.

Relacionamento Benéfico de Fornecedores

Consiste em priorizar o relacionamento recíproco e benéfico entre a Organização e seus fornecedores a fim de aumentar a capacidade de ambos em criar valor.

No momento atual, as Organizações têm como principal objetivo minimizar custos e aumentar a lucratividade com sua produção ou na prestação de serviços. Deste modo, a análise minuciosa de cada setor ou processo da empresa é fundamental para alcançar resultados e metas definidas, com êxito (SOUZA *et al.*, 2018).

Em todo o mundo, o custo da saúde vem avançando num percentual superior à inflação, em muito impulsionado pelo aumento da expectativa de vida da população em geral, pelo avanço tecnológico do setor e pela pandemia da Covid-19. Desta maneira, é evidente que a sobrevivência das Organizações que se destinam à assistência à saúde depende, cada

vez mais, de uma gestão eficiente de recursos humanos e financeiros (SAVERNINI; RIBEIRO, 2019).

De acordo com Miyake e Fonseca (2006), a ferramenta PDCA é a mais utilizada quando se fala em funcionamento e prática da Gestão da Qualidade.

Ciclo PDCA

O ciclo PDCA, também conhecido como Ciclo de *Shewhart*, Ciclo da Qualidade ou Ciclo de Deming, é uma ferramenta de qualidade muito utilizada na tomada de decisões, uma vez que tem como função básica o auxílio no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas organizacionais de modo a garantir o alcance das metas necessárias. Poucos instrumentos se mostram tão efetivos para a busca do aperfeiçoamento quanto este método de melhoria contínua (CARVALHO *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2018).

Segundo Souza *et al.* (2018), o PDCA pode ser aplicado com diversas finalidades, não havendo restrições para área ou local de aplicação dessa ferramenta, podendo ser utilizado na área odontológica.

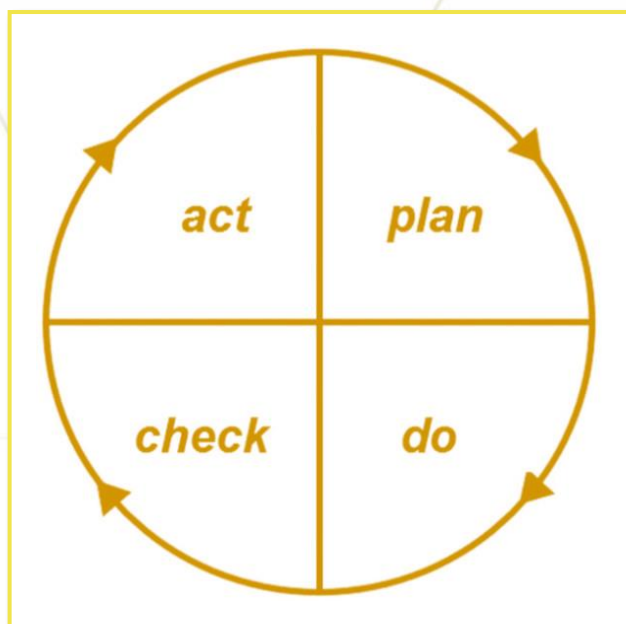
Segundo Slack, Chambers e Johnston (2009) o ciclo PDCA é dividido em quatro fases ou etapas distintas (FIG. 1), a saber:

Plan (Planejar): nesta fase é feita uma pesquisa dos processos da empresa, de modo a identificar setores ou processos que apresentem problemas. Para isso é necessário recolher informações e analisá-las, e em seguida planejar quais as melhores ações para solucionar as falhas que atrapalham o bom funcionamento do processo ou do setor.

Do (Fazer): essa segunda fase é executada logo após a definição das ações para melhoria. São implementadas as ações para solucionar os erros de operação.

Check (Verificar): nesta etapa do ciclo é feita uma avaliação para averiguar se houve consequências positivas no desempenho que havia sido traçado durante a fase de planejamento, como meta a ser alcançada.

Figura 1 – Ciclo PDCA



Fonte: Souza *et al.*(2018).

Action (Agir de forma corretiva): nessa quarta fase do ciclo, conclui-se se o resultado foi satisfatório ou não. Sendo a resposta positiva, os procedimentos de mudança são normatizados ou estabilizados como um padrão a ser seguido. Se a resposta for negativa, ou seja, as mudanças não apresentaram resultados assertivos, ainda existe a possibilidade de fazer ajustes necessários a serem padronizados, antes que se dê o início de novo ciclo.

O ciclo PDCA é uma ferramenta que visa a melhoria contínua, ou seja, nunca tem fim e pode ser aperfeiçoado de acordo com a necessidade. Seu uso traz respostas essenciais para as empresas onde é implementado. Tal ferramenta foi planejada como um processo ativo no qual a finalização de um ciclo irá fluir no início do próximo ciclo, e assim de modo progressivo (SOUZA *et al.*, 2018).

Além de ser usado como ferramenta de melhoria, o ciclo PDCA também pode ser utilizado para controle ou padronização de metas. Quando usado com esse objetivo é denominado SDCA, que também é dividido em quatro fases: na primeira fase, S (*standard*), se

estabelecem quais finalidades ou objetivos servirão como modelo para os procedimentos que serão padronizados; quando se passa para a fase D, faz-se um exercício para que o trabalho seja conferido, ou seja, analisa se todos os procedimentos estão funcionando da maneira que se espera; já na fase C, faz-se uma análise se os procedimentos atingiram as expectativas e metas; e, por último, na fase A, caso não se tenha alcançado os objetivos desejados, aplicam-se métodos para corrigir e remover os sinais de problema (MIYAKE; FONSECA, 2006; SOUZA *et al.*, 2018).

Segundo Campos (2004), o segredo do sucesso na melhoria de processos por meio da utilização do ciclo PDCA está relacionado à junção de dois tipos de gerenciamento: Manutenção e Melhorias. Problema pode ser compreendido como o resultado indesejado de um processo, logo, quando é detectado deve-se aplicar o ciclo “PDCA para melhorar”. Assim, o processo deve ser analisado e as causas do problema, identificadas. Deste modo, tomadas medidas preventivas para bloqueá-las podem ser utilizadas e a empresa atingirá um novo nível de controle, em que será empregado o ciclo “PDCA para manter” tais causas bloqueadas.

Um trabalho executado por meio do ciclo “PDCA na Manutenção” conta sobretudo com o cumprimento de procedimentos padrão de operação (POP). Por essa razão, este gerenciamento é também denominado SDCA. O S de “*Standard*” substituiu o P de “Planejamento”, porque a meta e os métodos utilizados para atingi-la são as metas-padrão e os procedimentos operacionais padrão da empresa (MIYAMOTO, 2006).

Metodologia

O presente artigo é um estudo de caso sobre o uso da ferramenta de gerenciamento PDCA na reorganização e controle dos processos de gestão de agendamento de atendimentos odontológicos eletivos realizados pela Seção de Marcação de Consultas (SMC) do Centro Odontológico (COdont), uma Unidade de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais.

O COdont é uma Unidade de Execução e Apoio de Saúde, referência regional e macrorregional para a atenção secundária e terciária à saúde bucal no âmbito da Polícia Militar de Minas Gerais. Ele foi inaugurado no dia 5 de fevereiro de 1979, oferecendo

atendimentos especializados em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, Dor e Disfunção da ATM, Endodontia, Estomatologia, Implantodontia, Odontogeriatrics, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontia, Prótese Dentária, além de atendimento odontológico de urgência. A estrutura do Centro Odontológico é composta por 26 cadeiras odontológicas, com ocupação média de 94% da capacidade instalada, de acordo com o indicador levantado por Savernini e Ribeiro (2019).

A Seção de Marcação de Consultas (SMC) do COdont é a Seção Administrativa da Unidade, vinculada à Subchefia, responsável pelo acolhimento direto presencial ou telefônico dos beneficiários do Sistema de Saúde; pelo gerenciamento das agendas odontológicas no sistema informatizado, observando a capacidade instalada da Unidade; pela gestão das filas de espera para tratamento odontológico especializado, entre outros (MINAS GERAIS, BGPM 76, 2021).

Este estudo teve por objetivo analisar se o método do PDCA seria efetivo na identificação e no auxílio da solução de problemas para o agendamento e rotatividade de pacientes (inclusão/alta) em tratamento odontológico eletivo no COdont, agravados pela interrupção parcial das atividades clínicas durante a pandemia da Covid-19.

Buscou-se ainda avaliar se o PDCA seria ferramenta útil para redefinir os processos da SMC que, pela natureza dinâmica, sofrem impacto de forma direta e rápida em situações eventuais de redução de efetivo clínico, afastamento de Oficiais dentistas para aguardar a transferência para a reserva remunerada, descredenciamento de clínicas de assistência especializada, sedimentando POPs para promover maior agilidade ao trabalho ordinário da Seção, proporcionando acompanhamento e melhoria contínuos.

Para aferir a efetividade da ferramenta PDCA, foram extraídos e comparados dados do Sistema Informatizado de Gerenciamento de Saúde (SIGS):

- a) o quantitativo numérico da fila de espera de cada especialidade odontológica em três momentos distintos (no início do diagnóstico situacional logo após o retorno das atividades suspensas no COdont em função da Pandemia da Covid-19, ao final do processo de redefinição e remodelamento das filas de espera e quase um ano após este remodelamento, visando avaliar a sustentabilidade do processo ao longo do tempo);

b) o tempo médio de espera na fila, aguardado pelos pacientes para início de tratamento.

Por meio do POP estruturado, foi feito um acompanhamento ao longo de um ano, com o qual buscou-se avaliar se havia discrepâncias em relação ao fluxo de entrada e saída de novos pacientes segundo as clínicas especializadas. Este levantamento teve por finalidade substanciar propostas de mudanças junto ao Comando do COdont e à Seção de Desenvolvimento Organizacional (SDO) em relação a processos clínicos, refletindo-se em qualidade no atendimento aos beneficiários.

Resultados

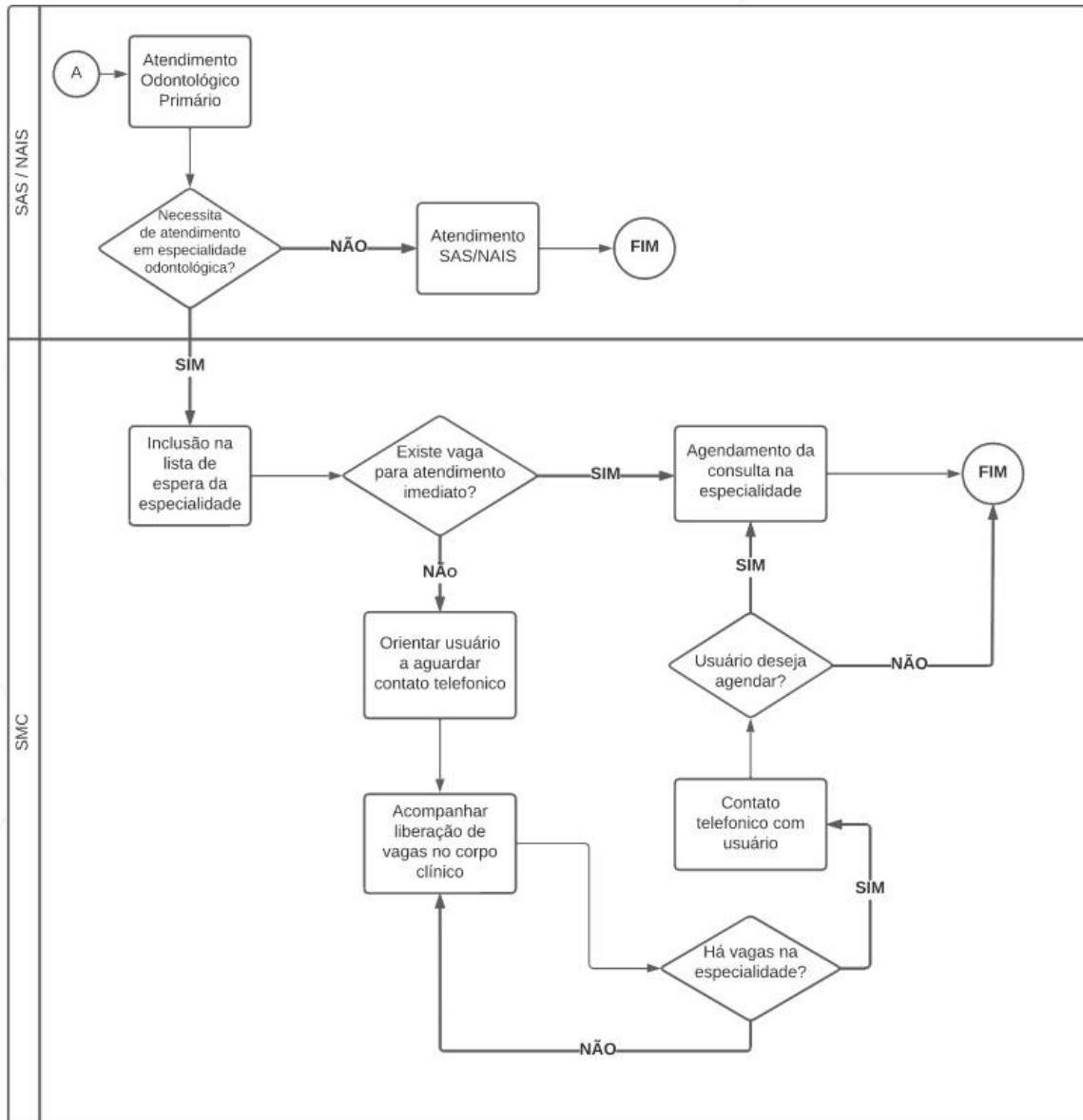
O processo de inclusão de pacientes em filas de espera para atendimento de Atenção Secundária no Centro Odontológico foi regulamentado em 2012 por meio da criação e implementação do Sistema Integrado de Gestão à Saúde (SIGS) em toda a Rede Orgânica do Sistema de Saúde (Sisau) PMMG/BMMG/IPSM. O SIGS foi idealizado com o objetivo de facilitar a gestão dos atendimentos nos vários níveis de Atenção da Assistência à Saúde, agilizando, inclusive, a comunicação entre estes níveis.

Após uma década de sua implantação, o uso do SIGS já se encontra bem consolidado, fazendo parte da rotina de todas as Unidades de Saúde do Sisau. Para os tratamentos específicos da clínica Odontológica, os pacientes que demandam por atendimento devem dirigir-se, a princípio, às Unidades de Atenção Primária (UAPS), compostas por Seções de Assistência em Saúde ou Núcleos de Atenção à Saúde que funcionam de modo descentralizado, nas dependências de Batalhões de Polícia Militar e Bombeiro Militar.

Nas UAPS, o paciente realiza todos os atendimentos de Atenção Primária odontológica e, havendo necessidade, é referenciado pelo cirurgião-dentista assistente ao Centro Odontológico para atendimento de Atenção Secundária ou Terciária, por meio do cadastramento direto deste na(s) lista(s) de espera da(s) Especialidade(s) pretendida(s). Havendo disponibilidade de vaga e horário, o paciente tem sua primeira consulta agendada de imediato pela SMC. Não havendo disponibilidade de vaga, o paciente é mantido na lista de espera e orientado a aguardar futuro contato telefônico da SMC para agendamento. À medida que os dentistas especialistas do COdont concluem tratamentos,

vão surgindo “novas vagas para admissão” e novos pacientes são contatados para inclusão e início do tratamento (FIG. 2).

Figura 2 – Fluxo de atendimento, referenciamento e agendamento para tratamento odontológico nas Unidades do Sisau.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Com o advento da Pandemia da Covid-19 e frente ao cenário de insegurança trazido por ela, tanto para os beneficiários quanto para o corpo clínico assistencial, associado à compreensão de que o risco de transmissão do Coronavírus seria maior nos atendimentos odontológicos, houve necessidade, pela primeira vez em sua história, de interromper os agendamentos eletivos no Centro Odontológico, situação esta que persistiu durante cinco meses (de março a agosto de 2020).

A quase totalidade de clínicas odontológicas credenciadas também interrompeu seus atendimentos eletivos. Desta maneira, durante todo este período, a demanda por atendimentos no Centro Odontológico foi crescendo de modo exponencial, “alimentado” sobretudo pelos serviços de urgência odontológica tanto nas UAPS quanto nas clínicas credenciadas.

Como consequência, quando da retomada dos atendimentos presenciais eletivos no COdont, as listas de espera por especialidades encontravam-se em níveis alarmantes, evidenciando a necessidade de ações em quase todas, no sentido de mitigá-las (TAB. 1).

Tabela 1 – Listas de espera por especialidade no Centro Odontológico (número absoluto de pacientes).

ESPECIALIDADE	15/09/2020
Atendimento ambulatorial especial	3
Avaliação para Implantodontia	1579
Avaliação cirúrgica (CTBMF)	294
Dentística	150
DTM	403
Endodontia	630
Estomatologia	32
Odontogeriatrica	475
Odontologia de bebês	69
Odontopediatria	38
Ortodontia	168
Periodontia	803
Prótese I (unitária)	848
Prótese II (removível/total)	581
Prótese sobre implante	108

Fonte: SIGS

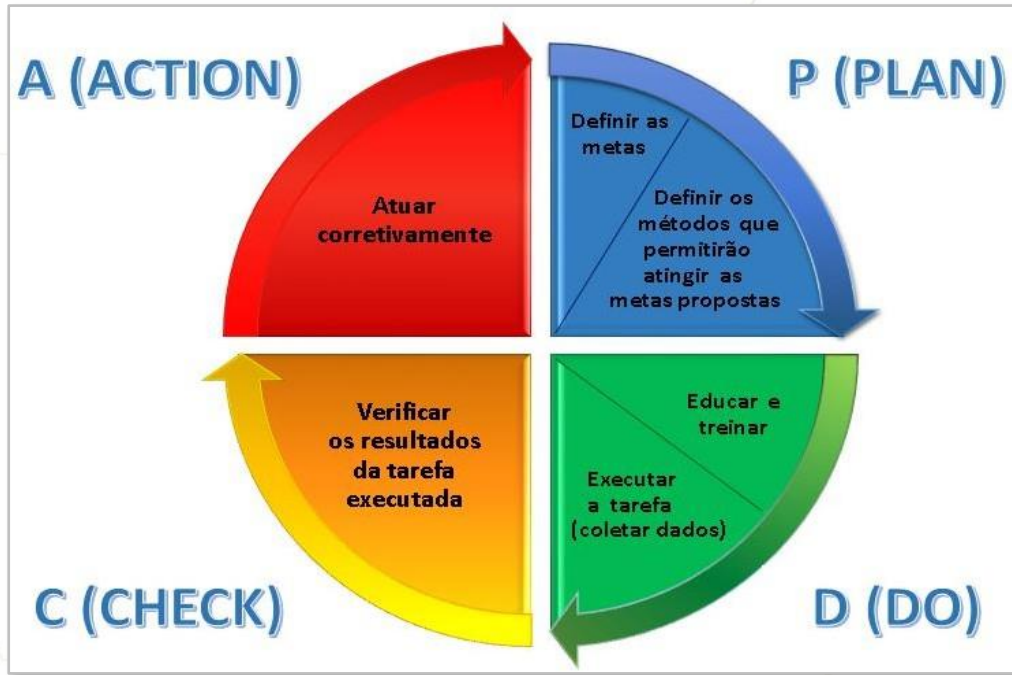
Neste contexto, fez-se urgente uma intervenção nos processos de marcação de consultas no Centro Odontológico e controle do fluxo de entrada e saída dos pacientes para tratamento. Neste intuito, foi utilizada a ferramenta de gerenciamento PDCA.

O ciclo PDCA foi iniciado tendo como META principal reduzir o número de beneficiários aguardando por tratamento especializado nas filas de espera do Centro Odontológico, agravado pela Pandemia de Covid-19.

Devido às grandes discrepâncias visualizadas entre as especialidades odontológicas, foi

realizado um ciclo PDCA específico para cada uma delas. Assim, o ciclo PDCA “girou” conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Detalhamento do Ciclo PDCA



Fonte: Adaptado de Carvalho *et al.*, 2010.

A seguir será relacionado o PDCA específico da Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF).

Aplicação da Etapa de Planejamento (P) do Ciclo PDCA

Na etapa P do ciclo PDCA, os principais objetivos foram identificar quais eram os problemas existentes e delinear um plano de ação para solução deles. Deste modo, foi percebido que:

- No dia 15 de setembro de 2020, data em que foi dado o início ao PDCA para solução de problemas e reorganização do processo, havia 294 beneficiários inscritos para avaliação e submissão à intervenção cirúrgica. O primeiro da fila já aguardava pelo agendamento há 257 dias. No dia 05 de janeiro de 2021, quando foram iniciadas as ações de fato, nesta fila de espera já se contavam 439 beneficiários.
- De um efetivo de 3 especialistas em CTBMF, um se encontrava de licença médica (persistindo a situação por 7 meses).
- Avaliações cirúrgicas pré-operatórias comprometiam o tempo que os especialistas de CTBMF podiam destinar às cirurgias, restringindo a disponibilidade de horário, tornando mais lenta e dificultando a solução do problema.

Após a identificação dos problemas e, tendo em mente a meta de acabar com a fila de espera de CTBMF, um plano de ação no formato 5W1H foi elaborado (QUADRO 1).

Quadro 1 – Plano de ação elaborado para mitigar fila de espera da especialidade de CTBMF em 2020-2021.

O que (What)	Quando (When)	Onde (Where)	Por que (Why)	Quem (Who)	Como (How)
Capacitação de duas dentistas (uma da especialidade de Endodontia e outra de PNE) para realizarem avaliações cirúrgicas	De janeiro a abril de 2021	No Centro Odontológico	Para ampliar os horários de cirurgia disponibilizados	O chefe da clínica de CTBMF	Brainstorm e padronização de receituário e ações pré-operatórias
Atuação temporária em clínica de outra especialidade	De janeiro a abril de 2021	No Centro Odontológico	Para viabilizar que as cirurgias fossem realizadas o mais rápido possível	Especialistas da clínica de Implantodontia (também CTBMF) e cirurgião do HPM que veio apoiar nesta “força tarefa”	Agendamento após a avaliação cirúrgica.

Fonte: SIGS.

Aplicação da Etapa de Execução (D) do Ciclo PDCA

Nesta etapa foi operacionalizado o cumprimento do plano de ação. Isso foi realizado entre os meses de janeiro e abril de 2021, com a meta de realizar todas as 439 avaliações e cirurgias, as quais aguardavam na lista de espera em média a 78 dias.

Duas Oficiais (uma da clínica de PNE e outra da clínica de Endodontia) foram capacitadas pelo Chefe da clínica de CTBMF e realizaram as avaliações pré-operatórias dos pacientes, inclusive solicitando exames de imagem e risco cirúrgico àqueles portadores de comorbidades. Esta ação resultou no aumento da oferta de horários para as cirurgias requeridas, realizadas de maneira mais ágil pelos especialistas da Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais.

Um cirurgião bucomaxilofacial do HPM foi disponibilizado de forma temporária para auxiliar nas cirurgias do Centro Odontológico, assim como dois especialistas da clínica de Implantodontia.

Casos de menor complexidade foram identificados durante a avaliação pré-operatória e

solucionados pela própria especialista em PNE, a qual apresenta vasta experiência neste tipo de procedimento.

Aplicação da Etapa de Verificação (C) do Ciclo PDCA

Pelos dados apresentados na Tabela 2, extraídos do SIGS, pode-se perceber que a meta traçada de resolver a demanda reprimida da fila de CTBMF foi alcançada após cumprimento do Plano de Ação. A redução significativa pode ser observada também em todas as demais especialidades.

Tabela 2 – Listas de espera por especialidade no Centro Odontológico (número absoluto de pacientes).

ESPECIALIDADE	05/01/2021	19/05/2021	% Redução
Atendimento ambulatorial especial	0	0	0,00%
Avaliação para Implantodontia	1566	48	96,93%
Avaliação cirúrgica (CTBMF)	439	0	100,00%
Dentística	180	0	100,00%
DTM	228	1	99,56%
Endodontia	0	0	0,00%
Estomatologia	1	2	-100,00%
Odontogeriatría	472	30	93,64%
Odontologia de bebês	73	0	100,00%
Odontopediatria	47	13	72,34%
Ortodontia	152	35	76,97%
Periodontia	519	32	93,83%
Prótese I (unitária)	831	47	94,34%
Prótese II (removível/total)	604	0	100,00%
Prótese sobre implante	78	36	53,85%

Fonte: SIGS.

Aplicação da Etapa de Ação (A) do Ciclo PDCA

Analisando as dificuldades logísticas e pessoais que precisaram ser solucionadas no intuito de solucionar a fila de espera da especialidade de CTBMF, bem como outras especialidades, percebeu-se a necessidade de redefinir algumas questões importantes em relação ao fluxo de pacientes na lista de espera:

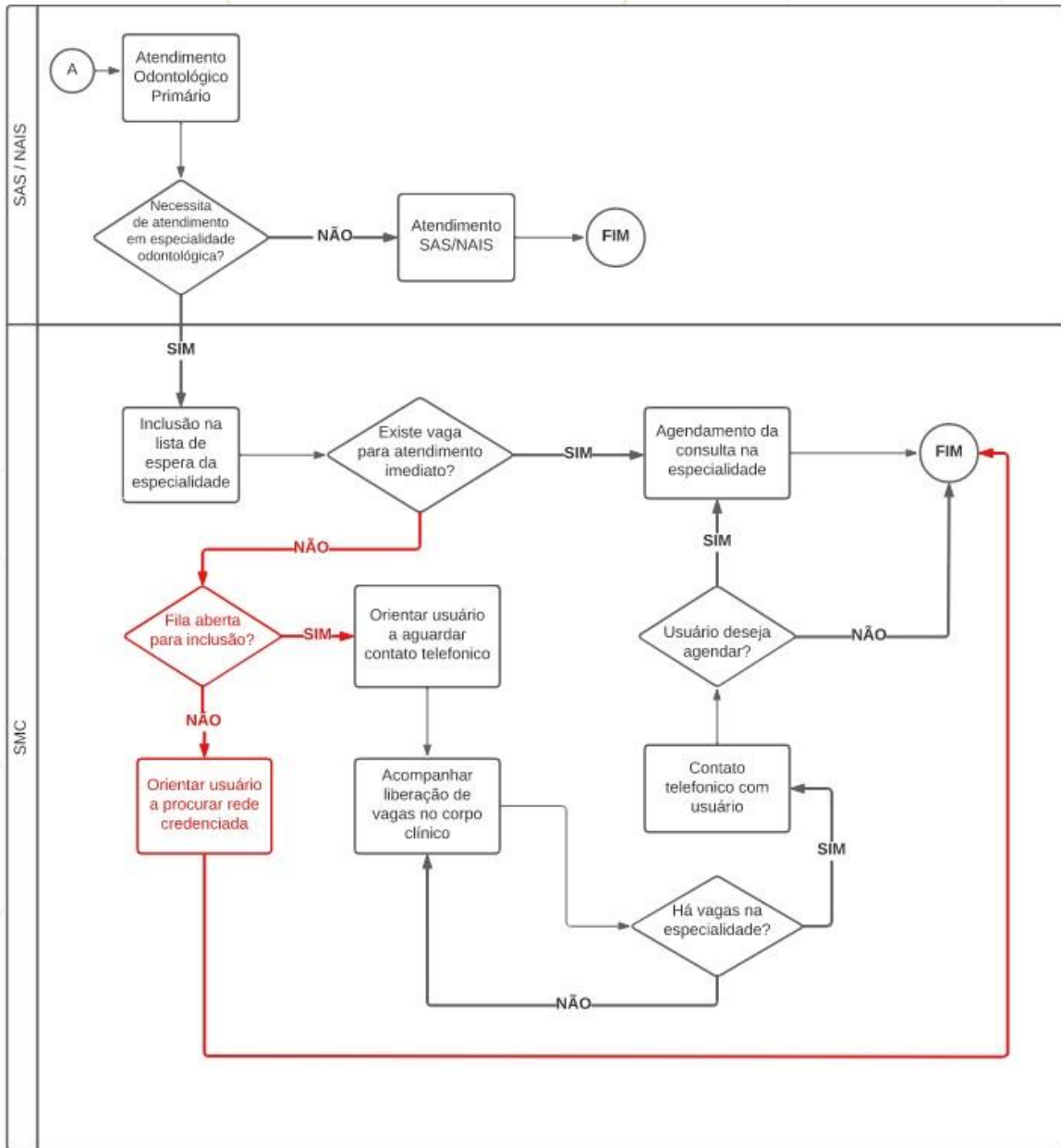
- 1) Considerando a escassez de mão-de-obra, houve a necessidade de redefinição do número máximo de “pacientes em tratamento simultâneo” por profissional da especialidade;
- 2) Houve a necessidade de definir-se um número máximo de pacientes passíveis de serem admitidos na lista de espera, considerando-se o número de altas e número de consultas gasto pelos profissionais para finalização de tratamento.

Como as ações implementadas foram consideradas efetivas, constatou-se a necessidade da criação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para direcionar o processo de gestão das filas de espera – explicitando quais indicadores deveriam ser avaliados de modo habitual para evitar que situações alarmantes como a apresentada voltassem a ocorrer.

Neste POP, as definições de “número de pacientes em tratamento simultâneo”, “lista de vagas para admissão”, “lista de horários disponíveis por profissional” são sempre contrapostas para gerir as listas de espera a contento.

Outra ação importante foi limitar o tamanho máximo das listas de espera de cada especialidade, com base nas particularidades de tratamento oferecido, número de consultas necessárias para concluir um procedimento, número de profissionais na especialidade. Deste modo, ao primeiro fluxo (FIG. 2) foi acrescentado o processo de gestão das filas de espera, o que pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4 – Fluxo de atendimento, referenciamento e agendamento para tratamento odontológico nas Unidades do Sisau reestabelecido em maio de 2021, após o PDCA.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Padronização com o uso do Ciclo PDCA

Segundo Carvalho *et al* (2010), toda organização possui resultados que desejam melhorar e outros que desejam manter. Os autores afirmaram que nesses dois casos é possível a utilização do método PDCA, o que pôde ser corroborado neste estudo.

Na Tabela 3, pode-se verificar que o POP criado para controle das filas de espera tem sido efetivo mesmo após um ano de reabertura das filas de espera para inclusão de pacientes, sendo que o número total de pacientes hoje corresponde a cerca de 12% daqueles 6.203 existentes em setembro de 2020.

Tabela 3 – Média de dias em espera por especialidade no Centro Odontológico

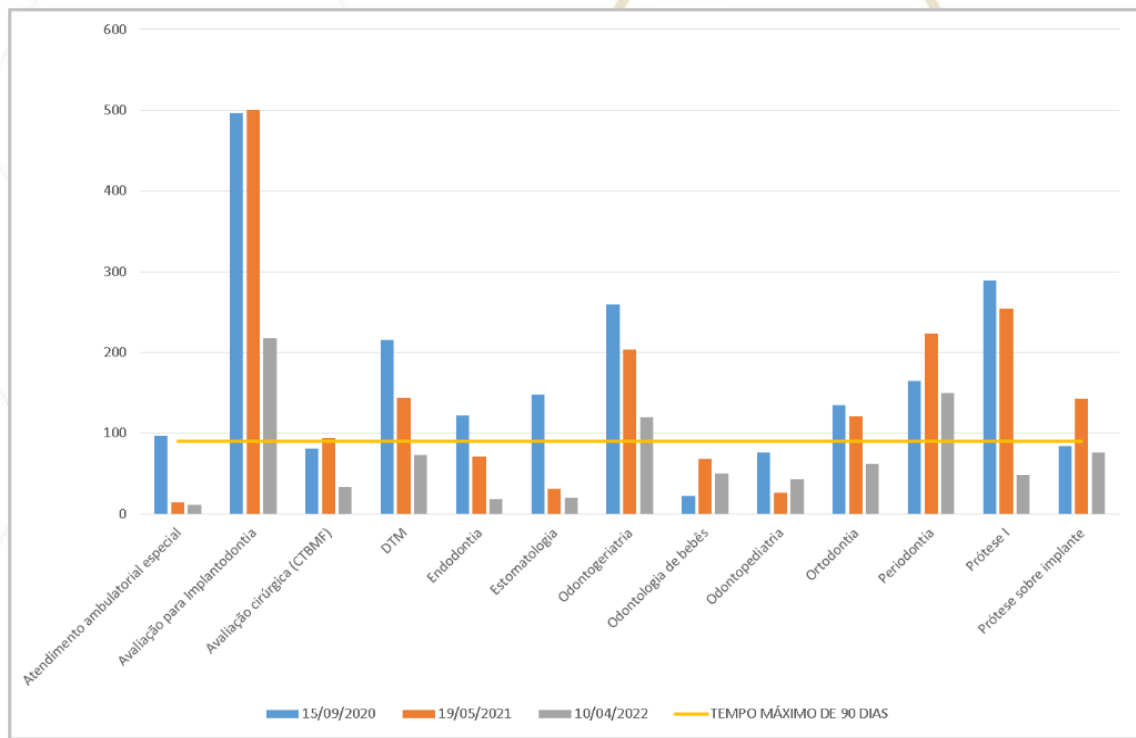
ESPECIALIDADE	15/09/2020	19/05/2021	10/04/2022
Atendimento ambulatorial especial	97	14	11
Avaliação para Implantodontia	496	500	217
Avaliação cirúrgica (CTBMF)	81	94	33
Dentística	87	163	*
DTM	215	144	73
Endodontia	122	71	18
Estomatologia	148	31	20
Odontogeriatrics	259	203	120
Odontologia de bebês	22	68	50
Odontopediatria	76	26	43
Ortodontia	135	121	62
Periodontia	165	223	150
Prótese I	289	254	48
Prótese II	166	264	*
Prótese sobre implante	84	143	76
TOTAL	2442	2319	921

Fonte: SIGS.

Outro índice que comprova a melhoria no processo de gestão das filas é a média de dias em espera para admissão em cada especialidade, o que pode ser observado na Tabela 3. Percebe-se que, no geral, a média de dias de espera no presente momento (abril de 2022) é menor em quase todas as especialidades do COdont em relação a maio de 2021.

Em comum acordo com a SDO, estimou-se que 90 dias seja uma média aceitável para se aguardar pelo início de um tratamento odontológico eletivo. Deste modo, alguns ajustes ainda deverão ser realizados em relação aos parâmetros das especialidades de Avaliação para implantodontia, Odontogeriatrics e Periodontia, conforme pode-se observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Média de dias de espera por Especialidade no Centro Odontológico da PMMG.



Fonte: SIGS.

As clínicas de Prótese II (removível/total) e Dentística foram extintas e incluídas na clínica de Prótese I (unitária), que foi renomeada como Prótese Dentária.

Discussão

A criação do Sistema Integrado de Gestão à Saúde em 2012 facilitou a comunicação entre os vários níveis de Atenção da Rede Orgânica do Sistema de Saúde PMMG/CBMMG/IPSM, sobretudo entre as UAPS, responsáveis pela Atenção Primária e o Centro Odontológico, responsável pelas Atenções Secundária e Terciária do Sisau. O processo de referenciamento de pacientes foi facilitado sobremaneira. Entretanto uma gestão de fato efetiva com controle do tamanho e do tempo de espera dos pacientes na fila para iniciar o tratamento especializado, não foi pensada desde a implantação do SIGS.

Este controle foi, desde então, realizado de modo empírico pelos integrantes da Seção de Marcação de Consultas, estando sujeito diretamente à influência de fatores como: licenças/dispensas médicas de profissionais, afastamento de Oficiais-dentistas para aguardar a reserva, entre outras situações.

O advento da pandemia de Covid-19 evidenciou o quão frágil era o processo em vigor. Em setembro de 2020, os números eram alarmantes. Na especialidade de Implantodontia, por exemplo, havia 1579 pessoas aguardando avaliação para iniciar o tratamento, sendo que esperavam em média 496 dias pelo agendamento.

Era notória a necessidade de se criar processos e definir ferramentas para reorganizar, padronizar e manter os fluxos de agendamento de consultas odontológicas e controle das listas de espera por especialidades. Para esta finalidade, neste trabalho foi testado o uso do PDCA, ferramenta que possui estrutura simples e clara, sendo de fácil compreensão e pelo fato de que trabalha não só na identificação dos erros, mas também na investigação das causas, contribuindo para a sua eliminação (CARVALHO *et al.*, 2010).

Devido às diversas realidades entre as especialidades (variação no número de profissionais especialistas, demanda desproporcional à oferta de consultas, número de profissionais na rede credenciada – que funciona como auxiliar ao atendimento próprio, oferecido pela Rede Orgânica) foi necessário implementar um ciclo PDCA para cada Especialidade Odontológica. Os problemas foram identificados e foram desenhados Planos de Ação. Na situação apresentada neste artigo, específica da lista de espera de CTBMF, pôde-se observar uma redução na ordem de 100% após as ações de aumentar de forma momentânea o número de profissionais na especialidade, categorizar os casos

segundo complexidade para atendimento, entre outras.

Após conclusão do primeiro PDCA, o fluxograma do processo de agendamento e controle da fila de espera foi modificado. O novo desenho passou a incluir fatores mais objetivos para a gestão, tais como: delimitação numérica do tamanho máximo das listas de espera de cada especialidade com base nas particularidades de tratamento oferecido, número de consultas necessárias para concluir um procedimento, número de profissionais na especialidade; previsão de interrupção temporária na “alimentação” destas filas de espera pelas UAPS; controle das entradas (primeiras consultas) x saídas (altas) de pacientes. A redefinição do processo tornando mais objetivo e sustentável o que era subjetivo e frágil.

A efetividade do PDCA foi medida pela avaliação da redução do quantitativo de pacientes nas filas de espera e pela média de tempo de espera ao longo do tempo.

Com os resultados apresentados, pode-se observar que o PDCA foi efetivo para melhorar a gestão do fluxo de entrada e saída de pacientes na maioria das Especialidades do Centro Odontológico, necessitando de alguns ajustes ainda em relação aos parâmetros das especialidades de Avaliação para implantodontia, Odontogeriatría e Periodontia, nas quais os pacientes ainda têm aguardado mais tempo do que o máximo dos 90 dias preconizados.

Para a maioria das Especialidades, pode-se inferir que o ciclo PDCA já esteja funcionando para a manutenção das rotinas e acompanhamento, indicando a necessidade de intervenções de modo precoce.

Considerações finais

Frente ao mundo globalizado, faz-se cada vez mais necessário o uso de ferramentas de gestão para otimização dos processos de qualquer empresa, ainda que prestadora de serviços, pública ou privada. O empirismo deve ceder lugar à gestão organizada.

Na atualidade, muitos estudos abordam os sistemas de gestão da qualidade nos serviços de saúde, entretanto, a maioria deles trata de modo específico da aplicação de ferramentas em hospitais e clínicas médicas. Na área de serviços odontológicos, os

estudos ainda são incipientes, o que faz deste um tema importante a ser discutido e estudado.

No presente momento, a SMC é composta por 11 colaboradores, entre militares e civis. Destes, quatro atuam no contato telefônico regular com beneficiários do Sistema de Saúde, de modo a otimizar os horários disponíveis ao atendimento clínico; cinco atuam de forma habitual na recepção e acolhimento aos beneficiários, prestando orientações e fazendo eventuais agendamentos no sistema e dois militares atuam no gerenciamento das agendas odontológicas e gestão das filas de espera para tratamento odontológico especializado. Deste modo, frente ao baixo número de colaboradores na Seção, é fundamental uma gestão eficaz e sustentável. Uma definição de processos clara é imprescindível para que haja o máximo de efetividade.

Neste contexto, conclui-se que a ferramenta PDCA pode ser interpretada como um recurso estratégico para a administração no Centro Odontológico da PMMG.

Pôde-se observar, com este estudo, que a ferramenta PDCA foi efetiva na melhoria da gestão das filas de espera das especialidades odontológicas pelo Setor de Marcação de Consultas.

A agilidade na marcação para início do tratamento reflete-se diretamente na satisfação manifestada pelo cliente. Portanto, mediante análises do PDCA, percebe-se que ainda há a necessidade de intervenções nas clínicas de Implantodontia, Odontogeriatría e Periodontia para que se possa alcançar o parâmetro de, no máximo 90 dias de agendamento para início do tratamento.

Devido à característica de uso continuado da ferramenta, ela se mostrou satisfatória para identificar alterações sazonais que ocorrem no COdont, neste momento em que existe redução de efetivo em algumas especialidades, possibilitando intervenções precoces pela SMC de modo a minimizar efeitos de problemas pontuais, garantindo um atendimento de qualidade no Centro.

Referências

CAMPOS, Vicente Falconi. **TCQ Controle da qualidade total (no estilo japonês)**. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004.

CARVALHO, Gabriella Lourenço; NASCIMENTO, Luciana Barbosa; MORAIS, Monique Frauzino de. **Ciclo PDCA: Influência no Sistema de Gestão da Qualidade**. 2010. Monografia (Graduação em Engenharia Civil) – Escola de Engenharia Civil, Universidade Federal de Goiás, 2010.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Manual para utilização do Sistema Integrado de Gestão à Saúde**. Belo Horizonte: Diretoria de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, Centro de Tecnologia e Sistemas da Polícia Militar de Minas Gerais, 2012.

MINAS GERAIS. **Regimento Interno. Resolução nº 5.130, de 28 de setembro de 2021**. Aprova o Regimento Interno do Centro de Serviços Compartilhados de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais. Separata do BGPM nº 76, de 05 de outubro de 2021, Belo Horizonte, p.61-65.

MIYAKE, Dario; FONSECA, Augusto. Uma análise sobre o Ciclo PDCA como um método para a solução de problemas da qualidade. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*, 26., 2006, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: ABEPRO, 2006. p. 1-9.

MIYAMOTO, Alexandre Toshiyuki. **Controle de Qualidade dos Sugadores Odontológicos: um Estudo de Caso Utilizando o Ciclo PDCA**. 2006. Monografia (Graduação em Engenharia de Produção) – Departamento de Informática, Centro de Tecnologia, Universidade Estadual de Maringá, 2006.

SAVERNINI, Átila; RIBEIRO, Aryadina Mara. **Os impactos da implantação do Modelo de Excelência da Gestão (MEG©) no Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais: a qualidade como um caminho para a responsabilidade social**. 2019. Monografia (Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão Estratégica em Organizações de Saúde) – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação, Academia de Polícia Militar de Minas Gerais, 2019.

SLACK, Nigel; CHAMBERS, Stuart; JOHNSTON, Robert. **Administração da produção**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SOUZA, Mariângela Catelani *et al.* Uso da ferramenta PDCA para controle de estoque de materiais em uma clínica odontológica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 1416-1434, jul./set. 2018.

Abstract

The use of quality management tools is fundamental in the structuring and sustainability of organizations. Although still little studied in Dentistry, the PDCA proved to be very effective to assist in the optimization of processes and routines developed by the Consultation Marking Section of the PMMG Dental Center due to the characteristic of focusing on continuous improvement. Thus, it was possible to notice that the PDCA cycle contributed to redefine management processes, to plan actions aimed at reducing the waiting list of the various dental specialties and establishing constant evaluation and maintenance routines.

Keywords: quality management; PDCA; dental clinic.

Resumen

El uso de herramientas de gestión de la calidad es fundamental en la estructuración y sostenibilidad de las Organizaciones. Aunque todavía poco estudiada en Odontología, la herramienta PDCA demostró ser muy eficaz para ayudar a optimizar los procesos y rutinas desarrollados por la Sección de Programación de Citas del Centro Odontológico de la Policía Militar de Minas Gerais, debido a la característica de enfocarse en la mejora continua. De esta forma, fue posible percibir que el ciclo PDCA contribuyó a redefinir los procesos de gestión, planificar acciones encaminadas a reducir la lista de espera de las diversas especialidades odontológicas y establecer rutinas de evaluación y mantenimiento constantes.

Palabras clave: gestión de la calidad; PDCA; clínica odontológica.

Recebido em 27/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 19/Mai/2022.

Aprovado em 06/Jun/2022.

Da Arte Militar de Curar aos Quadros de Oficiais de Saúde: reflexões sobre o processo de institucionalização das funções e dos efetivos previstos em análise comparada

From the Military Art of Healing to the Staff of Health Officers: reflections on the process of institutionalizing the functions and effectives foreseen in comparative analysis

Del Arte Militar de Curar al Cuadros de Oficiales de Salud: reflexiones sobre el proceso de institucionalización de las funciones y efectivos previstos en el análisis comparativo

Rodrigo da Costa Seabra⁴³
Francis Albert Cotta⁴⁴

Resumo

Descreveu o processo sócio-histórico de constituição das primeiras funções do que, posteriormente, seria denominado Quadro de Oficiais da Saúde e demonstrou a atual previsão legal de seu efetivo nas Forças Armadas e Forças Militares Estaduais. A metodologia utilizada foi a pesquisa histórica com coleta, sistematização e análise de fontes dos séculos XVIII, XIX e XX, localizadas em acervos documentais em Portugal e no Brasil. Num segundo momento, utilizou-se de busca das leis de efetivo de cada força militar e de seus quadros de distribuição. Os dados coletados foram tabulados, descritos e analisados por tipo de força e regiões do Brasil. Concluiu-se que a previsão dos Oficiais de Saúde nas leis de efetivo da grande maioria das instituições militares demonstra a

⁴³ Oficial da Polícia Militar de Minas Gerais. Mestre em Periodontia pela FOUFG. Especialista em Periodontia pela PUC Minas. Especialista em Implantodontia pela UFGM. Bacharel em Odontologia pela UFGM.

⁴⁴ Doutor em História Social da Cultura pela UFGM, com estudos pós doutorais em Psicologia Social (UK), Ciências Sociais (PUC Minas) e História Cultural (UFGM). Especialista em Antropologia (UCAM) e Filosofia (UFOP). Professor no Mestrado em Segurança Pública e Cidadania da Universidade do Estado de Minas Gerais.

importância histórica e atual do seu papel. A distribuição dos postos e das diversas categorias profissionais possui muitas variações regionais.

Palavras-chave: saúde; forças armadas; polícias militares; bombeiros militares; leis de efetivo.

Introdução

O Oficial de Saúde é o profissional com formação acadêmica em algum campo da área da saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, dentre outros) e que em determinado momento de sua trajetória decide pleitear, por meio de um concurso público, e se engajar às fileiras de uma instituição militar, exercendo sua especialidade dentro de instituições baseadas nos pilares da hierarquia e disciplinas militares, seja ela das forças armadas ou das polícias militares estaduais.

Desta forma, mesmo considerando todas as peculiaridades de cada profissão, a partir do momento em que o indivíduo se torna membro de uma instituição militar, concomitantemente se torna também sujeito às prerrogativas, remunerações, benefícios, obrigações, bem como galgar as progressões às quais toda carreira militar oferece.

Em um ambiente militar, cabe ao profissional da saúde exercer sua especialidade tendo como base uma sólida formação acadêmica e uma postura ética, atuando com base na promoção de saúde e na prevenção das doenças, contribuindo para a higidez física e mental da tropa.

De maneira geral, diversas são as funções exercidas por estes profissionais ao longo da carreira, destacando-se as atividades assistenciais, técnicas, periciais, administrativas, bem como membros de juntas de processos seletivos. Enquanto militares, sujeitos aos regulamentos característicos das próprias instituições, estes devem cumprir as leis, estatutos e regulamentos próprios a que estão submetidos, à jornada de trabalho que lhes é atribuída e assemelhados a seus demais pares de outros quadros, se dedicam e devem estar sempre disponíveis ao chamamento da missão designada com resignação e disciplina.

Em tempos de guerra, diversas são as façanhas realizadas por estes profissionais, muitas delas retratadas em filmes e documentários, e que ilustram o papel e a importância do seu trabalho nos campos de batalha, nos hospitais de campanha e mesmo na retaguarda.⁴⁵

Uma característica inerente ao cargo de Oficial, a liderança, faz com que este indivíduo exerça sobre os seus pares e subordinados uma autoridade sanitária que traz benefícios à atividade-fim e estende-se aos dependentes e aos membros da reserva ou reformados, denominados veteranos.

De forma contemporânea, a gestão da saúde tem se preocupado em melhor planejar e organizar os recursos humanos de forma a potencializar a qualidade dos serviços ofertados. Não é diferente quando tratamos da inserção dos quadros de profissionais de saúde nas forças militares de segurança.

Na busca de uma melhor compreensão dessa importante faceta do universo militar, que impacta significativamente a qualidade de vida dos militares responsáveis pela segurança dos cidadãos numa sociedade democrática, a presente pesquisa teve como objetivos realizar inicialmente a descrição do processo histórico de construção das primeiras funções dos Oficiais da Área de Saúde a partir de sua matriz lusitana e de suas primeiras experiências em Minas Gerais, ainda no século XVIII, com base em fontes manuscritas e impressas localizadas no Arquivo Histórico Militar, em Lisboa; Arquivo Histórico Ultramarino. Na sequência, realizar o levantamento, mapeamento e análise dos efetivos previstos dos Quadros de Oficiais de Saúde nas Forças Armadas e nas Forças Militares Estaduais.

⁴⁵ Um exemplo da participação dos Oficiais de Saúde em missões militares é retratado de forma extremamente detalhada em Silva (2014) que descreve a "Missão Médica Brasileira na Primeira Guerra Mundial", quando, após a declaração de guerra do Brasil ao Bloco Germânico, o governo brasileiro, em apoio aos Aliados, cria uma força-tarefa com envio de 86 médicos militares à Paris com intuito de ajudar a manter um hospital temporário para atender aos feridos em zona de guerra. O autor retrata as causas que levaram o Brasil a instituir esta missão, sua organização, os detalhes logísticos, o deslocamento e a participação destes militares nos serviços de saúde em solo francês, enfatizando o impacto da Gripe Espanhola e dos resultados alcançados nesta empreitada. Para verticalização da temática "Presença da Medicina Militar na História da Medicina ver FIGUEIREDO (2009).

A Arte Militar de Curar: *modus operandi* e funções

Segundo Lima (2013), os serviços de saúde reproduzem, em sua modelagem, organização e rotinas de atendimento, as características da sociedade em que se situam, observando constante paralelo histórico, refletindo os valores culturais, sociais, políticos e econômicos de uma época. Nesse sentido, percebem-se rupturas e permanências no processo histórico de construção desses saberes especializados no universo castrense.

A matriz lusitana de estruturação do serviço de saúde militar influenciou a embrionária estrutura brasileira que pode ser identificada nas Minas Gerais do século XVIII. Como forma de sistematização e formalização de procedimentos e funções já em curso nos nosocômios castrenses do século XVIII, em 1797 foi criado o primeiro regulamento para os hospitais militares em Portugal, que foi remodelado em 1805. Ele determinava ao *físico-mor* a realização de um “tratado ou instruções gerais de higiene militar” e uma “memória sobre o melhor método de obter nos acampamentos a salubridade do ar determinando a situação das latrinas”. Ambos seriam impressos e distribuídos aos oficiais generais, coronéis e cirurgiões-mores dos regimentos”⁴⁶.

Os hospitais militares eram divididos em *permanentes* (aqueles existentes nas praças e locais onde havia guarnição) e *interinos* (existentes em campanha). Aos *físico-mor* e *cirurgião-mor* caberia a determinação do local para a construção dos hospitais.

Nos hospitais existiriam enfermarias para os convalescentes e uma para se mudar os doentes quando se julgasse necessário purificar o ar de alguma das enfermarias ocupadas⁴⁷. Além dessas, haveria duas enfermarias, separadas das outras, para o tratamento das doenças contagiosas. As latrinas seriam sempre isoladas ou construídas por fora das paredes do edifício. Os leitos seriam proporcionais ao tamanho da enfermaria. Nos hospitais ambulantes, não se fariam camas sob o pavimento, uma forma de evitar a umidade. Em cada leito haveria: um enxergão, um travesseiro, um cobertor no verão e dois no inverno. Os doentes e feridos graves teriam direito a colchões. Nos

⁴⁶ As descrições da estrutura interna e demais providências a serem tomadas no interior dos hospitais militares terão como base o *Regulamento para os Hospitais Militares*, de 27/3/1805. Arquivo Histórico Militar. Lisboa. Doravante, AHM/Div/3/3/2/1.

⁴⁷ Em 1805 seria editado em Lisboa a *Memória sobre o modo de purificar o ar inficionado e sobre os aparelhos portáteis e permanentes para o mesmo fim para uso nos hospitais militares*. AHM/Div/3/3/2/4.

hospitais interinos cada leito teria: dois pares de lençóis, três camisas, três barretes e um roupão. Nos fixos: três pares de lençóis, quatro camisas, quatro barretes e um roupão para cada doente. Nas enfermarias de medicina existiria uma tina para cada 50 doentes, já nas enfermarias de sarna e mal venéreo haveria duas para cada 25 doentes. Cada doente, em hospitais permanentes, teria direito a: um prato, uma tigela, um bucaro maior para a bebida ordinária e um menor para o remédio, um escarrador e um urinol. Além desses objetos, os hospitais seriam dotados de apisteiros, comadres, seringas de estanho e urinóis de vidro.

O corpo principal, depósito da ambulância ou hospital ambulante, seria estabelecido no Grande Quartel General do Exército. O movimento das ambulâncias seria ordenado pelos oficiais gerais. Em todos os hospitais ambulantes haveria padiolas e carros de molas cobertos com alguma palha para o transporte dos doentes e feridos. Seria expressamente proibido servir desses carros para outros fins. Em cada exército haveria uma divisão de ambulância chamada *divisão volante*, composta por dois cirurgiões, quatro ajudantes e quatro serventes. Haveria um carro de molas munido de seis cobertores, uma caixa de instrumentos cirúrgicos, ligaduras e fios.

Todo doente e ferido que chegasse ao hospital militar deveria possuir uma *baixa*⁴⁸. Sua recepção seria feita pelo porteiro que, por um toque de sino, chamaria o *cirurgião de guarda*. Após examinar o doente, colocaria na *baixa* a palavra febricante, ferido, venéreo ou sarnoso. Essa *baixa* assim rubricada, seria apresentada ao *facultativo* respectivo na primeira visita, para ser conferida e assinada. Depois de visto e examinado, o doente seria conduzido à enfermaria e à cama indicada pelo *cirurgião de guarda*, a quem o *enfermeiro-mor* daria diariamente uma relação das camas vagas em cada enfermaria. O *almoxarife* ou qualquer outro oficial da fazenda não poderia dar *bilhete de alta* a doente algum sem que estivesse determinada na visita pelo *professor* respectivo, o qual o dataria por extenso e assinaria.

⁴⁸ Era um documento com o nome, sobrenome, graduação ou emprego, lugar do nascimento, correção ou conselho e o nome do regimento e companhia do militar. Seria assinada pelo comandante da companhia ou destacamento e pelo cirurgião-mor, que indicaria sumariamente a doença, seus princípios e os remédios já aplicados. A baixa seria escrita em bilhetes impressos sem emendas e com as datas escritas por extenso. As baixas dos *paisanos* empregados no serviço do exército seriam assinadas pelos respectivos chefes. AHM/Div/3/3/2/4.

Quando havia necessidade de transportar um doente para outro hospital, a *partida de doentes* seria acompanhada por uma escolta comandada por um oficial inferior. Haveria, para o transporte de doentes e feridos, carros apropriados e construídos de tal modo que poderiam ser conduzidos por um só animal. Na medida do possível, por uma questão de comodidade para os enfermos, era preferível transportá-los por barcos.

Caberia aos primeiros facultativos e ao contador fiscal a nomeação das pessoas encarregadas do tratamento de doentes com moléstias venéreas e sarna. Para estes casos haveria hospitais específicos, para os quais os cirurgiões dos regimentos encaminhariam os militares em quem observassem sinais característicos daquelas doenças. Os *facultativos* destes hospitais estavam autorizados a recusar a entrada de militares atacados de uma simples gonorreia ou sarna, os quais deveriam ser tratados pelos cirurgiões dos regimentos nos seus respectivos quartéis. Os remédios para este tratamento seriam fornecidos pelo *boticário* do hospital militar mais próximo, dando o cirurgião do regimento um recibo circunstanciado da quantidade e qualidade dos remédios.

Quando um militar era curado em hospital civil, a baixa seria assinada pelo oficial local. O médico, cirurgião e demais empregados, nestes hospitais, responsáveis pelo curativo do militar, teriam uma ajuda de custo, arbitrada pelo contador após ouvir o físico e o cirurgião-mor do exército.

Tudo o que tivesse alguma relação com a saúde da tropa seria da inspeção e responsabilidade do físico e cirurgião-mor do exército. O físico-mor, como chefe imediato de todos os médicos e boticários empregados nos hospitais militares, proporia, com preferência para os lugares de *primeiros e segundos médicos*, os que fossem doutorados pela Universidade de Coimbra, e entre esses, os premiados em todos os anos do curso médico. O mesmo observaria o cirurgião-mor dos exércitos a respeito dos cirurgiões.

Ao *primeiro médico* competia: distribuir pelos hospitais da sua inspeção os médicos e boticários; visitar os acampamentos, quartéis, acantonamentos, cadeias e hospitais militares, e remeter mensalmente os mapas de todos os doentes. O *médico* teria uma ou mais enfermarias a seu cargo, vigiaria sobre o asseio delas, fiscalizaria a dispensa, alimentação, a entrada e saída de doentes; confeccionaria o mapa diário sobre doentes a ser enviado ao *físico-mor*, e faria com os doentes experimentos de todos os remédios

novos, devendo anotar os seus resultados.⁴⁹ O *cirurgião* seria responsável pelo curativo de todos os doentes de moléstias cirúrgicas, além da inspeção dos *segundos cirurgiões* e ajudantes. Ao *primeiro boticário*⁵⁰ caberia o *Depósito Geral dos Remédios* e a emissão do mapa mensal sobre o estado do armazém. Nas ambulâncias, os boticários eram responsáveis pela caixa de medicamentos. A classe dos *enfermeiros* seria composta pelos enfermeiros-mores, ajudantes de cirurgia, enfermeiros ordinários e supranumerários hábeis⁵¹.

Caberia ao *contador fiscal* indicar o pessoal para a administração dos hospitais militares. O corpo administrativo seria composto pelo 1) *delegado do contador fiscal*, responsável pela elaboração da relação de pessoal e provisões; 2) *almoxarifes* e seus *fiéis*, incumbidos do sustento dos doentes; 3) *porteiros*, responsáveis pelo livro de controle de entrada e saída de doentes; 4) *despenseiros*, titulares do controle das rações, e, por fim, 5) uma guarda, comandada por um oficial responsável pela fiscalização da *polícia e asseio*.

A exposição da estrutura dos hospitais militares permite visualizar a gradual especialização funcional dos envolvidos. Ela é rica no detalhamento dos procedimentos adotados e na maneira de se administrar os nosocômios militares. Esse nível, atingido no início do século XIX, somente seria possível pela conjugação da produção teórica e da prática cotidiana dos responsáveis pela *arte de curar* em outras localidades do Império português, especialmente no Coração da América Portuguesa: as Minas Gerais.

Em meados do século XVIII, o então governador de Minas Gerais, o Conde Valadares destacou os “inconvenientes de se fazer curativo aos soldados doentes por contato”⁵². Nessa época o Conde de Lippe (1762) institucionalizava em Portugal normas relativas à atuação dos cirurgiões-mores na caserna. Sob os auspícios de Valadares seria

⁴⁹ Para facilitar as visitas e prevenir qualquer engano durante a distribuição dos remédios como na das rações, todas as camas seriam numeradas.

⁵⁰ A admissão do *boticário* seria feita mediante apresentação das cartas de exame do físico-mor. Seria preferido aquele que além das suas cartas apresentasse atestações autênticas das lentes de química e botânica da Universidade de Coimbra, pelas quais constasse que havia frequentado e ouvido as preleções daqueles professores, no mínimo por dois anos.

⁵¹ Os empregados dos hospitais militares seriam pagos pelos almoxarifes e utilizariam um uniforme particular, por meio do qual se identificaria sua qualidade de emprego e graduações.

⁵² CARTA do Conde Valadares para Francisco Xavier de Mendonça Furtado. Vila Rica, 3/9/1768. Arquivo Histórico Ultramarino. Lisboa. Cx. 93. Doc. 24.

inaugurada a tradição de hospitais militares nas Minas.

Em 1768, Francisco Antonio Rebelo⁵³ sugeriu que se descontasse 48 ½ réis dos 384 réis diários pagos a cada Dragão. Do valor descontado, 35 réis seria para a farda e 13 ½ para o Hospital Militar. Para Rebelo, a falta de desconto defraudava a Real Fazenda, que arcava com os curativos dos soldados nos hospitais e nas “jornadas e em outras partes onde adoeciam”⁵⁴. Corroborando as ideias de Rebelo, o capitão-general de Minas determinava o repasse do soldo do doente para o hospital militar. Dessa forma, o soldado seria “mais bem assistido e curado”⁵⁵.

Em virtude da distância e da urgência no atendimento médico-cirúrgico foram levantados pequenos hospitais militares nos destacamentos de Paracatu, Santo Antônio do Abaeté, São João Del Rei, Tejuco, Minas Novas e Borda do Campo⁵⁶. Os soldados eram ali atendidos e os gastos com a *botica* e honorários dos *médicos* eram repassados para posterior ressarcimento⁵⁷. Para Vila Rica eram encaminhados os militares que necessitassem de um tratamento mais prolongado.

Em 1769, o Hospital Militar de Vila Rica dispunha de sangrador, enfermeiro, servente, lavadeira e botica. O cirurgião-mor era Domingos Gonçalves da Cruz⁵⁸. Nesse ano, Antônio da Mota, escrivão da contadoria real, após detalhar os gastos do Hospital Militar

⁵³ Então escrivão do expediente e contador da provedoria da real fazenda, capitão no Regimento de Cavalaria Auxiliar da Nobreza de Vila Rica e futuro comandante da 3ª companhia do Regimento de Dragões das Minas.

⁵⁴ O Regimento de 15/11/1707 determinava que o soldo diário pago aos soldados em Portugal seria de 96 réis destes, eram descontados 46 réis, destinados ao fardamento (23 réis) e ao hospital militar (23 réis). Como nas Minas não havia hospital militar, os Dragões recebiam integralmente seus soldos. REBELO (1768, p.61-69).

⁵⁵ CARTA do Conde de Valadares ao conde de Oeiras informando sobre a despesa do Hospital Militar. Vila Rica, 2/8/1769. AHU. Cx.95. Doc. 71. Na Colônia do Sacramento os soldados se queixavam, pois, uma vez internados seus soldos eram destinados à enfermaria, da qual eram expulsos caso do valor dos seus salários não fossem suficientes para pagar o tratamento. A situação era precária, pois, “uns morrem à necessidade, outros fogem por lhe não ficar com que se sustentarem ao depois (do tratamento)” *apud* POSSAMAI (2002, p. 169).

⁵⁶ As despesas com os hospitais militares estão relacionadas na documentação pertencente à *coleção da casa dos contos de ouro Preto*, dispersa entre o Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, o Centro de Estudos do Ciclo do Ouro (CECO), em Ouro Preto e o Arquivo Público Mineiro.

⁵⁷ GASTOS realizados com remédios na doença que teve o soldado Francisco da Cruz Monte Alegre. Borda do Campo, 1772. CECO. Livro de liquidação. Cód. 3791, fl. 14.

⁵⁸ REQUERIMENTO de Domingos Gonçalves da Cruz, cirurgião-mor do Hospital de Vila Rica e dos Dragões das Minas, solicitando a Dom José I a mercê de autorizar a deslocar-se ao Reino. Vila Rica, 8/8/1769. AHU. Cx.95. Doc. 77. O oficial solicitava deslocamento sem perder o soldo, a fim de cuidar de suas irmãs residentes em Bragança. Nota-se sua mobilidade e o possível trânsito de informações e práticas.

(camas, catres, cortinas, estanhos, cobres) relatou o elevado número de soldados doentes (Quadro 1). Os Dragões não passavam de 208 militares, divididos em vários destacamentos, registros e patrulhas. Dessa forma, em setembro de 1768, cerca de 13% da tropa estaria no Hospital Militar de Vila Rica, isso sem computar aqueles Dragões enfermos em outros hospitais⁵⁹.

Quadro 1 - Soldados enfermos no Hospital Militar de Vila Rica. 1768-1769.

1768		1769	
Mês	Número de enfermos	Mês	Número de enfermos
Julho	5	Janeiro	15
Agosto	16	Fevereiro	7
Setembro	28	Março	3
Outubro	16	Abril	6
Novembro	14	Maio	1
Dezembro	13	Junho	1

Fonte: Elaborado a partir dos dados constantes na carta do Conde de Valadares ao Conde de Oeiras. Vila Rica, 2/8/1769. Arquivo Histórico Ultramarino. Lisboa. Cx.95. doc. 71.

No século XIX, com o fim do domínio português, a estrutura militar permanece tributária da matriz lusitana, e continua o cargo de Cirurgião-Mor no Corpo de Guardas Municipais Permanentes (1831), transformado em 1835 em Corpo Policial de Minas. Theophilo Feu de Carvalho, em seu livro “A força Pública Policial de Minas Gerais (1831-1890)” realiza a compilação de vários documentos relacionados à atividade de saúde no Corpo Policial de Minas (CARVALHO, 2014). Com essa estrutura permanecerá durante todo o século XIX.

No início do século XX um grupo de sargentos começaram a mobilizar-se e organizar uma sociedade de amparar as famílias dos militares, que ficavam desamparadas com a morte do militar. Esse esforço se desdobrou em 1911 com a criação da Caixa Beneficente.

⁵⁹ Durante o governo de Gomes Freire de Andrade foi erguido, em Vila Rica, o Hospital da Misericórdia, autorizado por Provisão da Mesa de Consciência e Ordens de 2/10/1740. Cf. ROCHA (1780, p. 103). Os hospitais militares foram aprovados pelas ordens do Erário dirigidas à Junta de Vila Rica, a 23/10/1772 e a de 11/10/1773. COELHO (1780, p. 153).

Por meio da Lei Estadual nº 565, de 19 de setembro de 1911 foi fundada a Caixa Beneficente da Força Pública do Estado de Minas Gerais. Ela foi criada, sem ônus para o Estado, com objetivo de prover a subsistência das famílias dos oficiais e praças que falecerem. O fundo da Caixa era formado com a “dedução mensal de um dia de vencimento dos oficiais e do soldo das praças, das perdas de soldo por faltas disciplinares, contribuições em atraso, joia, donativos particulares ou legados e juros do capital constituído” (COTTA, 2014, p. 122-123).

Em 1913, por meio da Lei nº 597, de 30 de agosto, foi fundado o Hospital Militar da Força Pública de Minas, seu primeiro comandante foi o Major Médico Benjamin Targini Moss. O hospital atendia os militares da ativa, dependentes e reformados, inclusive militares do Exército Nacional⁶⁰.

A década de 1930 demonstrou a relevância do Serviço de Saúde da Força Pública de Minas, especialmente quando dos embates entre soldados paulistas e mineiros nos combates que ocorreram em 1932 na Serra da Mantiqueira. De acordo com o relatório de campanha do Coronel Lery, o serviço de saúde foi o mais eficiente possível. Era constituído de um Trem Hospital, que chegou em Manacá nos últimos dias do mês de julho, fixando-se próximo ao Estado-Maior da Brigada Sul. Possuía: instalação radiológica completa, carro de alta cirurgia e sala de assepsia, como também sala do Diretor - inicialmente o Capitão Dr. Carlos Alberto Quadros; carro dormitório transformado em enfermaria com vinte leitos; carro de pequenas cirurgias com consultório médico; sala de curativos de pequenas cirurgias, gabinete dentário e secretaria de Intendência; carro restaurante; carro farmácia com medicamentos; carro de carga e, finalmente uma prancha para a condução do *auto-ambulância*⁶¹.

Por seu turno, o Major Chefe do Serviço de Saúde do Setor do Túnel foi realista ao afirmar que o número de feridos e mortos foi de tal montante que trouxe atropelo e desorganização na assistência, o que teria motivado a deliberação do Chefe do Serviço

⁶⁰ Em 1978, por meio da lei 7.290 a Caixa Beneficente se transformou em autarquia, passando a receber contribuição obrigatória mensal do Estado e passou a assumir, além dos auxílios e pecúlios, os encargos da assistência à Saúde da PMMG. Em 1990, a PMMG assumiu o gerenciamento do sistema, buscando maior eficiência por meio da criação do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais, pela Lei Estadual nº 10.366, de 28 de dezembro de 1990.

⁶¹ OFÍCIO de apresentação do Capitão Diretor do Trem Hospital -Manacá. Serviço de Saúde da Força Pública de Minas Gerais. Nº 01, Belo Horizonte, 27 de julho de 1932.

de Saúde da Força Pública de enviar para aquele setor um oficial médico com poderes para dar a necessária organização ao Serviço Sanitário. A Santa Casa de Passa Quatro, situada seis quilômetros à retaguarda do Trem Hospital, foi a primeira instituição a prestar socorros aos soldados mineiros. Inicialmente, faltavam leitos; entretanto, gradativamente as necessidades logísticas foram supridas.

A longa permanência nas trincheiras, o frio, a umidade e a alimentação inadequada trouxeram inúmeros casos de gripe, bronquites reumatismo e disenteria. No período de 17 de julho à 31 de agosto, baixaram 1.016 homens, sendo 214 feridos e 802 doentes. Neste mesmo período tivemos três oficiais e 39 praças mortos em combate. Sobre as enfermidades sofridas pelos soldados mineiros, relevante é o relatório apresentado pelo Capitão médico Dr Dilermando Martins. Mesmo que relacionado ao efetivo do 2º Batalhão de Infantaria, traduz a situação da maioria dos combatentes nas trincheiras da Mantiqueira⁶² (Quadro 2).

Quadro 2 - Enfermidades dos soldados do 2º Batalhão de Infantaria – 1932.

Nº de pacientes	Tipo de enfermidade
34	Gripe
18	Desinteria
13	Ferimentos
9	Cancro ⁶³
7	Reumatismo ⁶⁴
3	Pithiatismo ⁶⁵
2	Queimadura

Fonte: Relatório do Capitão médico Dr. Dilermando Martins da Costa Cruz Filho. Juiz de Fora. 28 de outubro de 1932. Documentos avulsos. Arquivo do Museu da PMMG.

⁶² Os boletins gerais da Força Pública trazem inúmeros casos de militares da Brigada Sul acometidos por enfermidades como bronquite aguda, fadiga e sarna. Boletins Gerais da Força Pública período de julho a setembro de 1932. Documentos avulsos. Arquivo do Museu Histórico da Polícia Militar de Minas Gerais.

⁶³ Cancro - designação genérica de todos os tumores malignos.

⁶⁴ Reumatismo - afecções que se acompanham de dores nos músculos, nas articulações e nos tendões.

⁶⁵ Pithiatismo - neurose funcional em que o doente exagera os sintomas por sugestão e deixa de senti-los pela persuasão.

Em setembro, o Hospital Militar publicou a relação dos oficiais e praças que, vindos do *front*, continuavam baixados naquele nosocômio. A maioria dos convalescentes provinham do setor do Túnel da Mantiqueira (Quadro 3).

Quadro 3 - Oficiais e praças baixados no Hospital Militar - Setembro de 1932.

Nº de convalescentes	Cidade de Origem
34	Passa Quatro
8	São Lourenço
5	Varginha
3	Manacá
13	Caxambú
3	Três Corações
1	Itajubá

Fonte: Hospital Militar FPMG. Belo Horizonte, 1 de setembro de 1932.AMHPMMG.

Nota: quadro elaborado a partir das informações dos dados do Hospital Militar.

Os oficiais médicos e seus auxiliares visitavam diariamente as trincheiras. Tinham uma dupla jornada: ora estavam nas barracas, ora nas linhas de frente. Os feridos eram encaminhados, de acordo com a gravidade, para o Trem Hospital, para a Santa Casa de Passa Quatro e para o Hospital Militar de Belo Horizonte. O Trem Hospital produziu 54 operações, com 51 feridos registrados. No dia em que o Chefe do Serviço de Saúde chegou de Belo Horizonte pode observar sete laparotomias, sendo cinco por projéteis, uma por ferimento perfuro-cortante e outra por apendicite. Dessas, quatro foram praticadas pelo Capitão Juscelino Kubitschek. Em seu relatório final, o Tenente-Coronel Magalhães Goés, Chefe do Serviço de Saúde da Força Pública, teceu os seguintes elogios ao Capitão Juscelino Kubitschek:

Cirurgião do Hospital de Passa-Quatro - temperamento de eslavo, calmo, modestíssimo, em extremo disciplinado, resistência de aço para, num só dia, socorrer mais de 40 feridos, sem se esfaltar, foi a grande revelação do Serviço de Saúde. Mostrou-se um ótimo cirurgião, um improvisador de meios para uma boa assistência aos grandes feridos de guerra, com impecável educação, inteligência e maneira discreta. O seu elogio pode ser resumido, transportando-se para aqui o pedido dos oficiais do Exército que,

ao partirem para a frente, solicitavam terem-no como cirurgião, no caso de ferimento em combate⁶⁶.

As exigências sociais, econômicas e culturais de meados do século XX, com seu acelerado processo de urbanização, transformou o Exército Estadual de Minas, a Força Pública, em Polícia Militar (1946). Seu Serviço Médico se aperfeiçoou ampliando as especialidades, a rede de prestação de serviços e a qualidade no atendimento. Consolidou-se no século XX um Quadro de Oficiais de Saúde, que se tornou referência para outras unidades da federação.

Hoje, com o aprimoramento do advento do Planejamento e Gestão Estratégica aplicados à área de Saúde, torna-se imperioso conhecer a fundo as realidades dos diversos sistemas e não de forma diferente no contexto militar. Desta forma, detectou-se a necessidade de descrever como as Leis de Efetivo das Forças Armadas e do Estados da Federação preveem seus Quadros de Saúde de forma a demonstrar um panorama baseado em um diagnóstico comparativo dos recursos humanos previstos buscando compreender essa dimensão em nível nacional e, assim, subsidiar futuras tomadas de decisões com bases técnicas e científicas.

Os Quadros dos Oficiais de Saúde das instituições militares em perspectiva comparada

Na busca dos dados para a construção dos quadros que serão apresentados realizou-se pesquisa por meio do endereço eletrônico de busca Google® sobre as Leis de Efetivo das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica) e das Polícias Militares dos Estados da Federação. Os dados referentes aos quadros após coletados foram tabelados, descritos e analisados na seção seguinte. Ao se apresentar os quadros de saúde das instituições militares, optou-se por descrever inicialmente as forças armadas por meio da análise das leis de efetivo respectivas, e da coleta de dados que foram tabelados, analisados e discutidos.

⁶⁶ BOLETIM do Estado Maior. Força Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 28/9/32. Arquivo do Museu Histórico da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. Documentos avulsos.

Na Tabela 1 descreve-se a distribuição das categorias e postos da Marinha de acordo com o Decreto nº 9.633 que distribui o seu efetivo (BRASIL, 2018a). O efetivo total previsto é de 64.694 militares. Em relação aos oficiais de saúde, os profissionais médicos alcançam o 3º e 4º postos mais importantes do quadro (Vice-Almirante e Contra-Almirante). As demais categorias são classificadas a partir do posto de Capitão de Mar e Guerra. O quadro de apoio à saúde conta com profissionais de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição num total de 360 oficiais. A categoria de médicos soma 844 e a de dentistas 324 oficiais. Trata-se do quadro de oficiais efetivos. A Marinha conta também com um quadro de oficiais temporários que não foi descrito neste trabalho.

Tabela 1 - Distribuição dos Quadros de Saúde da Marinha.

MARINHA - (EFETIVO TOTAL: 64.694) – 2018

	Médicos	Dentistas	Quadro de Apoio à Saúde
ALMIRANTE	0	0	0
ALMIRANTE DE ESQUADRA	0	0	0
VICE-ALMIRANTE	1	0	0
CONTRA-ALMIRANTE	4	0	0
CAPITÃO DE MAR E GUERRA	65	12	22
CAPITÃO DE FRAGATA	109	59	55
CAPITÃO DE CORVETA	165	69	68
CAPITÃO-TENENTE	158	105	140
1º TEN	347	79	75
2º TEN	0	0	0
TOTAL	844	324	360

Fonte: Decreto nº 9.633 (BRASIL, 2018a).

Nota: Quadro de Apoio à Saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição.

Na Tabela 2 descreve-se a distribuição dos profissionais de saúde segundo as patentes e categorias de acordo com o Decreto nº 9.632 que distribui o efetivo do Exército Brasileiro (BRASIL, 2018b). O efetivo total previsto é de 222.234 militares. A categoria dos médicos alcança o 2º e 3º postos mais importantes do quadro (General de Divisão). Os dentistas e farmacêuticos são distribuídos a partir do posto de Coronel. No total são previstos 1154 médicos, 334 dentistas e 217 farmacêuticos. Trata-se do quadro de oficiais efetivos. O exército conta com um quadro de oficiais temporários que não é descrito neste artigo.

Tabela 2 - Distribuição dos Quadros de Saúde do Exército Brasileiro.

EXÉRCITO (EFETIVO TOTAL: 222.234) – 2018

	Médicos	Dentistas	Farmacêuticos
GAL DE EXÉRCITO	0	0	0
GAL DE DIVISÃO	1	0	0
GAL DE BRIGADA	4	0	0
CEL	94	19	16
TEN CEL	76	32	33
MAJ	216	68	60
CAP	410	148	76
1º TEN	358	67	32
2º TEN	0	0	0
TOTAL	1154	334	217

Fonte: Decreto nº 9.632 (BRASIL, 2018b).

Na tabela 3 descreve-se a distribuição as categorias e postos dos oficiais de saúde da aeronáutica de acordo com o Decreto nº 9.634 (BRASIL, 2018c). O efetivo total previsto é de 80.937 militares. Em relação aos oficiais de saúde, os médicos alcançam o 2º e 3º postos mais importantes do quadro oficiais (Major Brigadeiro e Brigadeiro), perfazendo um total de 1096 oficiais. Os dentistas e farmacêuticos são classificados a partir do posto de Coronel, perfazendo um total de 424 e 186 oficiais, respectivamente. Trata-se do quadro de oficiais efetivos. O exército conta com um quadro de oficiais temporários que não é descrito neste trabalho.

Tabela 3 - Distribuição dos Quadros de Saúde da Aeronáutica.

AERONÁUTICA (EFETIVO TOTAL: 80.937) – 2018

	Médicos	Dentistas	Farmacêuticos
TENENTE BRIGADEIRO	0	0	0
MAJOR BRIGADEIRO	1	0	0
BRIGADEIRO	5	0	0
CEL	36	16	10
TEN CEL	120	48	21
MAJ	210	80	40
CAPITÃO	360	140	50
1º TEN	370	140	65
2º TEN	0	0	0
TOTAL	1096	424	186

Fonte: Decreto nº 9.634 (BRASIL, 2018c)

Encerradas as apresentações das Forças Armadas, serão apresentados os dados das forças militares dos estados iniciando pela região sudeste. A tabela 4 mostra a distribuição dos quadros de acordo com a previsão das Leis de Efetivo.

O Estado de Minas Gerais prevê em sua legislação um efetivo total de 51.669 policiais e 7.999 bombeiros militares. O Estado possui um quadro único de Oficiais de Saúde (médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e veterinários) tanto para policiais quanto para bombeiros militares (MINAS GERAIS, 2016). A Polícia Militar mineira prevê um posto de Coronel de Saúde e na distribuição nos demais postos somam-se 750 Oficiais. O Corpo de Bombeiros mineiro prevê também um Coronel de Saúde e na distribuição dos demais postos somam-se 65 Oficiais.

A Polícia Militar de São Paulo possui em sua Lei de Efetivo a previsão de 93.799 policiais. O Quadro de Saúde é dividido por categoria profissional. O Quadro de Médicos prevê um posto de Coronel e 5 Tenentes-Coronéis. O Quadro de Dentistas prevê um Tenente-Coronel. O quadro de Farmacêuticos e Veterinários prevê como o maior posto o de Major. Na soma dos postos e categorias perfaz-se um total de 481 Oficiais de Saúde (SÃO PAULO, 2013). Os Bombeiros Militares não contam com o Quadro de Oficiais de Saúde.

No Estado do Rio de Janeiro, a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar possuem um efetivo total de 60.471 e 23.450 militares, respectivamente. Os Quadros de Saúde de ambos são os mais numerosos dentre todos os Estados da Federação. Nas duas instituições há quadros diferenciados (médicos, dentista, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais). Na Polícia Militar, o posto de Coronel de Saúde é previsto apenas para as categorias de Médicos (6) e Dentistas (2). Os demais postos e categorias perfazem um total de 512 Oficiais (RIO DE JANEIRO, 2009). No Corpo de Bombeiros, o posto de Coronel também é previsto apenas para as categorias de Médicos (11) e Dentistas (6). Os demais postos e categorias perfazem um total previsto de 3.868 Oficiais de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2007). Este é certamente o maior quadro de Saúde do Brasil.

No Estado do Espírito Santo o efetivo total previsto em Lei é de 9.791 policiais militares e 1.800 bombeiros militares. Os Quadros de Saúde são distintos de acordo com as categorias profissionais. Na Polícia Militar prevê-se oficiais médicos, dentistas, farmacêuticos e veterinários num total de 117 Oficiais. O posto de Coronel em número de cinco é previsto para as categorias de médicos (2), dentistas (2) e farmacêuticos (1). De forma original, há previsão de um Quadro de Oficiais de Administração de Saúde - QOAS com previsão de um Capitão e cinco Tenentes (ESPÍRITO SANTO, 2010). No Corpo de

Bombeiros Militar prevê-se apenas Oficiais Médicos e Dentistas, sendo que o maior posto previsto é de um Coronel de Saúde para o Quadro de Médicos (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Tabela 4 - Distribuição dos Quadros de Saúde PM/BM da Região Sudeste.

REGIÃO SUDESTE								
ESTADO	MINAS GERAIS		SÃO PAULO		RIO DE JANEIRO		ESPÍRITO SANTO	
Efetivo Total	51.669	7.999	93.799		60.471	23.450	9.791	1.800
FORÇA	PM	BM	PM*	BM	PM**	BM**	PM***	BM
CEL	1	1	1	0	8	17	5	1
TEN CEL	80	4	10	0	71	76	7	2
MAJ	135	5	31	0	255	233	12	2
CAP	65	18	103	0	512	683	27	2
1º TEN	225	22	336	0	846	2251	66	2
2º TEN	244	15	0	0	0	608	0	2
TOTAL	750	65	481	0	1692	3868	117	11

Fonte: Leis de Efetivo (MINAS GERAIS, 2016); (SÃO PAULO, 2013); (RIO DE JANEIRO, 2007); (RIO DE JANEIRO, 2009); (ESPÍRITO SANTO, 2010); (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Nota: * Quadros diferenciados (médicos, dentistas, farmacêuticos e veterinários).

** Quadros diferenciados (médicos, dentistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais).

*** Possui QOAS (Quadro de Oficiais de Administração de Saúde - Cap/Ten). Quadros diferenciados (Médicos, Dentistas, Farmacêuticos e Veterinários).

A Região Sul composta pelos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul é descrita na Tabela 5. A Polícia Militar do Paraná tem em sua Lei de Efetivo a previsão de 26.747 militares entre policiais e bombeiros (força única). O Quadro de Saúde é diferenciado por categoria profissional (médicos, dentistas, bioquímicos e veterinários). Há previsão de 2 Coronéis (um médico e um dentista). Os bioquímicos alcançam o posto máximo de Major e os Veterinários o posto máximo de Capitão. As categorias somadas têm uma previsão de 78 Oficiais (PARANÁ, 2015).

O Estado de Santa Catarina possui Lei de Efetivo que prevê 20.308 policiais militares e 3.815 bombeiros militares. O Quadro de Saúde da Polícia Militar prevê apenas oficiais médicos e dentistas em quadros separados. Ambas profissões atingem o posto máximo de Tenente-Coronel (um em cada categoria) e totalizam 71 Oficiais (SANTA CATARINA, 2008). O quadro de Oficiais de Saúde do Corpo de Bombeiros prevê apenas médicos num total de 9 profissionais que atingem o posto máximo de Capitão (SANTA CATARINA, 2017).

O Estado do Rio Grande do Sul possui apenas o Quadro de Saúde da Polícia Militar e que presta atenção à saúde também aos bombeiros militares. O efetivo total previsto para a Instituição é de 37.050 militares. A previsão de oficiais de saúde soma 123 dentre médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e veterinário que formam um quadro único. O posto máximo é de Coronel e pode, em tese, ser exercido por qualquer uma das categorias (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Tabela 5 – Distribuição dos Quadros de Saúde PM/BM da Região Sul.

REGIÃO SUL					
ESTADO	PARANÁ	SANTA CATARINA		RIO GRANDE DO SUL	
EFETIVO TOTAL	26747	20308	3815	37050	4101
FORÇA	PM/BM*	PM**	BM***	PM/BM	
CEL	2	0	0	1	0
TEN CEL	9	2	0	6	0
MAJ	14	8	0	17	0
CAP	18	16	3	99	0
1º TEN	35	19	3	0	0
2º TEN	0	26	3	0	0
TOTAL	78	71	9	123	0

Fonte: Leis de efetivo (PARANÁ, 2015); (SANTA CATARINA, 2008); (SANTA CATARINA, 2017); (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Nota: * Quadros diferenciados (médicos, dentista, bioquímicos e veterinários)

** Quadros de Médicos e Dentistas

*** Apenas médicos

A Região Centro-Oeste, composta pelos Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal tem a distribuição dos Quadros de Saúde representada na Tabela 6.

O Estado de Goiás possui um efetivo total previsto de 30.741 policiais militares e 4.988 bombeiros militares. Os quadros de saúde da Polícia Militar são diferenciados por categorias profissionais entre médicos, dentistas, psicólogos e multiprofissional, totalizando 427 Oficiais. O quadro de saúde dos Bombeiros se restringe a médicos e dentistas (também separados), num total de 94 Oficiais. Em ambas as Instituições o posto máximo previsto para ambas as categorias é de Coronel (um médico e um dentista) (GOIÁS, 2010, 2012).

O Estado do Mato Grosso possui um efetivo total previsto de 11.400 policiais e 3.908 bombeiros militares. A Polícia Militar possui um quadro único de saúde totalizando 87 Oficiais (apenas médicos e dentistas), sendo que o posto máximo previsto é de Coronel (um médico e um dentista). O quadro de saúde do Corpo de Bombeiros prevê apenas a categoria de médicos num total de 40 militares. O posto máximo previsto é de Tenente-Coronel (MATO GROSSO, 2014a e b).

O Distrito Federal possui previsão em sua Lei de Efetivo de um total de 18.673 policiais e 9.703 bombeiros militares. O Quadro de Saúde da Polícia Militar prevê uma soma de 168 Oficiais dentre as categorias distintas de médicos, dentistas e veterinários. O Quadro de Saúde do Corpo de Bombeiros prevê apenas médicos e dentistas num total de 263 Oficiais. Em ambas as forças o posto de maior patente prevista é de Coronel, sendo um médico e um dentista no Corpo de Bombeiros e dois médicos e um dentista na Polícia Militar (BRASÍLIA, 2009).

O Estado do Mato Grosso do Sul possui em sua Lei de Efetivo a previsão de 7.529 policiais e 1.809 bombeiros militares. O Quadro de Saúde possui um total de 18 Oficiais sendo prevista a maior patente como a de Tenente-Coronel. Não há descrição das categorias que compõem este Quadro. O Quadro de Saúde dos Bombeiros é extremamente reduzido e prevê apenas 2 médicos com a patente de 1º Tenente (MATO GROSSO DO SUL, 1990).

Tabela 6 – Distribuição dos Quadros de Saúde PM/BM da Região Centro-Oeste

REGIÃO CENTRO-OESTE								
ESTADO	GOIÁS		MATO GROSSO		DISTRITO FEDERAL		MATO GROSSO DO SUL	
	EFETIVO TOTAL	30741	4988	11400	3908	18673	9703	7529
FORÇA	PM*	BM**	PM**	BM***	PM****	BM*****	PM	BM***
CEL	2	2	2	0	3	2	0	0
TEN CEL	18	6	30	8	11	11	1	0
MAJ	42	10			29	52	2	0
CAP	77	20	25	12	56	74	3	0
1º TEN	133	28			28	61	12	2
2ºTEN	155	28	30	20	41	63	0	0
TOTAL	427	94	87	40	168	263	18	2

Fonte: Leis de Efetivo (GOIÁS, 2010); (GOIÁS, 2012); (MATO GROSSO, 2014 a e b); (BRASÍLIA, 2009); (MATO GROSSO DO SUL, 1990).

Nota: * Quadros diferenciados (médicos, dentistas, psicólogos e multiprofissional)

** Quadros diferenciados de médicos e dentistas

*** Somente médicos

**** Quadros diferenciados (médicos, dentistas e veterinários)

***** Quadros diferenciados (médicos e dentistas)

A Região Norte compreendida pelos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Tocantins, Amapá e Pará tem a distribuição dos Quadros de Saúde representada na Tabela 7.

O Estado de Rondônia possui previsão em sua Lei de Efetivo de 8.364 policiais e 2.286 bombeiros militares. O Quadro de Saúde é apenas previsto para a Polícia Militar. Trata-se de um quadro único, multiprofissional (médicos, dentistas, psicólogos e assistente social) com a previsão de 113 Oficiais, sendo 2 ao posto máximo de Coronel (RONDÔNIA, 2018).

O Estado do Acre tem em sua Lei de Efetivo a previsão de 4.734 policiais e 1.765 bombeiros militares. O Quadro de Saúde da Polícia Militar, único, prevê um total de 27 Oficiais, sendo previsto um Coronel (ACRE, 2000), enquanto o Quadro de Saúde do Corpo de Bombeiros, também único, prevê um total de 14 Oficiais, sendo um Coronel (ACRE, 2008).

O Estado de Roraima possui em sua Lei de Efetivo a previsão de 3.500 policiais e 1.388 bombeiros militares. O Quadro de Saúde da Polícia Militar e dos Bombeiros Militares, ambos quadros únicos, possuem uma previsão total de 30 e 22 Oficiais respectivamente. O posto de Coronel apenas é previsto para a Polícia Militar (RORAIMA, 2018a) (RORAIMA, 2018b).

A Polícia Militar do Amapá possui em sua Lei de Efetivo a previsão de 7.932 homens, enquanto o Corpo de Bombeiros prevê 2.920. Em relação ao Quadro de Saúde, único, a Polícia Militar consta em sua previsão uma soma de 47 Oficiais de diversas categorias, sendo um Coronel como posto máximo. O Corpo de Bombeiros conta com um quadro único e multiprofissional, totalizando 40 oficiais, sendo o número de três coronéis como previsão ao posto máximo (AMAPÁ, 2017) (AMAPÁ, 2018).

O Estado do Pará possui em sua Lei de Efetivo a previsão de 31.757 policiais e 4984 bombeiros militares. Em relação aos Quadros de Saúde, a Polícia Militar possui um quadro multiprofissional e distinto (médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, veterinários, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos) totalizando uma previsão de 303 oficiais. O posto de Coronel prevê duas vagas, sendo uma destinada à categoria de médicos e a outra podendo ser ocupada pelos oficiais das demais categorias. Há um quadro de saúde complementar que prevê oficiais psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais (PARÁ, 2006). O Corpo de Bombeiros prevê apenas as categorias distintas de médicos e dentistas totalizando 34 oficiais, sendo previstos dois postos de Coronel por categoria (PARÁ, 2010).

Não foram encontrados nas Leis de Efetivo os dados relativos aos Quadros de Saúde da PM e BM dos Estados do Amazonas e Tocantins.

Tabela 7 - Distribuição dos Quadros de Saúde PM/BM da Região Norte.

REGIÃO NORTE														
ESTADO	RO		AC		AM		RR		TO		AP		PA	
EFETIVO TOTAL	8364	2286	4734	1765	15000	4483	3500	1388	9000	1772	7932	2920	31757	4984
FORÇA	PM	BM*	PM	BM	PM	BM	PM	BM	PM	BM	PM	BM**	PM***	BM****
CEL	2	0	1	1	-	-	1	0	-	-	1	3	2	4
TEN CEL	10	0	2	1	-	-	1	1	-	-	3	6	21	7
MAJ	21	0	4	3	-	-	4	2	-	-	8	20	45	5
CAP	36	0	5	3	-	-	6	5	-	-	8	40	69	8
1º TEM	44	0	6	3	-	-	8	7	-	-	12	40	77	10
2º TEN	0	0	9	3	-	-	10	7	-	-	15	40	89	0
TOTAL	113	0	27	14	-	-	30	22	0	0	47	149	303	34

Fonte: Leis de Efetivo (RONDÔNIA, 2018); (ACRE, 2008); (ACRE, 2000); (RORAIMA, 2018a); (RORAIMA, 2018b); (AMAPÁ, 2017); (AMAPÁ, 2018)

Nota: * Não possui Quadro de Saúde

** Quadro único (Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Farmacêuticos e Fisioterapeutas).

*** Quadro de Oficiais de Saúde (QOSPM), constituído de oficiais médicos, dentistas, farmacêuticos, veterinários, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos; Psicólogos, Assistentes Sociais e Terapeutas Ocupacionais - Quadro de Oficiais Complementares.

**** Quadros separados de médicos e dentistas.

A distribuição dos quadros de saúde da região nordeste para melhor exposição dos dados foi descrita em duas tabelas. A Tabela 8 refere-se aos Estados da Bahia, Sergipe, Alagoas e Paraíba e a Tabela 9 refere-se aos dados dos Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhão e Piauí.

Descrevem-se inicialmente na Tabela 8 os dados do Estado da Bahia que, em sua Lei de Efetivo, prevê um contingente de 44.392 militares dentre policiais e bombeiros (força única). O quadro único de saúde prevê um total somente de médicos e dentistas. O posto inicial de carreira é 2º Tenente e são previstos dois Coronéis de Saúde (BAHIA, 2005).

Os Estados do Sergipe e da Paraíba não preveem em suas Leis de Efetivo o Quadro de Saúde para o Corpo de Bombeiros. A Polícia Militar sergipana, com um efetivo total previsto de 6.565 militares, prevê um Quadro de Saúde separado para médicos, dentistas

e veterinários em um total de 48 militares, sendo dois no posto de Coronel, um médico e um dentista. Os veterinários alcançam apenas o posto máximo de Major (SERGIPE, 2014). Enquanto o Estado da Paraíba, com efetivo total de 15.965 militares, prevê um quadro único, não especificando as categorias, de 177 Oficiais de Saúde, sendo três no posto de Coronel (PARAÍBA, 2002).

O Estado do Alagoas possui em sua Lei de Efetivo uma previsão de 16.200 policiais e 2.823 bombeiros militares. O Quadro de Saúde da Polícia Militar, unificado, prevê um total de 146 Oficiais (médicos, dentistas, farmacêuticos, veterinários, fisioterapeutas, enfermeiros, laboratoristas e psicólogos), sendo previsto ao posto máximo dois Coronéis. No Corpo de Bombeiros, o quadro é diferenciado por categoria (médicos, dentistas e enfermeiros) em um total de 54 Oficiais e apenas um Coronel dentre os médicos (ALAGOAS, 2003, 2012).

Tabela 8 - Distribuição dos Quadros de Saúde PM/BM da Região Nordeste – BA, SE, AL, PB.

NORDESTE							
ESTADO	BAHIA	SERGIPE		ALAGOAS		PARAÍBA	
EFETIVO TOTAL	44392	6565	1193	16200	2823	15965	2995
FORÇA	PM*/BM	PM**	BM	PM***	BM****	PM*****	BM
CEL	2	2	0	2	1	3	0
TEN CEL	5	4	0	8	3	7	0
MAJ	9	7	0	10	6	17	0
CAP	19	17	0	30	10	36	0
1º TEN	137	18	0	16	16	48	0
2ºTEN	0		0	80	18	66	0
TOTAL	172	48	0	146	54	177	0

Fonte: ALAGOAS, 2003, 2012; BAHIA, 2005; PARAÍBA, 2002; SERGIPE, 2014.

Nota: * PM/BM Unificadas. Quadro de Saúde passou a ser extinto a partir da vacância dos cargos (1998). Em 2005 foi novamente previsto e sofreu reestruturação (Quadro de Médicos e Dentistas)

** Quadros separados (médicos, dentistas e veterinários)

*** Quadro unificado (médicos, dentistas, farmacêuticos, veterinários, fisioterapeutas, enfermeiros, laboratoristas e psicólogos)

**** Quadros separados (médicos, enfermeiros e dentistas)

***** Quadro unificado

Na Tabela 9 foram organizados os dados referentes aos demais Estados da região nordestina (PE, RN, MA e PI).

O Estado de Pernambuco, com um efetivo total previsto de 26.219 policiais e 4.944 bombeiros, possui em sua Lei de Efetivo apenas o Quadro de Saúde da Polícia Militar. Trata-se de um Quadro dividido segundo as categorias profissionais (médicos, dentistas, farmacêuticos e veterinários) que somam 297 Oficiais. O posto de Coronel, em número de oito, é previsto para as categorias de médicos (três), dentistas (dois), farmacêuticos (um) e veterinários (um) (PERNAMBUCO, 2009).

O Estado do Rio Grande do Norte possui um efetivo previsto de 13.466 policiais e 1.605 bombeiros militares. O Quadro de Saúde da Polícia Militar, com um total de 180 Oficiais, é previsto separado por categorias de médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e Oficiais de Apoio (Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogos, Veterinários e Biomédicos). O posto de Coronel é previsto para a categoria de médicos (um) e dentistas (um) (RIO GRANDE DO NORTE, 2009). O Corpo de Bombeiros possui um quadro reduzido de apenas 7 profissionais, único, sendo que a Lei não especifica quais as especialidades previstas e o maior posto previsto é o de Major (RIO GRANDE DO NORTE, 2002).

O Estado do Piauí prevê um efetivo total de 8.911 policiais e 1.195 bombeiros militares. A Polícia Militar piauiense prevê um Quadro de Saúde separado (médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos). O maior posto previsto no quadro é de um Coronel, restrito ao quadro de médico. Os veterinários possuem um quadro à parte (sendo apenas 2 oficiais, sendo um Cap e um 1º Ten) (PIAÚÍ, 2006). O Corpo de Bombeiros tem a previsão de um Quadro de Saúde único, com um total de 12 Oficiais, sendo que o posto máximo previsto é para um Tenente-Coronel. A Lei de Efetivo não discrimina as especialidades (PIAÚÍ, 2005).

Não foram encontrados nas Leis de Efetivo os dados relativos aos Quadros de Saúde da PM e BM do Estado do Maranhão.

Tabela 9 - Distribuição dos Quadros de Saúde PM/BM da Região Nordeste – PE, RN, MA, PI.

NORDESTE								
ESTADO	PERNAMBUCO		RIO GRANDE DO NORTE		MARANHÃO		PIAUI	
EFETIVO TOTAL	26865	4944	13466	1605			8911	1195
FORÇA	PM*	BM	PM**	BM	PM	BM	PM***	BM
CEL	7	0	2	0	-	-	1	0
TEN CEL	23	0	11	0	-	-	4	1
MAJ	30	0	17	1	-	-	9	1
CAP	51	0	31	2	-	-	18	2
1º TEN	92	0	39	2	-	-	37	2
2º TEN	94	0	79	2	-	-	0	6
TOTAL	297	0	180	7	-	-	69	12

Fonte: (PERNAMBUCO, 2009); (RIO GRANDE DO NORTE, 2002); (RIO GRANDE DO NORTE, 2009)

Nota: * Quadros separados (médicos, dentistas, farmacêuticos e veterinários)

** Quadros separados de médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e Oficiais de Apoio (Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogos, Veterinários e Biomédicos).

*** Quadros separados (médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos). Os veterinários possuem um quadro à parte (2 oficiais apenas, sendo um Cap e um 1º Ten).

Este estudo baseou-se nas Leis de Efetivo, portanto a previsão legal de cada Força em cada Estado. Essa previsão, entretanto, não reflete a realidade do efetivo existente. Dessa forma, futuros trabalhos devem escrutinar esses dados para que se tenha uma comparação entre os números previstos e efetivamente existentes.

Em todas as Leis de Efetivo das Polícias Militares pôde-se verificar a previsão do Quadro de Oficiais de Saúde. Alguns Estados da Federação ainda contam com uma Força única (PM/BM) como a Bahia e o Paraná e da mesma forma possuem também Quadros de Saúde unificados.

Em alguns Estados, o Corpo de Bombeiros não possui Quadro de Saúde como nos Estados de São Paulo, Sergipe e Pernambuco.

Em todas as instituições em que há a presença dos Oficiais de Saúde, a categoria dos médicos é prevista. Em alguns casos eles são os únicos profissionais existentes como no Corpo de Bombeiros do Mato Grosso do Sul e do Mato Grosso.

A categoria dos dentistas é bastante prevalente e prevista na maioria dos quadros. As demais categorias prevalentes são: farmacêuticos (bioquímicos), enfermeiros e veterinários.

Algumas categorias são menos presentes nas previsões dos efetivos como: psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e fonoaudiólogos.

Há estados que preveem quadros multiprofissionais e complementares como por exemplo o Pará onde são previstos psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas.

As categorias de início de carreira na maioria dos estados se faz no Posto de 1º ou 2º Ten. Algumas exceções preveem a entrada no Posto de Capitão, a exemplo do Estado do Rio Grande do Sul.

Em relação às Forças Armadas, as mais altas patentes são previstas apenas para a categoria dos médicos. Os dentistas e farmacêuticos alcançam a patente máxima de Coronel. Há nas Forças Armadas a presença da Quadro de Oficiais Temporários que não foi descrita neste estudo.

A maioria das polícias e corpos de bombeiros preveem o posto de Coronel de Saúde. Sendo que predominam o acesso a esses postos para a categoria dos médicos, seguido dos dentistas e farmacêuticos. Algumas instituições preveem apenas o posto máximo para a Saúde sendo o de Tenente-Coronel (Santa Catarina e Mato Grosso do Sul) ou Major (Corpo de Bombeiros do Rio Grande do Norte).

As Forças Armadas e a maioria dos estados classificam os Quadros de Saúde divididos de acordo com a categoria profissional. No entanto, existem vários exemplos de Quadros únicos como Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia, Alagoas (PM), Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Acre e Roraima.

De forma original, o Estado do Espírito Santo prevê o Quadro de Oficiais de Administração de Saúde, restrito a Capitães e Tenentes.

Considerações finais

A constituição dos Quadros de Oficiais de Saúde se insere num processo de longa duração histórica, revestido de importância estratégica. Tal área deve ser alvo da atenção dos gestores e/ou comandantes militares nos diversos níveis, pois se constitui causa de sucesso nas organizações, especialmente daquelas de caráter militar.

A previsão dos Quadros de Oficiais de Saúde nas Leis de Efetivo de todas as armas das Forças Armadas, de todas as Polícias Militares Estaduais e na grande maioria dos Corpos de Bombeiros demonstram a importância do seu papel nestas instituições.

A categoria dos médicos é presente em todos os estados onde há quadros de saúde, em alguns casos é a única categoria prevista.

A categoria de cirurgiões-dentistas é prevista na maioria dos quadros, seguida dos farmacêuticos (bioquímicos), enfermeiros e veterinários.

As demais categorias também são previstas, porém em menor escala e algumas vezes em quadros complementares como: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Outros estudos devem ser feitos para comparar as Leis de Efetivo (previsão) com o número de profissionais existentes na ativa dentro dos Quadros de Oficiais de Saúde (previsão/claros).

Referências

ACRE. **Lei nº 1.350, de 29 de dezembro de 2000.** Fixa o efetivo do Quadro de Saúde da Polícia Militar do Estado do Acre e dá outras providências. Rio Branco: Assembleia Legislativa, 2000. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei1350.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

ACRE. **Lei nº 2.010, de 2 de julho de 2008.** Fixa o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Acre – CBMAC. Rio Branco: Assembleia Legislativa, 2008. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei2010.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

ALAGOAS. **Lei nº 6.400, de 15 de agosto de 2003.** Dispõe sobre a fixação do efetivo da Polícia Militar do Estado de Alagoas e dá outras providências. Maceió: Assembleia Legislativa, 2003. Disponível em: <https://sistemas.pm.al.gov.br/sistemas/public/sislegis/publico/download/id/68/param/2/set/2/get/61591689/dist/1539976237>. Acesso em: 12 set. 2019.

ALAGOAS. **Lei nº 7.359, de 11 de junho de 2012.** Fixa o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Alagoas e dá outras providências. Maceió: Assembleia Legislativa, 2012. Disponível em: http://www.infraestrutura.al.gov.br/atos-publicos/atos-publicos-2013/08-julho/DOE_AL_14_08_2013.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

AMAPÁ. **Lei complementar nº 105, de 22 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a Organização da Polícia Militar do Estado do Amapá e dá outras providências. Macapá: Assembleia Legislativa, 2017. Disponível em: <https://pm.portal.ap.gov.br/conteudo/institucional/organizacao>. Acesso em: 17 set. 2019.

AMAPÁ. **Lei complementar nº 111, de 09 de abril de 2018.** Dispõe sobre a Organização Básica e Fixação do Efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Amapá e dá outras providências. Macapá: Assembleia Legislativa, 2018. Disponível em: http://www.al.ap.gov.br/ver_texto_lei.php?iddocumento=87611. Acesso em: 17 set. 2019.

BAHIA. **Lei nº 9.848, de 29 de dezembro de 2005.** Reorganiza a Polícia Militar da Bahia, dispõe sobre o seu efetivo e dá outras providências. Salvador: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85800/lei-9848-05>. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.320, de 6 de julho de 2006.** Fixa os efetivos do Comando da Aeronáutica em tempo de paz e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.320-2006. Acesso em: 9 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.633, de 26 de dezembro de 2018.** Distribui o efetivo de Oficiais da Marinha em tempo de paz para 2019. Brasília: Presidência da República, 2018a. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%209.633-2018. Acesso em: 9 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.632, de 26 de dezembro de 2018.** Distribui o efetivo de pessoal militar do Exército em tempo de paz para o ano de 2019. Brasília: Presidência da República, 2018b. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%209.632-2018. Acesso em: 9 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.634, de 26 de dezembro de 2018.** Distribui o efetivo de Oficiais da Aeronáutica em tempo de paz para o ano de 2019. Brasília: Presidência da República, 2018c. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%209.634-2018. Acesso em: 9 set. 2019.

CARVALHO, Theophilo Feu de. **A Força Pública Policial de Minas Gerais (1831-1890).** Estudo crítico de Francis Albert Cotta. Belo Horizonte: Coleção Mineiriana. Série Clássicos. Fundação João Pinheiro, Arquivo Público Mineiro, 2014.

CELANI, Paulo Henrique; FIGUEIREDO, Gilson Borges. **Sistema de saúde da Polícia Militar do estado de Minas Gerais**: proposta de reorganização e regionalização. 1990. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais de Saúde) – Escola de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1990.

COELHO, José João Teixeira. **Instrução para o governo da Capitania de Minas Gerais (1780)**. Introdução por Francisco Iglésias. Belo Horizonte: Centro de Estudos Históricos e Culturais, Fundação João Pinheiro, 1994.

COTTA, Francis Albert. **Breve História da Polícia Militar de Minas Gerais**. 2 ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2014.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009**. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12086.htm. Acesso em: 16 set. 2019.

ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 2589-R, de 28 de setembro de 2010**. Dispõe sobre a organização básica da Polícia Militar do Espírito Santo (PMES) e dá outras providências. Vitória: Assembleia Legislativa, 2010. Disponível em: https://pm.es.gov.br/Media/PMES/Decretos/25-Altera%C3%A7%C3%A3o%20no%20Decreto%20n%C2%BA%202.476-R%20-%20Decreto_2589-R.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

ESPÍRITO SANTO. **Lei complementar nº 705, de 27 de agosto de 2013**. Altera dispositivos das Leis Complementares nº 101, de 22.9.1997, e nº 467, de 04.12.2008, e da Lei nº 5.789, de 22.12.1998, e dá outras providências. Vitória: Assembleia Legislativa, 2013. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LC%20N%C2%BA%20705.html>. Acesso em: 10 set. 2019.

FIGUEIREDO, Oscarino Corrêa. **Presença da Medicina Militar na História da Medicina**. Belo Horizonte: Sografe, 2009.

GOIÁS. **Lei nº 16.899, de 26 de janeiro de 2010**. Fixa o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás e dá outras providências. Goiânia: Assembleia Legislativa, 2010. Disponível em:
http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/2010/lei_16899.htm.

GOIÁS. **Lei nº 17.866, de 19 de dezembro de 2012**. Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado de Goiás e dá outras providências. Goiânia: Assembleia Legislativa, 2012. Disponível em: http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/2012/lei_17866.htm.

LIMA, MONIQUE VIVIANE SILVEIRA: **Análise dos fatores intervenientes na escolha dos serviços assistenciais pelos beneficiários do sistema de saúde da Polícia Militar de Minas Gerais na região metropolitana de Belo Horizonte**. 2013. Monografia (Curso de Especialização em Segurança Pública) – Academia de Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MATO GROSSO. **Lei complementar nº 529, de 31 de março de 2014**. Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências. Cuiabá: DOE, 2014a. Cuiabá: Assembleia Legislativa, 2014 Disponível em:
<http://www.pm.mt.gov.br/documents/2459523/4959710/LEI+COMPLEMENTAR+N%C2%BA+529%2C+DE+31+DE+MAR%C3%87O+DE+2014..pdf/64dc2b35-cdd8-4827-998a-7bd2747b0cdd>. Acesso em: 22 set. 2019.

MATO GROSSO. **Lei complementar nº 530, de 31 de março de 2014**. Fixa o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências. Cuiabá: Assembleia Legislativa, 2014b. Disponível em:
<http://app1.sefaz.mt.gov.br/sistema/legislacao/LeiComplEstadual.nsf/9733a1d3f5bb1ab384256710004d4754/fc4b8eba7316159984257cad0043f9b0>. Acesso em: 22 set. 2019.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 1.052, de 11 de junho de 1990**. Fixa os efetivos da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar, e dá outras providências. Campo

Grande: Assembleia Legislativa, 1990. Disponível em:

<http://aacpdappls.net.ms.gov.br/appls/legislacao/secoge/govato.nsf/448b683bce4ca84704256c0b00651e9d/9c66028cc980cf6c04256e450002eb5d>. Acesso em: 22 set. 2019.

MINAS GERAIS. Lei nº 10.366, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 1990.

MINAS GERAIS. Lei nº 597, de 30 de agosto de 1913. Cria o Serviço de Saúde da Força Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 1913.

MINAS GERAIS. Lei complementar nº 1.224, de 13 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o efetivo da Polícia Militar, e dá providências correlatas. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 2013. Disponível em:
<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2013/alteracao-lei.complementar-1224-13.12.2013.html>. Acesso em: 21 set. 2019.

MINAS GERAIS. Lei 22.415 de 16 de dezembro de 2016. Fixa os efetivos da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais para o período de 2017 a 2019 e dá outras providências. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 2016. Disponível em:
www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completanova-min.html?tipo=LEI&num=22415&comp=&ano=2016&texto=original. Acesso em: 21 set. 2019.

PARANÁ. Lei 18.662 de 22 de dezembro de 2015. Fixação do efetivo da Polícia Militar do Paraná e adoção de outras providências. Curitiba: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em:
<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=151099&indice=1&totalRegistros=30&dt=10.9.2019.17.55.0.638> Acesso em: 14 out. 2019.

PARÁ. Lei complementar nº 053, de 07 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre a organização básica e fixa o efetivo da Polícia Militar do Pará - PMPA, e dá outras

providências. Belém: Assembleia Legislativa, 2006. Disponível em: http://www.faspm.pa.gov.br/sites/default/files/lei_de_organizacao_basica_da_pmpa.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

PARÁ. Lei nº 7.480, de 17 de novembro de 2010. Dispõe sobre o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Pará e dá outras providências. Belém: Assembleia Legislativa, 2010. Disponível em: <https://www.bombeiros.pa.gov.br/downloads/lei-no-7-480-de-17-de-novembro-de-2010-lei-de-fixacao-do-efetivo-do-corpo-de-bombeiros-militar-do-para-atualizada>. Acesso em: 20 set. 2019.

PARAÍBA. Lei nº 7.165 de 02 de outubro de 2002. Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado da Paraíba e determina outras providências. João Pessoa: Assembleia Legislativa, 2002. Disponível em: http://www.pm.pb.gov.br/arquivos/legislacao/Leis_Ordinarias/2002_FIXA_O_EFETIVO_DA_POLICIA_MILITAR_PARA_O_EXERCICIO_DE_2002.pdf. Acesso em: 27 set. 2019.

PERNAMBUCO. Lei complementar nº 152, de 23 de dezembro de 2009. Cria o posto de Segundo-Tenente PM no Quadro de Oficiais de Saúde (QOS) da Polícia Militar de Pernambuco; redefine o seu efetivo, e dá outras providências. Recife: Assembleia Legislativa, 2009. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=2&numero=152&complemento=0&ano=2009&tipo=TEXTOATUALIZADO>. Acesso em: 27 set. 2019.

PIAUI. Lei Ordinária nº 5.458 de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Piauí, e dá outras providências. Teresina: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/detalhe/12429>. Acesso em: 27 set. 2019.

PIAUI. Lei Ordinária nº 5.552, de 23 de março de 2006. Dispõe sobre a fixação do efetivo da Polícia Militar do Piauí, modifica o art. 17 da Lei nº 3.936, de 03 de julho de 1984, e dá outras providências. Teresina: Assembleia Legislativa, 2006. Disponível em: <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/detalhe/12620>. Acesso em: 27 set. 2019.

POSSAMAI, Paulo César. **O cotidiano da guerra: a vida na Colônia de Sacramento (1715-1735)**. 2002. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 5175, de 28 de dezembro de 2007**. Fixa o efetivo do corpo de bombeiros militar do estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, 2007. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/1c54d0770313a753832573c5005fb866>. Acesso em: 22 set. 2019.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 5467, de 08 de junho de 2009**. Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, altera a lei nº 1396, de 8 de dezembro de 1988, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, 2009. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/89e653ec7f079f72832575d6005fd589>. Acesso em: 22 set. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 10.993, de 18 de agosto de 1997**. Fixa o efetivo da Brigada Militar do Estado e dá outras providências. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, 1997. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repLegisComp/Lei%20n%C2%BA%2010.993.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

REBELO, Francisco A. **Erário Régio de Sua Majestade Fidelíssima ministrado pela Junta da Real Fazenda de Vila Rica... (1768)**. Análise e organização por Tarquínio J. B. de Oliveira. Brasília: ESAF, 1976.

RONDONIA. **Autógrafo de Lei nº 977 de 05 de junho de 2018**. Fixa o Efetivo da Polícia Militar do Estado de Rondônia. Porto Velho: Assembleia Legislativa, 2018. Disponível em: <http://ditel.casacivil.ro.gov.br/COTEL/Livros/Files/L4295-PL.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

RORAIMA. **Lei nº 1.199 de 24 de julho de 2017**. Fixa o Efetivo da Polícia Militar do Estado de Roraima e dá outras providências. Boa Vista: Assembleia Legislativa, 2017.

Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/154427716/doerr-25-07-2017-pg-33>.
Acesso em: 28 set. 2019.

SANTA CATARINA. **Lei complementar nº 417, de 30 de julho de 2008**. Fixa o efetivo máximo da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina e adota outras providências. Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2008. Disponível em: <http://leisestaduais.com.br/sc/lei-complementar-n-417-2008-santa-catarina-fixar-o-efetivo-maximo-da-policia-militar-do-estado-de-santa-catarina-e-adota-outras-providencias>. Acesso em: 20 set. 2019.

SANTA CATARINA. **Lei complementar nº 702, de 19 de julho de 2017**. Altera o art. 1º e o Anexo I da Lei Complementar nº 582, de 2012, que fixa o efetivo máximo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado e estabelece outras providências. Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/702_2017_Lei_complementar.html. Acesso em: 20 set. 2019.

SERGIPE. **Lei nº. 7.823 de 04 de abril de 2014**. Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado de Sergipe, de que trata a Lei nº 5.216, de 15 de dezembro de 2003, e estabelece normas correlatas. Aracajú: Assembleia Legislativa, 2014. Disponível em: http://pm.se.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/lei_7823_2014.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.

SILVA, Carlos Edson Martins. A Missão Médica Especial brasileira de caráter militar na Primeira Guerra Mundial. **Revista Navigator**, v. 20, p. 94-108, 2014

RIO GRANDE DO NORTE. **Lei complementar nº 394 de 03 de setembro de 2009**. Dispõe sobre Quadros Funcionais da Polícia Militar do Rio Grande do Norte, aumenta o efetivo e dá outras providências. Natal: Assembleia Legislativa, 2009. Disponível em: http://www.al.rn.leg.br/portal/_ups/legislacao/2019/06/18/ba18ab2f54680378cfd1446d23986a39.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei Complementar nº 230, de 22 de março de 2002.

Dispõe sobre o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio Grande do Norte, fixa o efetivo da Corporação, e dá outras providências. Natal: Assembleia Legislativa, 2002.

Disponível em:

http://www.al.rn.leg.br/portal/_ups/legislacao/2019/07/16/c3899e320209c31fe37f1c3e0b667b9c.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.

ROCHA, José Joaquim da. Geografia histórica da Capitania de Minas Gerais:

descrição geográfica, topográfica, histórica e política da capitania de Minas Gerais:

memória histórica da capitania de Minas Gerais (1780). Estudo crítico: Maria Efigênia

Lage de Resende. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos

Históricos e Culturais, 1995.

Abstract

It describes the socio-historical process of constituting the first functions of what would be called the Board of Health Officers and demonstrates the current legal provision of its effective in the Armed Forces and State Military Forces. The methodology used was historical with collection, systematization and analysis of sources from the 18th, 19th and 20th centuries, located in documentary collections in Portugal and Brazil. In a second moment, it was used to search the laws of effective of each Force and its distribution tables. The collected data were tabulated, described and analyzed by type of force and regions of Brazil. It was concluded that the prediction of Health Officers in the effective laws of the vast majority of military institutions demonstrates the historical and current importance of their role. The distribution of posts and the various professional categories has many regional variations.

Keywords: health; armed forces; military police; military firefighters; effective laws.

Resumen

Describe el proceso sociohistórico de constitución de las primeras funciones de lo que se denominaría los Cuadros de Oficiales de Salud y demuestra la disposición legal vigente de su vigencia en las Fuerzas Armadas y Fuerzas Militares del Estado. La metodología utilizada fue histórica con recopilación, sistematización y análisis de fuentes de los siglos XVIII, XIX y XX, ubicadas en fondos documentales de Portugal y Brasil. En un segundo momento, se utilizó para buscar las leyes de efectivos de cada Fuerza y, sus tablas de distribución. Los datos recolectados fueron tabulados, descritos y analizados por tipo de fuerza y regiones de Brasil. Se concluyó que la previsión de los Oficiales de Salud en las leyes vigentes de la gran mayoría de las instituciones militares demuestra la importancia histórica y actual de su papel. La distribución de los puestos y las distintas categorías profesionales tiene muchas variaciones regionales.

Palabras clave: salud; fuerzas armadas; policia militar; bomberos militares; leyes efectivas.

Recebido em 14/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 02/Mai/2022.

Aprovado em 30/Mai/2022.

Perfil e fatores associados às glosas hospitalares nas auditorias do IPSM: estudo de caso de um hospital de grande porte em Belo Horizonte - Minas Gerais

Profile and factors associated with hospital glosses in IPSM audits: case study of a large hospital in Belo Horizonte - Minas Gerais

Perfil y factores asociados a las glosas hospitalarias en las auditorías del IPSM: estudio de caso de un gran hospital de Belo Horizonte - Minas Gerais

Fabiana Gonçalves Barbosa de Freitas⁶⁷

Rosimeire de Moura⁶⁸

Suellen Arantes Pires⁶⁹

Raquel Batista Dantas⁷⁰

Resumo

O Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais presta serviços diversos de assistência à saúde a mais de 224.000 usuários, em rede orgânica e credenciada, sendo esta última o foco deste artigo. Os objetivos acerca dos dados levantados foram analisar as glosas em contas hospitalares através de pesquisa exploratória e quantitativa que utilizaram análise de dados levantados em arquivo do

⁶⁷ Assistente Técnico em Seguridade Social (IPSM). Graduada em Educação Física pela Universidade de Patos de Minas (UNIPAM) e Pós-graduada em Gestão Pública pela Faculdade Mantense dos Vales Gerais (INTERVALE)

⁶⁸ Assistente Técnico da Seguridade Social (IPSM). Graduada em Gestão Pública pela Universidade de Belo Horizonte (UNI-BH)

⁶⁹ Assistente Técnico de Seguridade Social (IPSM). Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Licenciada em Formação Pedagógica para o Ensino Profissional e Tecnológico (IFTM)

⁷⁰ Militar do Quadro de Oficiais da Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais (QOS-Enfermeiro). Assessora/Analista Técnico da Seção Técnica de Saúde da Diretoria de Saúde da PMMG. Bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Mestra em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG (2014). MBA em Auditoria em Saúde e Gestão da Qualidade – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (2022).

IPSM, na cidade de Belo Horizonte, onde foram analisadas glosas realizadas de julho a setembro de 2021, realizadas em um hospital de grande porte dessa cidade. Pretendeu-se identificar o perfil de glosas auditadas pela equipe técnica do Instituto para implementação de ações de melhoria, como implementação de auditoria concorrente e ampliação de cobrança por pacotes, meio mais viável de acordo com as conclusões apresentadas neste trabalho.

Palavras-Chave: glosas; rede credenciada; auditoria técnica; ações de melhoria.

Introdução

O Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais (IPSM) surgiu para suprir as necessidades da família dos militares do Estado. O falecimento de um oficial ou praça significava dificuldade financeira para sua família, já que naquela época dificilmente a mulher estava inserida no mercado de trabalho e dependia geralmente do salário do marido militar (IPSMMG, 2022).

Regulamentado pelo Decreto nº 43.581/03 (MINAS GERAIS, 2003a), o IPSM tem sua finalidade apresentada no Art. 2º:

O IPSM tem por finalidade prestar assistências médica, social e previdenciária a seus beneficiários, competindo-lhe:

I - gerir o regime próprio de previdência dos servidores militares do Estado de Minas Gerais;

II - assegurar a assistência à saúde aos segurados e a seus dependentes, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem;

III - exercer outras atividades correlatas. (MINAS GERAIS, 2003a).

Atualmente, conta com a parceria firmada em contrato com vários prestadores credenciados que ofertam serviços de saúde aos beneficiários, em hospitais, clínicas médicas e odontológicas, laboratórios, óticas e farmácias, em rede credenciada, além da rede orgânica. De acordo com o Contrato de Prestação de Serviços do IPSM, são requisitos que regulamentam a assistência à saúde:

Serão executados em perfeita conformidade com as normas e instruções de saúde baixadas pelo IPISM/PMMG/CBMMG, respeitando a respectiva legislação, regulamentação e disposições conexas, bem como as alterações e instruções supervenientes e outras comunicadas ao CONTRATADO através de correspondência expedida sob registro postal ou protocolo, respeitando ainda, quando for o caso, as normas periciais vigentes nas especialidades previstas no PAS. Fica firmado com cada um dos credenciados, também conforme o contrato supracitado, que as contas de saúde realizadas, passarão por auditoria, de acordo conforme cita a CLÁUSULA SÉTIMA:

À Seção de Processamento de Contas da Unidade CONTRATANTE, mediante análise administrativa e/ou técnica, reserva-se o direito de glosar, total ou parcialmente, os procedimentos (inclusive medicamentos e produtos ministrados aos beneficiários) e serviços apresentados na fatura. Ocorrendo glosas, estas serão deduzidas dos próprios documentos em impressos padronizados, pelos preços que serviram de base de cálculo para a mesma (MINAS GERAIS, 2003a).

Desta forma, os procedimentos tanto os pré-aprovados quanto os demais realizados via Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde - SIGAS (utilizado para lançamento de contas da saúde) ficam sujeitos à análise da auditoria técnica e administrativa antes da liberação para pagamento.

Importante citar o que trata o artigo primeiro da Lei 10.366 de 28/12/1990 que rege o Instituto:

Art. 1º O Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPISM -, sucessor da Caixa Beneficente da Polícia Militar, criada pela Lei nº 565, de 19 de setembro de 1911, é autarquia estadual vinculada à Polícia Militar, com sede na Capital, e tem por finalidade a prestação previdenciária a seus beneficiários. (MINAS GERAIS, 1990).

Por se tratar de Autarquia Estadual, o Instituto não é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil), visto que esta regulamenta em seu artigo 4º, inciso XV: “XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados.” (MINAS GERAIS, 1990).

Apesar da não obrigatoriedade em seguir a ANS, o IPSM se adequa a algumas normas do Ministério da Saúde (MS), citando em alguns documentos internos algumas portarias do Ministério da Saúde (IPSMMG, 2019a, p. 7; MINAS GERAIS, 2003a, p. 40).

De acordo com o Boletim Técnico nº 2 do Instituto, entende-se como auditoria o levantamento, estudo e avaliação sistemática das transações, procedimentos, operações, rotinas e demonstrações financeiras de uma entidade. O conceito de auditoria tem como premissa a “avaliação da qualidade, da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do paciente”. A auditoria desenvolve atividades de controle e avaliação de aspectos específicos e dos processos e resultados da prestação dos serviços (IPSMMG, 2019a, p. 5).

A equipe de auditoria técnica do IPSM é composta por médicos e enfermeiros vinculados às Coordenadorias Administrativas no interior e à Divisão de Processamento de Contas na sede do IPSM, que por sua vez integram a Diretoria de Saúde da Autarquia. O Boletim Técnico cita ainda que a auditoria técnica é de vital importância no sistema de saúde, contribui para a difusão de conceitos científicos, dando caráter ético ao ato de monitorar a assistência à saúde, caracterizando-se como uma forma de gerenciamento de recursos (IPSMMG, 2019a).

A forma de auditoria citada no Boletim Técnico nº 2 é a auditoria retrospectiva, onde se realiza a análise de documentos apresentados juntamente com suas respectivas cobranças (IPSMMG, 2019a).

A auditoria, realizada por médicos e enfermeiros, é de suma importância, visto que eles auditam as contas de posse do prontuário do paciente e com isso fazem a conferência de item a item do que foi realmente utilizado. Assim, os auditores do IPSM procedem conforme citado no Boletim Técnico nº 2:

No prontuário do beneficiário o médico audita: Visitas [...] Interconsultas, [...] Folhas de sala, [...], Procedimentos autorizados previamente [...], Procedimentos eletivos [...], Exames e demais itens necessários à complementação de informação. “Desta forma, a equipe de auditoria do IPSM composta por médicos e enfermeiros é responsável por deferir ou indeferir qualquer cobrança indevida ou sem justificativa (IPSMMG, 2019a, p.8).

Atualmente o fluxo das contas hospitalares no IPSM passa por dois tipos de auditorias: uma realizada dentro do hospital - a auditoria técnica - chamada de auditoria *in loco* e outra feita posteriormente, após o faturamento do credenciado, e enviado aos Núcleos de Processamento de Contas (NPC), onde ocorre a auditoria administrativa. Essa se trata de uma revisão de valores de cobrança, possibilitando assim o processamento e pagamento ao credenciado. As glosas ficam disponíveis para o credenciado verificar e, caso não esteja de acordo com elas, ele tem o prazo de noventa (90) dias para contestação, o que no IPSM recebe o nome de Recurso de glosa (IPSMMG, 2019a, p. 26).

Servindo como parâmetro neste trabalho, optou-se por analisar um dos maiores hospitais credenciados da cidade de Belo Horizonte-MG, escolhido nesta pesquisa devido ao grande número de atendimentos que esse hospital realiza junto ao público do IPSM, bem como por ser referência por disponibilizar uma grande oferta de serviços médicos que atendem às demandas dos militares. Neste estudo, serão utilizadas as contas de militares da ativa como parâmetro.

Revisão da Literatura

A auditoria em saúde é de grande importância, visto que para Rodrigues *et al.* (2018) é nas auditorias técnicas (dos enfermeiros e médicos) onde ocorrem as glosas com maiores índices, glosas essas que servem como importantes indicadores para que as instituições os usem como parâmetros de melhoria. Foi falado ainda que os altos índices de glosas em determinados serviços merecem maior atenção dos gestores dessa informação, mostrando onde se deve trabalhar com maior foco, buscando assim menores perdas financeiras (RODRIGUES *et al.*, 2018).

O IPSM tem em sua base de controle para auditoria os Boletins Técnicos que regem as normas dos procedimentos realizados (IPSMMG, 2019a, p. 7), além de um Manual de auditoria dos procedimentos de assistência à saúde (MAPASAU) que também é seguido pela auditoria técnica e administrativa (MINAS GERAIS, 2003b).

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) é utilizada como padrão para troca de informações eletrônicas de atenção à saúde entre os agentes de saúde e foi estabelecida pela ANS como forma de “padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR, 2022). Vale ressaltar que o IPSM já se utiliza desse padrão para facilitar sua comunicação com seus credenciados de Assistência à Saúde (IPSMMG, 2018, p.2).

Sendo assim, todos os procedimentos precisam estar de acordo com os boletins técnicos e os Manuais, que também são chamados de parametrização. Os mapeamentos dessas normas demonstram com clareza a quantidade de materiais e medicamentos (insumos) que devem ser considerados para cada procedimento, devendo ser observadas as exceções devidamente justificadas, que são passíveis de análise.

A identificação de um perfil de fatores associados às glosas das contas hospitalares e suas possíveis causas inerentes pode subsidiar processos de melhoria na gestão e auditoria institucional e, possivelmente, impactar na redução das glosas e desperdícios.

Mais especificamente, identificar o perfil epidemiológico dos usuários das contas hospitalares glosadas, a ocorrência e distribuição dos procedimentos e materiais presentes nas glosas detectadas e os fatores relacionados a essas glosas, além da evidência de perfis de glosas considerando o diagnóstico de doenças a elas associadas, podem contribuir para uma melhor compreensão do processo e oportunizar melhorias para aumentar a eficiência e reduzir os desperdícios.

Metodologia

Delineamento de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, narrativa, de nível I, do tipo relato de experiência ou estudo de caso, cuja finalidade foi descrever o processo de levantamento e análise das glosas de contas hospitalares em um hospital de grande porte situado na cidade de Belo Horizonte.

Considerações éticas

Por se tratar de um produto técnico institucional, este estudo teve aprovação prévia do IPSM, que disponibilizou todos os meios necessários para que ele acontecesse, conforme Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

A requisição do TCUD é obrigatória para pesquisas que utilizam e coletam informações em banco de dados de instituições, prontuários médicos ou odontológicos, excetuando os bancos de dados de acesso público, de acordo com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometeram diante da Instituição em manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do IPSM, bem como a privacidade de seus conteúdos.

Inicialmente, tiveram acesso aos dados relativos às informações sensíveis somente profissionais de saúde ou aqueles que trabalham no departamento de contas hospitalares, os quais estão submetidos à lei do sigilo profissional.

As demais informações sem correlação direta com dados sensíveis foram acessadas pelas pesquisadoras. Os dados que fundamentaram a presente pesquisa foram utilizados exclusivamente para a realização deste trabalho.

Em todas as fases foram mantidos os aspectos éticos e legais com a preservação dos dados dos pacientes, bem como do hospital credenciado avaliado.

Local de pesquisa

A pesquisa nas contas selecionadas ocorreu mediante solicitação prévia de desarquivamento delas e os dados foram colhidos internamente, por profissionais que atuam naquele setor e, portanto, sujeitos ao sigilo profissional. Não houve a retirada de nenhuma delas do setor de arquivo e foi mantida em todos os casos a preservação da identidade dos pacientes cujas informações estavam nas contas. Os documentos foram mantidos no setor de arquivo do IPSM, na cidade de Belo Horizonte-MG.

População e amostra

Como parâmetro neste trabalho, optou-se por analisar um dos hospitais credenciados, situados na cidade de Belo Horizonte- MG. O prestador foi escolhido para avaliação nesta pesquisa devido ao grande número de atendimentos realizados junto ao público do IPSM, por ter uma localização que facilita o acesso a diferentes bairros de Belo Horizonte, bem como por ser um prestador que disponibiliza vasta oferta de serviços médicos que atendem às demandas dos beneficiários do Sistema de Saúde (SISAU).

Por se tratar de um case cuja amostragem simples foi realizada por conveniência, nos critérios de inclusão foram consideradas as contas de internações hospitalares de militares da ativa, de qualquer sexo e faixa etária, relativas ao período entre 01 de julho a 30 de setembro de 2021 auditadas pelo IPSM com glosas. O público de militares da ativa foi considerado como relevante e alvo principal neste case por diversos fatores, a saber: correspondem ao público-alvo das principais políticas de saúde da PMMG; complicações de procedimentos hospitalares neste escopo de beneficiários impactam no aumento do absenteísmo da tropa e conseqüentemente compromete a missão da PMMG. O aumento de glosas em determinados padrões de procedimentos traduz a qualidade assistencial prestada e impõe a necessidade de readequação de políticas de saúde. Por fim, excluíram-se desta análise as contas de dependentes, pensionistas ou veteranos, o que totalizou 86 contas nos padrões refinados.

Coleta de dados e instrumentos

O levantamento e tratamento preliminar dos dados em conformidade com os critérios de inclusão da amostra, derivou de um arquivo de Excel (*Microsoft Office Home and Business 2013*). Além do Excel, foram utilizados os softwares *Word Microsoft Office Home and Business 2013* e *Paint 6.3 2013*.

Variáveis de estudo

Algumas das contas previamente selecionadas não estavam disponíveis no arquivo durante o período de pesquisa, provavelmente por estarem atendendo a alguma demanda solicitada anteriormente. Desta forma o total de dez (10) contas foram descartadas e não fizeram parte do quantitativo de amostra.

As variáveis de interesse deste estudo foram: tipo de material glosado, tipo de medicamentos glosados, taxas glosadas, exames glosados, serviços profissionais glosados e pacote de serviços glosados.

Para complemento da pesquisa, foi analisada a associação entre os códigos de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças e Agravos (CID) e aqueles contidos nas contas hospitalares.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a CID é um sistema que parametriza os termos clínicos por meio de códigos, constituindo de principal base para o registro de saúde e estatísticas sobre doenças em todos os níveis de assistência à saúde, quer na atenção primária, secundária e terciária, bem como nas declarações de causa de óbito (OMS, 1993).

A classificação fornece conhecimento sobre a extensão, causas e consequências de doenças e mortes humanas em todo o mundo por meio de dados relatados e codificados. Vale ressaltar que foram utilizados os grupos de causas da CID-10 associados às internações, visto que a recente atualização do CID-11 (Fevereiro 2022) se deu após o período das contas analisadas.

A importância desses dados extrapola os aspectos estatísticos epidemiológicos e subsidiam os sistemas de informação em saúde, dando suporte para o pagamento, planejamento de serviços, administração de qualidade e segurança e pesquisa de serviços de saúde. A orientação diagnóstica vinculada às categorias da CID padroniza a coleta de dados e possibilita pesquisas em larga escala (OMS, 1993).

Em 11 de fevereiro de 2022 a OMS editou e publicou a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). O catálogo de códigos fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais de saúde compartilhar informações padronizadas em todo o mundo. É a base para identificar tendências e estatísticas de saúde, contendo cerca de 17 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte, sustentados por mais de 120 mil termos codificáveis. Usando combinações de códigos, mais de 1,6 milhão de situações clínicas podem agora ser codificadas (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

Essa classificação é subdividida em códigos, onde cada letra forma um grupo de doenças similares, conforme representado no Quadro 1.

Quadro 1 - Listagem do CID 11.

CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade	
01	Certas doenças infecciosas ou parasitárias
02	Neoplasias
03	Doenças do sangue ou dos órgãos hematopoiéticos
04	Doenças do sistema imunológico
05	Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas
06	Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento
07	Distúrbios do sono-vigília
08	Doenças do sistema nervoso
09	Doenças do sistema visual
10	Doenças do ouvido ou processo mastóide
11	Doenças do sistema circulatório
12	Doenças do sistema respiratório
13	Doenças do sistema digestivo
14	Doenças da pele
15	Doenças do sistema músculo-esquelético ou do tecido conjuntivo
16	Doenças do aparelho geniturinário
17	Condições relacionadas à saúde sexual
18	Gravidez, parto ou puerpério
19	Certas condições originadas no período perinatal
20	Anomalias de desenvolvimento
21	Sintomas, sinais ou achados clínicos não classificados em outra parte
22	Lesão, envenenamento ou outras consequências de causas externas
23	Causas externas de morbidade ou mortalidade
24	Fatores que influenciam o estado de saúde ou contato com serviços de saúde
25	Códigos para fins especiais
26	Capítulo Complementar Condições de Medicina Tradicional - Módulo I
V Seção	Complementar para avaliação de funcionamento
Códigos de extensão	X

Fonte: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em 01/05/2022

Resultados e discussão

A análise descritiva dos resultados é apresentada nos subcapítulos a seguir. As Contas hospitalares analisadas dos militares da ativa com itens glosados corresponderam a 3,95% de todas as contas auditadas no período analisado, considerando o mesmo perfil de usuário. As contas estudadas apresentaram glosas por inadequações diversas.

Dentre estas inadequações, a citar: glosas em materiais, medicamentos, taxas, exames, serviços profissionais (honorários) e pacotes, observou-se que a inclusão de procedimentos por pacotes é uma ferramenta que tanto facilita a cobrança por parte do credenciado quanto facilita e agiliza a revisão da auditoria médica e de enfermagem e gera menos adequações, conseqüentemente menos glosas, conforme será apresentado a seguir.

A tabela de honorários vigente em 01/2022 possui cerca de 4.700 (quatro mil e setecentos) códigos e dentre eles existem na tabela de honorários 16 (dezesesseis) itens por pacote.

Perfil epidemiológico dos usuários nas contas hospitalares glosadas

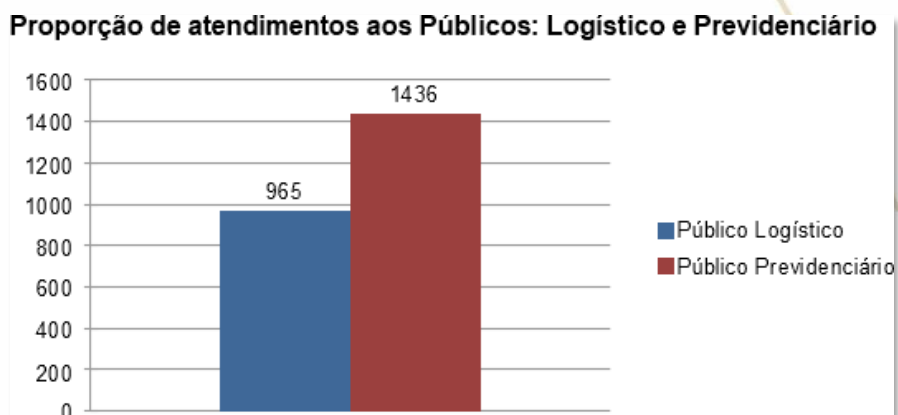
Após levantamento e organização dos dados, obteve-se 86 contas hospitalares glosadas. A faixa etária predominante foi a de 35 a 39 anos, sendo em sua maioria do sexo masculino (75 atendimentos, 87%), conforme demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Descrição da faixa etária das contas com Glosa considerados somente os militares da ativa.



Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais. Diretoria de Saúde. Divisão de Processamento de contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa, nas contas hospitalares do hospital referência. Julho a setembro de 2021.

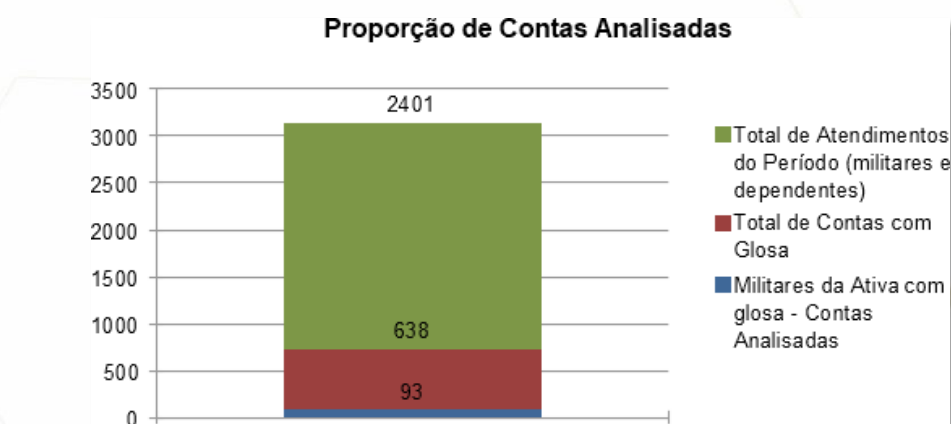
Gráfico 2 - Descrição do total de atendimentos do período separados por tipo de público.



Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais. Diretoria de Saúde. Divisão de Processamento de contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa, nas contas hospitalares do hospital referência. Julho a setembro de 2021.

No Gráfico 2 estão ilustradas as quantidades de atendimentos realizados no hospital de estudo, proporcionalmente para militares (Público Logístico) e dependentes (Público Previdenciário, que compreende todos aqueles familiares inscritos no IPSM como dependentes do Militar), sendo os primeiros (militares) representados por 40,2% do total de 2.401 atendimentos no período.

Gráfico 3 - Descrição da proporção percentual das contas de militares da ativa com e sem glosa



Fonte: Divisão de Processamento de Contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa nas contas hospitalares do hospital referência. Julho a setembro de 2021.

O Gráfico 3 mostra a proporção das contas analisadas em relação a todas as contas do período: em azul, tem-se a amostra estudada (contas hospitalares de militares da ativa com glosa); em vermelho, todas as contas hospitalares que tiveram glosa no período; na cor verde, todos os atendimentos do período. Nos dando assim uma visão geral da proporção da amostra em relação ao total de atendimentos.

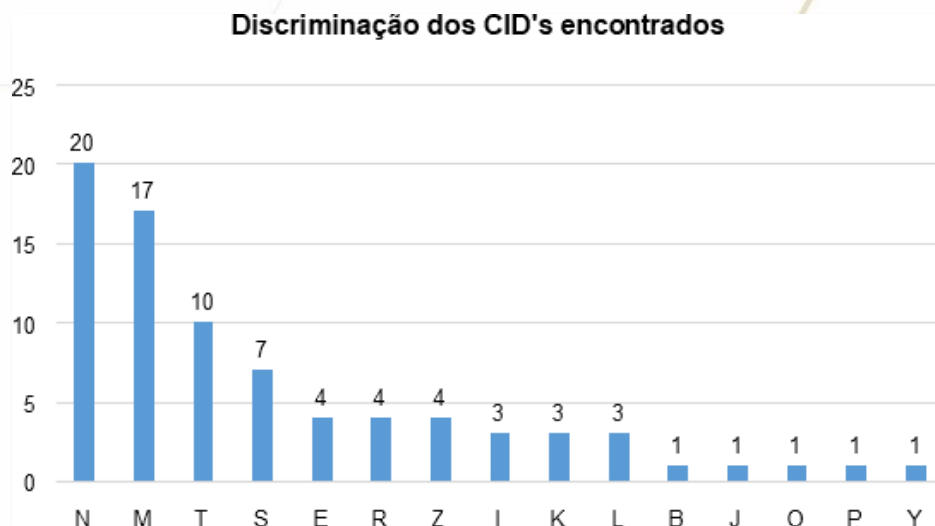
Se considerarmos como possibilidade de análise todas as contas com glosa (na cor vermelha - 638 contas), a amostra (na cor azul) terá a proporção de 14,58%. Diante disso, pode-se inferir que o trabalho realizado pela auditoria técnica (enfermeiros e médicos), diariamente *in-loco* nos hospitais, consegue padronizar a cobrança às normas estabelecidas pelo IPSM.

Assim como a enfermagem se mostra importante para o Instituto, ela é de suma importância para o hospital, uma vez que, conforme cita a Revista de Enfermagem Brasileira (REBEn), a equipe de enfermagem serve como indicador de qualidade para a instituição, já que suas anotações e registros no prontuário do paciente inserem-se para reduzir glosas hospitalares ao atuar como organizador de dados clínicos no ambiente hospitalar (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Perfil e fatores associados às glosas nas contas hospitalares

O Gráfico 4 apresenta os coeficientes de prevalência do Grupo de Causas da CID-11 nas contas hospitalares analisadas, relativas aos pacientes militares da ativa internados no hospital de análise, no período entre julho e setembro do ano 2021:

Gráfico 4- CID's presentes nas contas hospitalares analisadas dos militares da ativa no período de julho a setembro de 2021.



Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais. Diretoria de Saúde. Divisão de Processamento de contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa, nas contas hospitalares do hospital referência. Julho a setembro de 2021.

Como se nota no gráfico 4, o perfil de diagnósticos associados às internações, estratificados por grupos de causas da CID-10, visto que a atualização do CID-11 (Fevereiro 2022) deu-se após o período das contas analisadas. As doenças do aparelho geniturinário e as doenças do sistema osteomuscular se destacaram, correspondendo a 20 ocorrências dentre as demais causas de internação.

Em que pese não ser a intenção deste trabalho avaliar os principais diagnósticos motivadores da internação, tais dados são pertinentes para que se possa avaliar de forma geral as glosas no período referido.

Perfil de glosas das contas hospitalares (internação e urgência) por tipo de material, medicamento, honorários e taxas

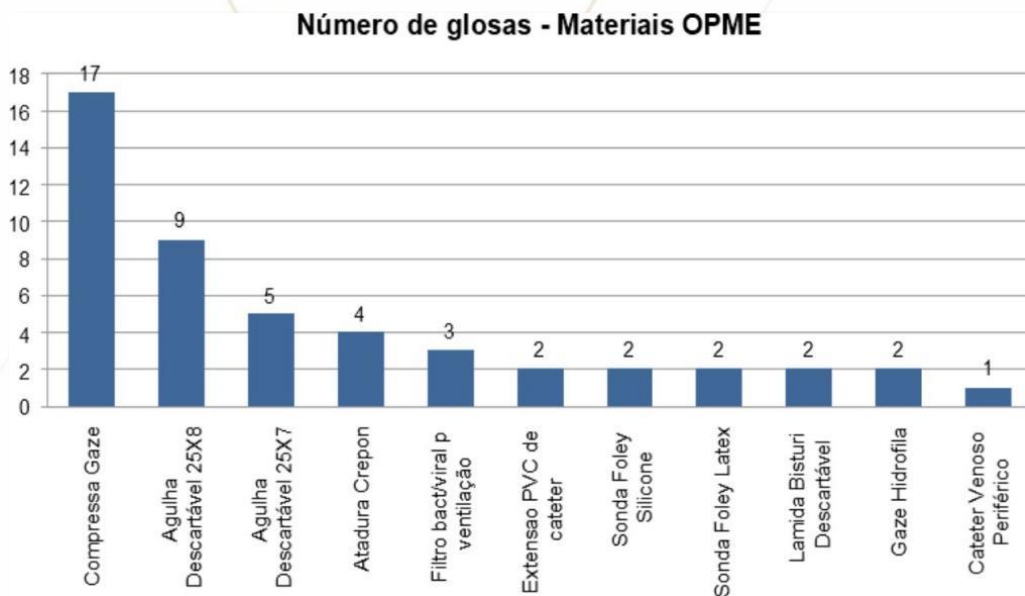
De acordo com o Boletim Técnico nº 2 (IPSMMG, 2019a, p. 10), contas de internação referem-se às contas dos beneficiários atendidos em ambiente hospitalar do momento de sua entrada até a alta ou óbito. As contas de internação podem ser clínicas, cirúrgicas ou o conjunto das duas modalidades conforme a necessidade do beneficiário (Quadro 2, GRÁF. 5).

Quadro 2 - Principais códigos dentre as contas de internação/ urgência dentro do período analisado.

CÓDIGOS IPSM	DESCRIÇÃO	CÓDIGOS CBHPM
01010760	Consulta em Pronto-socorro	X
27040151	Grupo sanguíneo ABO e RH - pesquisa	40403173
39060098	Simpatectomia por videotoracoscopia	31403379
43040144	Hemorroidectomia aberta ou fechada, com ou sem esfínterectomia, sem grampeador	31004202
43080162	Herniorrafia umbilical	31009166
52110087	Biópsia cirúrgica coxo-femoral	30724112
52140253	Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	30727138
52150089	Fraturas e/ou luxações ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	30728126
52260151	Reparo ou sutura de um menisco - procedimento videoartroscópico de joelho	30733065
54010063	Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos	30101450
54010144	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo	30101476
56090137	Varicocele unilateral - correção cirúrgica	31203124
56110111	Cirurgia esterilizadora masculina	31205070

Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Dados institucionais. Setor de Auditoria. Tabela de Honorários- 2022.

Gráfico 5 - Ranking dos itens de Órteses e Próteses Médico Especializado (OPME) glosados nas contas hospitalares (internação eletiva ou de urgência) de um hospital de grande porte, da rede credenciada do IPSM (07/2021 a 09/2021, n = 86 contas).



Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais. Diretoria de Saúde. Divisão de Processamento de contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa, nas contas hospitalares do hospital referência no período de julho a setembro de 2021.

No Quadro 03 estão listadas as descrições completas e os respectivos códigos dos materiais citados no gráfico 05, aqueles com maior recorrência de glosas nas contas do período analisado.

Quadro 3 - Descrição de códigos de Materiais e OPME's mais glosados.

CÓDIGO do IPSM ou CBHPM	DESCRIÇÃO
90180194	Compressa de gaze 7,5 x 7,5 cm 11 fios esteril (pct c/ 10 unid)
90010221	Agulha descartável 25 x 7 com dispositivo de segurança
90010230	Agulha descartável 25 x 8 com dispositivo de segurança
90020111	Atadura de crepon 15 cm x 4,5 m 13 fios
90010671	Lâmina de bisturi descartável nº 20
90120493	Extensão em P.C. de cateter e equipo 20 cm
90170156	Sonda foley de silicone 2 vias c/ balão de 1,5 cc nº 06 a 22
90170180	Sonda foley de látex 2 vias c/ balão de 30 cc nº 16
90911679	Filtro bacteriano/viral para ventilação mecânica (tipo HEPA/HMEF)
90180410	Gaze hidrofila de algodão estéril tamanho 15 x 30 cm
90010590	Cateter venoso periférico com dispositivo de segurança 20g

Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Dados institucionais. Setor de Auditoria. Tabela de Honorários-2022.

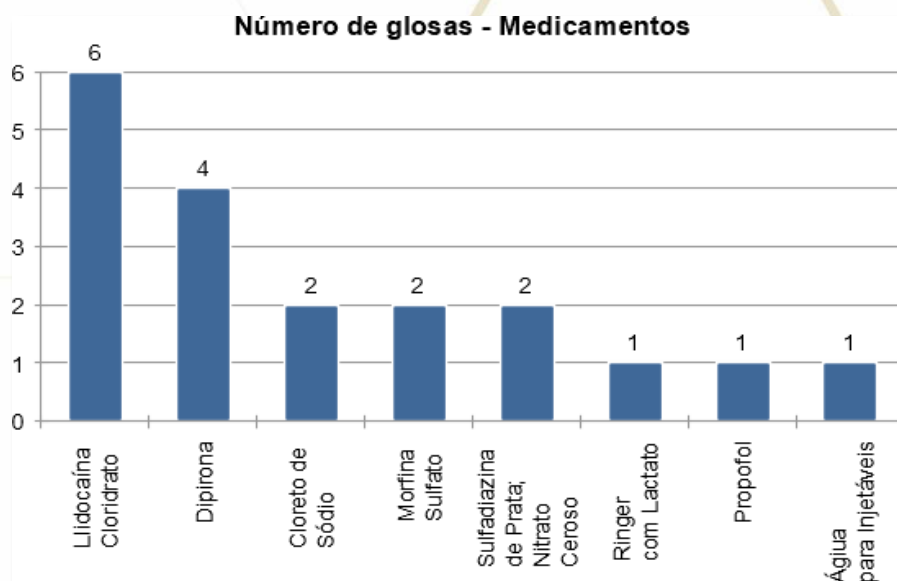
Nas contas de internação e atendimentos de urgência, destacam-se as glosas dos materiais: *Compressa de gaze*, *Agulha descartável* e *Atadura Crepon*, tendo esses itens adequação ao número utilizado, acontecendo a glosa das quantidades excedentes.

Os itens mais glosados estão entre materiais simples como os citados acima, que são tabelados por unidade ou centímetro, na sua grande maioria. Apesar do valor dos itens não ser tão expressivo, no montante fazem uma grande diferença no valor final a ser pago ao credenciado, evidenciado assim a importância da glosa nos itens sobressalentes.

Ao encontro dos dados apresentados, pode-se citar: “Em estudo, Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) observaram que na análise dos prontuários foram encontrados em 85 (100%) dos prontuários falhas como a falta de discriminação de medicamentos e materiais utilizados, bem como suas respectivas quantidades e valores. Já 51 (60%) dos prontuários apresentavam falhas de procedimentos realizados, mas não anotados e checados como higiene oral utilizando-se cepacol, execução de pequenos curativos, aspiração de secreção, punção venosa, equipo de soro, luvas e outros (*apud* Santos e Rosa, 2013, p. 11).

Os medicamentos mais glosados estão descritos no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Descrição dos códigos de Medicamentos mais glosados.



Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais. Diretoria de Saúde. Divisão de Processamento de contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa, nas contas hospitalares do hospital referência. Julho a setembro de 2021.

No Quadro 04 tem-se a descrição completa com os respectivos códigos dos medicamentos citados no Gráfico 6.

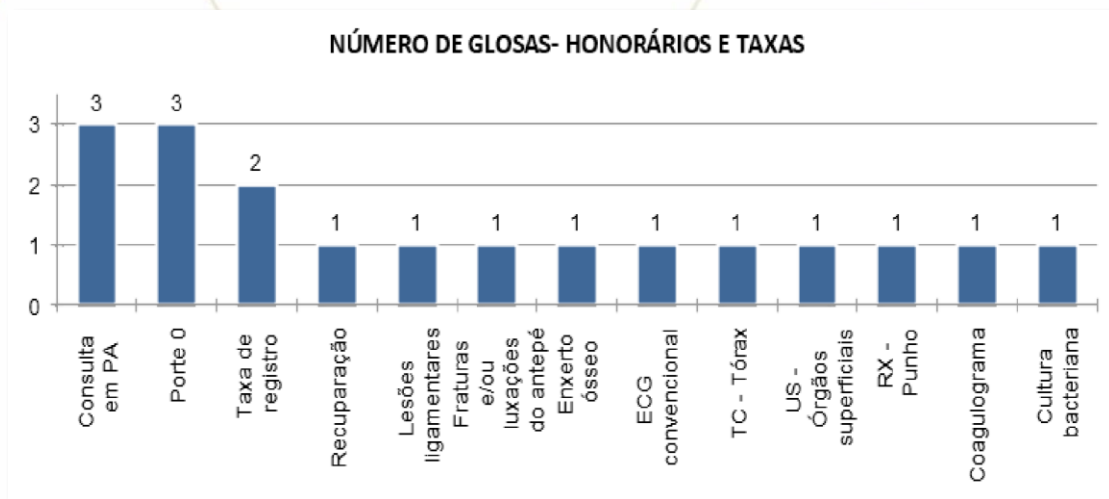
Quadro 4 - Descrição de códigos de Medicamentos do estudo.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
95228748	Lidocaína, cloridrato
95220682	Água para injetáveis
95245081	Dipirona
95242392	Ringer com lactato (lactato de sódio; cloreto de sódio; cloreto de potássio; cloreto de cálcio)
95246860	Propofol
95224033	Cloreto de sódio
95229957	Morfina, sulfato
95243160	Sulfadiazina de prata; nitrato ceroso

Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Dados institucionais. Setor de Auditoria. Tabela de Honorários-2022. Neste tipo de conta, a lidocaína também se destacou como item de maior adequação e glosa de quantidades excedentes, seguida da água utilizada para injetáveis.

Em outro estudo realizado, destaca-se a glosa para materiais fracionados: “Enquanto que 42,5 (50%) metade dos prontuários apresentaram falhas na cobrança de materiais fracionados” (*apud* SANTOS e ROSA, 2013, p. 11). O achado deste estudo deu-se em análise de contas de pequeno e médio porte.

Gráfico 7 - Descrição dos códigos de Honorários e Taxas mais glosados.



Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais. Diretoria de Saúde. Divisão de Processamento de contas. Dados institucionais coletados nesta pesquisa, nas contas hospitalares do hospital referência. Julho a setembro de 2021.

O Quadro 5 apresenta a descrição completa e os códigos respectivos dos itens representados no Gráfico 7.

Tabela 5 - Descrição de códigos de Honorários e Taxas do estudo.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
70030049	Recuperação
70030073	Porte 0
52150143	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico
52160220	Fraturas e/ou luxações do antepé - tratamento cirúrgico
52250148	Enxerto ósseo
20010010	ECG convencional de até 12 derivações
1010760	Consulta em Pronto-Atendimento
70060142	Taxa de Registro
34010130	TC - tórax
33010056	US - órgãos superficiais (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio)
32030118	RX - punho
28040139	Coagulograma (TS, TC, prova do laço, retração do coágulo, contagem de plaquetas, tempo de protombina, tempo de tromboplastina, parcial ativado) - pesquisa e/ou dosagem
28100581	Cultura bacteriana (em diversos materiais biológicos)

Fonte: Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Dados institucionais. Setor de Auditoria. Tabela de Honorários-2022.

O Gráfico 7 apresentou uma variedade de honorários, taxas e exames glosados, sendo listados os mais glosados dentre as contas estudadas, a se destacar a adequação de códigos de honorários, suas devidas glosas percentuais, cobranças indevidas de taxas de registro em pronto-socorro e de porte de sala.

Alguns procedimentos são percentualizados de 100% para 70% a partir do segundo ato e muitas vezes o credenciado cobra 100% de todos os atos realizados, gerando grande número de glosas nessas contas (IPSMMG, 2019b, p. 24).

Vale destacar aqui que as operadoras de saúde criam pacotes a partir da observação de glosas repetidas. Com a aplicação dos pacotes a chance de glosa nos procedimentos que o utilizam são muito pequenas e isso foi comprovado no estudo realizado. De todas as contas analisadas, as que apresentaram cobrança por pacote representam apenas 1% (aproximadamente) no total de contas que tiveram glosa.

Considerações finais

Este estudo possibilitou analisar a quantidade de glosas em contas hospitalares de um dos hospitais privados da rede credenciada do IPSM na cidade de Belo Horizonte.

Acredita-se que os motivos para a cobrança incorreta sejam diversos, tais como os hospitais que possuem um grande rodízio de funcionários, o que pode levar ao erro de faturamento por falta de experiência ou falta de treinamento, não podendo se afirmar o real motivo dessas cobranças incorretas.

É possível notar, pelos dados apresentados, que a implantação de pacotes para mais procedimentos, que sejam possíveis, seria de grande valia para a auditoria e para a qualidade de faturamento, pois geraria mais agilidade, assertividade e eficiência para o Instituto e o credenciado.

Vale ainda destacar sobre a auditoria concorrente, que ainda não foi implantada no IPSM, porém, ela vem se mostrando importante pois apresenta implicações de melhoria assistencial e de processos nos prestadores de serviço à saúde aos quais esta auditoria é realizada, conforme citado a seguir: “A vivência de implantação da auditoria concorrente de enfermagem demonstra a relevância desta metodologia de trabalho aplicada ao contexto hospitalar. O trabalho das enfermeiras, *in loco*, estreita as relações com os demais profissionais, auxiliando, inclusive, na visão dos profissionais sobre a auditoria, não como um exercício fiscalizatório, mas assessório e educativo às boas práticas da enfermagem. Outra consideração importante diz respeito à motivação das auditoras ao

estarem ampliando o alcance de sua atuação, através da interação junto às equipes, saindo do modelo tarefeiro e exaustivo das revisões de contas hospitalares.” (VIANA, BRAGA, LAZZARI, GARCIA, MOURA, 20147. p. 7)

Dessa forma, como processos de melhoria, no cenário estudado, citamos a auditoria concorrente como opção extremamente positiva a se sugerir, considerando que ela poderá proporcionar maior celeridade e assertividade no processo de auditoria, uma vez que as adequações serão realizadas ainda *in loco*, como já o são, porém em tempo da utilização proporcionando uma quase nulidade de glosas, tornando o processo de faturamento extremamente eficaz e ágil.

Tentou-se com este trabalho trazer subsídios em informações e pesquisa para que profissionais auditores possam aprimorar os processos de auditoria, além de subsidiar análises e estudos futuros na área de auditoria para melhorar os resultados da instituição.

Para trabalhos posteriores sugere-se estudos na área da auditoria de Contas Médicas Hospitalares, visto que há uma significativa lacuna nos anais científicos nesta área, podendo o aumento destes estudos trazer inúmeros benefícios de melhoria para o setor.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR (ANS). Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS. Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>. Acesso em: 01 maio 2022.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSMMG). **Manual TISS REST API**. Belo Horizonte: IPSM, 2018. Disponível em: http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/manuais/SIGAS_manualTISS_REST_API.pdf. Acesso em: 01 maio 2022. p.2.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSMMG). **Boletim Técnico 02**. Belo Horizonte: IPSMMG, 2019a. Disponível em: http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/boletim_tecnico_02_20200810.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022. Dados da Intranet com acesso restrito.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSMMG). **Boletim Técnico 03**. Belo Horizonte: IPSMMG, 2019b. Disponível em: http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/boletim_tecnico_03_20220317.pdf. Acesso em: 22 abr.2022. Dados da Intranet com acesso restrito.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS (IPSMMG). Institucional. Histórico. **IPSM**, 2022. Disponível em: <http://www.ipsm.mg.gov.br/institucional.asp?institucional=historico>. Acesso em:15 fev. 2022.

MINAS GERAIS. **Lei nº 10.366, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 1990. Disponível em: http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/leis/lei_10366.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 43.581 de 11 de setembro de 2003**. Aprova Regulamento, identifica e codifica cargos de provimento em comissão do Instituto de

Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 2003a. Disponível em:
http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/decretos/decreto_43581.pdf
Acesso em: 15 fev. 2022.

MINAS GERAIS. **Manual de normas para regulação, auditoria e faturamento do sistema de saúde da PMMG/CBMMG/IPSM – SISAU: MAPASAU.** Anexo único à Resolução Conjunta nº.007/2003 PMMG-CBMMG-IPSM. Belo Horizonte: PMMG, 2003b. Disponível em:
http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/mapasau_20220110.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 10. Rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) é publicada. OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-doencas-da-oms-cid-11-e> . Acesso em 26 fev. 2022.

RODRIGUES, July Anne Rossi Michelin *et al.* Out-of-pocket payments in hospital bills: a Charlene to management. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.5, p.2511-2518, oct. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>. Acesso em: 26 fev. 2022.

Abstract

The Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais - IPSM, provides various health care services to more than 224.000⁷¹ users, in an organic and accredited network, with the accredited network being the focus of this work. The objectives about the data collected were to analyze the disallowances on hospital bills through exploratory and quantitative research that used analysis of data collected in the IPSM file, in the city of Belo Horizonte, in which disallowances carried out from July to September 2021 were investigated, made in a large hospital in that city. It was intended to identify the profile of disallowances audited by the IPSM technical team for the implementation of improvement actions, such as the implementation of concurrent auditing and expansion of charging by package, the most viable way according to the conclusions presented in this work.

Keywords: disallowances; accredited network; technical auditing; improvement actions.

Resumen

El Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais brinda diversos servicios de atención médica a más de 224 mil usuarios, en una red orgánica y acreditada, siendo esta última el foco de este artículo. Los datos recopilados tuvieron como objetivo analizar las desinversiones en las facturas hospitalarias a través de una investigación exploratoria y cuantitativa que utilizó el análisis de los datos recopilados en el archivo Instituto, en la ciudad de Belo Horizonte, donde las desinversiones realizadas de julio a septiembre de 2021, realizadas en un gran hospital en esa ciudad. Se pretendió identificar el perfil de las glosas auditadas por el equipo técnico del Instituto para la implementación de acciones de mejora, como la implementación de la auditoría concurrente y la ampliación de la cobranza por paquetes, los medios más viables según las conclusiones presentadas en este trabajo.

Palabras clave: glosas; red acreditada; auditoría técnica; acciones de mejora.

Recebido em 26/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 23/Mai/2022.

Aprovado em 13/Jun/2022.

⁷¹ Approximate number, once that the program capable of generating the exact number of beneficiaries does not provide free surveys

Correlação de sobrepeso, atividade física e hábitos alimentares entre policiais militares e bombeiros militares de unidades operacionais da 17ª Região de Polícia Militar

The correlation of overweight, physical activity and eating habits between military police officers and military firefighters from operational units of the 17th RPM

Correlación de sobrepeso, actividad física y hábitos alimentarios entre policías militares y bomberos militares de unidades operativas de la 17ª región policial militar

Carlos Henrique Rodrigues⁷²
Leonardo Meira de Faria⁷³

Resumo

Trata-se de pesquisa transversal que teve por objetivo a mensuração da composição corporal, nível de atividade física e hábitos de frequência alimentar de policiais militares e bombeiros militares de Unidades operacionais sediadas no município de Pouso Alegre, correlacionando as elementares com variáveis clínicas. A coleta de dados ocorreu por meio da observação direta extensiva, tendo participado da pesquisa 307 policiais militares e 84 bombeiros militares de Unidades operacionais localizadas no município de Pouso Alegre/MG, com tratamento dos dados por meio do programa *SigmaPlot*. Os resultados demonstraram que 75,2% dos militares encontram-se com sobrepeso/obesos, dos quais 55,4% classificam-se como irregularmente ativos/sedentários. Os hábitos alimentares evidenciaram maior frequência de consumo de alimentos com alto teor calórico por parte dos militares com sobrepeso/obesos, resultado que se inverteu em relação à frequência de consumo de alimentos saudáveis. Tem-se ainda que 39,4% do total de militares

⁷² Oficial da Polícia Militar de Minas Gerais. Bacharel em Ciências Militares pela Academia de Polícia Militar de Minas Gerais. Bacharel em Administração pela Unicesumar.

⁷³ Oficial do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Mestre em Ciências da Saúde - Saúde do Adulto.

participantes apresentou pelo menos uma das variáveis clínicas listadas, existindo relação considerável com a inatividade física e índice de massa corporal (IMC) superior a 25. Em relação ao IMC, não houve diferenças significativas entre bombeiros e policiais. Lado outro, em relação ao nível de atividade física há diferença significativa, visto que os policiais militares se mostram ligeiramente mais ativos em relação às atividades físicas que os bombeiros militares. Os resultados sinalizam a necessidade de fomento de ações de prevenção primária, bem como estratégias de valorização dos militares que cuidam para a manutenção de uma composição corporal satisfatória.

Palavras-chave: policiais; bombeiros; atividade física; sobrepeso; alimentação.

Introdução

O exercício das funções policial militar e bombeiro militar em assegurar, respectivamente, a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio e a execução de atividades de defesa civil, prevenção e combate a incêndios, buscas, salvamentos e socorros públicos exige, em contrapartida, atributos que diferenciam o policial militar e o bombeiro militar de um cidadão civil e estabelecem um padrão de comportamento no seio social.

Os dizeres expressos no compromisso: “...e dedicar-me ao serviço policial militar/bombeiro militar, mesmo com o sacrifício da própria vida”. (MINAS GERAIS, 2009) denotam a pujança física e comportamental, alcançadas pela dedicação e preparação no desempenho da missão.

Ocorre que pesquisas realizadas em diversos segmentos militares têm identificado alta prevalência de sedentarismo associado a hábitos alimentares inadequados, fatores que resultam em sobrepeso, enfermidades, limitações físicas, dentre outras consequências relacionadas e impactam na qualidade dos serviços prestados (ASSUNÇÃO; VIEIRA, 2015; BANDEIRA; COSTA; REIS JÚNIOR, 2008; BRAGA *et al.*, 2011; DAMASCENO *et al.*, 2016; LEVANDOSKI *et al.*, 2013; MAGALHÃES, 2009; SILVA *et al.*, 2018; SIMÕES, 1998).

Neste contexto, a problemática da pesquisa reside em estudar se há diferenças entre policiais e bombeiros militares no cuidado com a saúde, mediante avaliação do nível de atividade física dos policiais e bombeiros militares, dos hábitos de frequência alimentar e manifestação de variáveis clínicas decorrentes de sobrepeso e obesidade.

O estudo possui perfil transversal, já que demonstra os elementos predominantes na relação de policiais e bombeiros militares com a atividade física, composição corporal, influências nutricionais e variáveis clínicas.

Revisão da Literatura

O militar e sua relação com a atividade física

A relação do militar com a atividade física remonta do Brasil republicano, citando a incorporação do método francês de educação física na formação de profissionais militares para o mercado de trabalho (GHIRALDELLI JÚNIOR, 1998). Desde então, o trabalho militar passou a ser visto como sinônimo de performance física e fisiológica e tido como um padrão de comportamento (SIMÕES, 1998), aspecto também destacado ao definir o militar como sendo exemplo de aptidão e condicionamento físico (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Leal e Bortoli (2012) enfatizam que o militar durante toda a carreira deve apresentar níveis ótimos de atividade física, complementando com uma consideração existente no Manual de Campanha do Exército Brasileiro C 20-20 (treinamento físico militar) de que “a eficiência do desempenho profissional depende, de forma considerável, da condição física do militar” (MATOS *et al.*, 2010).

As organizações policiais militares gozam de caráter coercitivo de atuação e caracterizam-se pela imposição da força física (ETZIONE, 1974), asseverando que a aptidão física está relacionada à capacidade do exercício profissional diário com vigor (PATE, 1988). Tais inferências se justificam em razão do cumprimento das atribuições constantes no inciso I do artigo 142 da Constituição do Estado de Minas Gerais:

I à Polícia Militar, a polícia ostensiva de prevenção criminal, de segurança, de trânsito urbano e rodoviário, de florestas e de mananciais e as atividades relacionadas com a preservação e restauração da ordem pública, além da garantia do exercício do poder de polícia dos órgãos e entidades públicos, especialmente das áreas fazendária, sanitária, de proteção ambiental, de uso e ocupação do solo e de patrimônio cultural (MINAS GERAIS, 2018a).

No tocante ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG), a atividade operacional demanda intensa atividade física e emocional, já que se concentra nas ações de combate a incêndios urbanos e rurais, resgates e emergências pré-hospitalares (SMITH *et al.*, 2016; SOTERIADES *et al.*, 2011). Tal citação vai ao encontro da missão constante no inciso II do artigo 142 da Constituição do Estado de Minas Gerais:

II ao Corpo de Bombeiros Militar, a coordenação e a execução de ações de defesa civil, a prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio, busca e salvamento e estabelecimento de normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio ou qualquer tipo de catástrofe. (MINAS GERAIS, 2018a).

Cita-se o reconhecimento institucional da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) em definir que “é uma agência pública de prestação de serviços e de socorro comunitário. A segurança da população exige que cada policial militar possua um alto grau de aptidão física necessária para o desempenho das atividades operacionais” (MINAS GERAIS, 2018b). Em consonância, o desempenho satisfatório das ações operacionais do bombeiro militar depende de uma adequada aptidão física, o que inclui capacitação aeróbica, potência muscular, flexibilidade, resistência e primordialmente uma adequada composição corporal (KINDINGER, 2015; SILVA; ASSIS; SILVA, 2014).

Entretanto, a formação militar é marcada por treinamento físico intenso, visando o cumprimento das missões operacionais, mas que após o período de formação as atividades físicas se reduzem a testes de aptidão física e ações corporais esporádicas (BARBOSA, 2012). Além do condicionamento ao sedentarismo, Ferraz (2014) também destaca os hábitos alimentares inadequados que favorecem a incidência de sobrepeso entre militares.

Composição corporal: princípios, conceitos e aplicações

Dados da Organização Mundial da Saúde consideram a obesidade como uma doença crônica que em 2025 atingirá aproximadamente 2,3 bilhões de adultos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). No entanto, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) afirma que a realidade brasileira se mostra mais preocupante, pois revelaram que 19,8% da população brasileira é considerada obesa, por apresentar o Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30. A proporção entre os homens é de 18,7% e entre as mulheres é de 20,7%. Com relação ao excesso de peso, IMC maior que 25, o percentual nacional sobe para 55,4%, mais da metade da população adulta. Na distribuição por sexo os homens representam 57,1% de sobrepeso e as mulheres 53,9% (ABESO, 2022).

A respeito da composição corporal, destaca-se como sendo a soma de quatro elementos básicos, a saber: massa muscular, massa adiposa, massa óssea e visceral, podendo ser obtida por métodos diretos (dissecação física ou físico-química de cadáveres) e indiretos (procedimentos laboratoriais) (ASSUNÇÃO; VIEIRA, 2015) enfatizando que os métodos duplamente indiretos, por utilizarem uma abordagem antropométrica (perímetros corporais e dobras cutâneas) e bioimpedância elétrica (balanças especiais que têm placas de metal que conduzem um tipo fraco de corrente elétrica que atravessa todo o corpo), propiciam aplicação em larga escala (SIMÕES, 1998).

Rezende *et al.* (2007) consideram que o método da bioimpedância é o mais indicado para avaliar os percentuais dos elementos corporais em razão de ser rápido e prático, pois fraciona o corpo por meio de uma corrente elétrica e proporciona resultados satisfatórios, entendimento corroborado pela Polícia Militar de Minas Gerais que definiu o método de bioimpedância como mais adequado para utilização em policiais militares (MINAS GERAIS, 2018b).

Lado outro, Cunha (2006) defende o IMC como um indicador mundialmente consagrado para diagnóstico coletivo, uma vez que estabelece uma medida simples entre as variáveis peso e altura (divide-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado), sendo largamente empregado como índice de composição corporal em estudos epidemiológicos.

Bons níveis de composição corporal elevam o desempenho laboral entre militares (GUEDES; GUEDES, 2006), já que “os aspectos físicos se sobressaem como fator primordial na produtividade do segmento militar” (SIMÕES, 1998). O entendimento de Bandeira; Costa e Reis Júnior (2008) vai ao encontro disso, já que também considera a relevância da performance física e fisiológica do militar como essenciais no desempenho das funções.

Santos *et al.* (2013) salienta que a associação de uma boa composição corporal com condicionamento físico reduz o desenvolvimento de patologias, melhora as relações interpessoais e a imagem institucional perante a sociedade civil. Diversos autores relacionam o excesso de gordura corporal com anormalidades metabólicas e aumento do risco de manifestação de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como: as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia) (ASSUNÇÃO; CORDAS; ARAÚJO, 2002; LEITE, 2000; LIMA *et al.*, 2016; ROSIN, 2007; VELHO, 1994).

A esse respeito, salienta-se a existência de diversos estudos que determinaram a incidência de sobrepeso e obesidade entre militares (HAGE; REIS FILHO, 2013). Em razão da realidade apresentada, é retratado o “Programa PM em forma” como estratégia institucional na PMMG que tem por finalidade melhorar o índice de composição corporal, reduzir lesões, prevenir doenças crônicas degenerativas, reduzir absenteísmo e reprovações na avaliação física (MINAS GERAIS, 2018b).

Por fim, destaca² que o estudo da composição corporal ultrapassa a simples quantificação das estruturas corporais, visto ser um procedimento útil na avaliação e acompanhamento da saúde e desempenho laborativo (SIMÕES, 1998). Silva; Assis e Silva (2014) complementam que a satisfatoriedade no desempenho profissional e qualidade de vida dos militares passa pela adequação do perfil nutricional.

Influências Nutricionais

No que tange às influências nutricionais, Lopes *et al.* (2017) inferem que a redução da gordura corporal está vinculada a modificações no nível de atividade física diária e dieta. Corroborando tal entendimento, Simões (1998) acrescenta que o comportamento alimentar, envolvendo a harmonia e qualidade da dieta e o padrão de consumo dos alimentos é preponderante para o estado nutricional e composição corporal de militares, visto que o exercício da profissão, isoladamente, não é suficiente para condicioná-lo.

O fenômeno da obesidade é crescente em países em desenvolvimento, em razão da ingestão de alimentos com alto teor calórico e redução dos níveis de atividade física habitual (MAGALHÃES, 2009). A esse respeito, Marques-Lopes *et al.* (2004) descrevem a obesidade como sendo o aporte excessivo e crônico de substratos combustíveis, citando como exemplos as proteínas, hidratos de carbono, lipídios e álcool, em relação ao gasto energético diário que envolve o metabolismo basal, efeito termogênico e atividade física.

Traço marcante do estilo de vida das pessoas é o quadro de hipoatividade. Como efeito da conjuntura exposta (CASPERSEN; ZACK, 1997):

As investigações epidemiológicas têm demonstrado que existe uma estreita e sistemática relação entre o estabelecimento deste tipo de dieta e desenvolvimento de uma série de enfermidades crônicas não infecciosas, em particular a doença aterosclerótica coronariana, as enfermidades cardiovasculares, diversos tipos de câncer, diabetes mellitus, cálculos biliares, cáries dentárias, transtornos gastrointestinais e osteoartroses. (OMS, 1990).

Sendo assim, destaca-se que o equilíbrio dos nutrientes no organismo promove saúde e bem-estar (SIMÕES, 1998), além de otimizar o desempenho profissional, acrescentando que uma nutrição equilibrada e proporcional otimiza o desempenho na realização de atividades físicas (WOLINSKY; HICKSON JÚNIOR, 1996).

Variáveis clínicas decorrentes da incidência de sobrepeso e obesidade

A incidência do sobrepeso e da obesidade é multifatorial, pois estão relacionados a fatores metabólicos, genéticos, sociais, culturais e comportamentais (KOLOTKIN *et al.*, 2001). Autores atribuem a maioria dos casos ao excesso de ingestão calórica combinada ao sedentarismo (BRASIL, 2006; FRANCISCHI *et al.*, 2000; KOLOTKIN *et al.*, 2001), variáveis que são traços históricos das transformações sociais e modo de vida hipoativo (LIMA, 2003). A este respeito Motta *et al.* (2004) complementam:

Parecem também condicionar o crescimento da obesidade à concentração das populações no meio urbano e à diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético no trabalho e na rotina diária e à crescente industrialização dos alimentos. A busca de explicações para o crescimento acelerado da obesidade nas populações tem destacado a modernização das sociedades, a qual tem provocado mais oferta de alimentos aliada à melhoria das formas de trabalho devido à mecanização e à automação das atividades. O modo de viver foi alterado pela economia do gasto energético no trabalho e nas atividades de vida diária, associada à maior oferta de alimentos. Por essas razões, a obesidade vem sendo denominada “doença da civilização” ou “síndrome do Novo Mundo” (MOTTA *et al.*, 2004).

Mensorio e Costa Júnior (2016) consideram o IMC como um índice importante no diagnóstico primário do sobrepeso e obesidade, visto que apresenta faixas que determinam o estado nutricional, a saber: abaixo de 18,5 (desnutrição grau I); de 18,5 a 24,9 (peso normal); de 25 a 29,9 (sobrepeso); de 30 a 34,9 (obesidade grau I); de 35 a 39,9 (obesidade grau II); maior ou igual a 40 (obesidade grau III ou mórbida).

Os impactos do sobrepeso e da obesidade na saúde das pessoas ocasionam variados distúrbios fisiopatológicos, em especial no grupo classificado com IMC acima de 30, tais como: distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial, trombose), endócrinos (diabetes mellitus, dislipidemia), respiratórios (apneia do sono, doença pulmonar restritiva), disfunções gastrointestinais (hérnia de hiato, colecistite), dermatológicas (estrias e papilomas), músculo-esquelético (defeitos posturais, osteoartrose), neoplasias (câncer), psicossociais (transtornos depressivos, transtornos de ansiedade) (MANCINI, 2001).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado com um grupo de policiais militares e bombeiros militares lotados em Unidades operacionais da 17ª RPM. O efetivo existente no Batalhão de Polícia Militar avaliado é de 453 militares, tendo respondido a pesquisa 307 militares. Já o efetivo existente na Companhia de Bombeiros Militar em estudo é de 120 militares, dos quais 84 responderam a pesquisa.

A pesquisa apresenta abordagem qualitativa e quantitativa, cujo objetivo é descritivo e baseia-se na comparação das populações policiais militares e bombeiros militares. Quanto ao método de procedimento, utilizou-se o bibliográfico.

O instrumento de coleta de dados se deu pela observação direta extensiva, disponibilizado ao público alvo por meio de *link* de acesso gerado pelo *google forms*. O questionário foi dividido em seções que consideraram os aspectos sociodemográficos e ocupacionais, o nível de Atividade Física, os hábitos e frequência alimentar e variáveis clínicas existentes. Destaca-se que não houve participação do pesquisador na coleta de dados, sendo os dados informados exclusivamente pelo público-alvo.

O nível de atividade física foi investigado com o uso do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) – versão curta, sendo o nível de atividade física classificado, conforme critérios de tempo e de intensidade, em: sedentário, irregularmente ativo, ativos e muito ativos (MATSUDO *et al.*, 2001).

Os hábitos e frequência alimentar foram mensurados por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA), forma simples, sendo um instrumento que tem como objetivo a avaliação da dieta habitual de grupos populacionais. O questionário contempla a frequência de consumo de alimentos em uma semana típica, sendo os alimentos dispostos em grupos: cereais, hortaliças, frutas, leguminosas, leites e derivados, proteínas, óleos e gorduras, açúcares, bebidas e supercalóricos.

A identificação de variáveis clínicas ocorreu por meio de respostas a quesitos que elencaram variáveis decorrentes de sobrepeso, tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, gota, apneia do sono e Artrose de joelhos ou quadril.

O estudo seguiu as normas previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, acerca das pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho (FACIMPA), com protocolo do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 52963521.0.0000.5102 e número de parecer 5.293.997. Todos os indivíduos efetivaram sua participação mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os dados coletados na pesquisa foram importados pelo *Google forms* para uma planilha do Microsoft excel e posteriormente foi utilizado o programa *SigmaPlot* para gerar as análises comparativas das variáveis, classificação do IMC, classificação do nível de atividade física e a variável Corporação a que pertence. Foi utilizado teste estatístico não paramétrico, devido envolver variáveis categorias normais e ordinais, não sendo necessário o uso do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, utilizado em variáveis quantitativas.

Para verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre policiais militares e bombeiros militares, em relação à classificação do IMC e a classificação do nível de atividade física, foi utilizado o teste estatístico não paramétrico de *Mann-Whitney*, com 95% de confiança e margem de erro de 5%.

Tabela 1 - Análises Descritivas – Sociodemográfico e Ocupacional

Teste de <i>Mann-Whitney</i>		
Estatísticas de Teste	Classificação do IMC	Classificação do nível de atividade física
<i>Mann-Whitney U</i>	173,5	41.2
p-valor	0,1248	0,0001

Grupo de teste: Corporação a que pertence

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram a predominância do gênero masculino, ocorrência que se justifica pela limitação percentual de vagas para ingresso nas instituições, com faixa etária de maior incidência de 28 a 42 anos, somando 68%. Em relação aos círculos hierárquicos, tem-se também um resultado previsível de maior faixa percentual nas bases institucionais. O público-alvo também apresenta a característica de possuir companheiro(a), com 81,6% de casados/amasiados. As faixas de tempo de efetivo serviço de maior incidência foram a de 0 a 5 anos e 11 a 15 anos, que somadas representaram 51,9%. Outro dado esperado reside na maioria percentual do efetivo que desempenha atividade operacional com 90,3%.

Tabela 2 - Análises Descritivas – Sociodemográfico e Ocupacional

	PM		BM		Total	
Gênero	N	%	N	%	N	%
Masculino	280	91,2	82	97,6	362	92,6
Feminino	27	8,8	2	2,4	29	7,4
Faixa etária	N	%	N	%	N	%
23 a 27 anos	35	11,4	8	9,6	43	11
28 a 32 anos	79	25,7	16	19	95	24,2
33 a 37 anos	81	26,4	19	22,6	100	25,6
38 a 42 anos	55	17,9	16	19	71	18,2
43 a 47 anos	39	12,7	16	19	55	14,1
48 a 52 anos	12	3,9	7	8,4	19	4,8
53 a 57 anos	3	1	2	2,4	5	1,3
58 a 60 anos	3	1	0	-	3	0,8
Círculo hierárquico	N	%	N	%	N	%
Oficiais superiores	2	0,7	0	-	2	0,5
Oficiais intermediários	3	1	1	1,2	4	1
Oficiais subalternos	23	7,5	3	3,6	26	6,6
Praça especial	1	0,3	0	-	1	0,2
Sub Ten/Sgt	106	34,5	40	47,6	146	37,4
Cabos/Soldados	172	56	40	47,6	212	54,3

Estado civil	N	%	N	%	N	%
Solteiro(a)	50	16,3	9	10,7	59	15,1
Casado(a)/mora com um companheiro(a)	246	80,1	73	86,9	319	81,6
Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)	10	3,3	2	2,4	12	3,1
Viúvo(a)	1	0,3	0	-	1	0,2

Tempo de efetivo serviço	N	%	N	%	N	%
0 a 5 anos	86	28	13	15,5	99	25,3
6 a 10 anos	38	12,3	13	15,5	51	13
11 a 15 anos	85	27,7	19	22,6	104	26,6
16 a 20 anos	50	16,3	16	19	66	16,9
21 a 25 anos	30	9,8	17	20,2	47	12
26 a 30 anos	18	5,9	6	7,2	24	6,2

Tipo de atividade desempenhada	N	%	N	%	N	%
Operacional	284	92,5	69	82,2	353	90,3
Administrativa	23	6,5	15	17,8	38	9,7

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Os dados de IMC (TAB. 3) nos apresenta uma realidade interessante, pois somente 24,8% do público-alvo encontra-se com composição corporal normal, não havendo distinção significativa entre PMMG e CBMMG. No que tange ao sobrepeso, ambas as instituições superam a média nacional que é de 55,4% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). No quesito obesidade, o somatório percentual das instituições não supera a média nacional de 19,8% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), mas se mantém aproximado com 11,5%.

Tabela 3 - Composição corporal

IMC	PM		BM		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abaixo do peso - até 18,49	0	-	0	-	0	-
Peso normal - 18,5 a 24,99	75	24,5	22	26,2	97	24,8
Sobrepeso - 25 a 29,99	199	64,8	50	59,5	249	63,7
Obesidade grau I - 30 a 34,99	30	9,8	10	11,9	40	10,1
Obesidade grau II - 35 a 39,99	2	0,6	1	1,2	3	0,8
Obesidade grau III - igual ou maior a 40	1	0,3	1	1,2	2	0,6

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Embora não haja diferenças significativas entre as composições corporais dos integrantes das instituições, nota-se que nas faixas de peso normal e sobrepeso os percentuais do CBMMG são melhores em relação aos da PMMG, situação que se inverte nas faixas de obesidade (TAB. 3).

Tabela 4 - Comparativo entre a percepção pessoal de composição corporal com a realidade apresentada (PMMG)

	PM		Abaixo do peso		Peso normal		Sobrepeso/obeso	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estou abaixo do peso	15	4,9	0	0	15	100	0	0
Estou no peso correto	106	34,5	0	0	52	49,1	54	50,9
Estou acima do peso	186	60,6	0	0	8	4,3	178	95,7

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Em relação à percepção dos militares a respeito do próprio peso (Tabela 4), 100% dos militares da PMMG que se julgaram abaixo do peso estão no peso normal. Aproximadamente a metade dos militares que informaram estar no peso correto estão com sobrepeso/obesos 50,9%. A análise dos dados apresentados demonstra uma tendência de percepção de redução do próprio peso em relação à realidade.

Na instituição CBMMG as percepções dos militares que se julgaram abaixo do peso e no peso correto apresentaram percentual de equívoco muito semelhante aos da PMMG, sendo destacada assertividade somente em relação aos militares que se julgaram acima do peso (TAB. 5).

Tabela 5 - Comparativo entre a percepção pessoal de composição corporal com a realidade apresentada (CBMMG)

	BM		Abaixo do peso		Peso normal		Sobrepeso/obeso	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estou abaixo do peso	6	7,1	0	0	6	100	0	0
Estou no peso correto	31	37	0	0	16	51,6	15	48,4
Estou acima do peso	47	55,9	0	0	0	0	47	100

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Nota-se que existe considerável relação entre a composição corporal e desempenho das atividades profissionais (BANDEIRA; COSTA; REIS JÚNIOR, 2008; GUEDES; GUEDES, 2006; SIMÕES, 1998), visto que 98% dos militares da PMMG que informaram dificuldade/restrrição na execução das atividades profissionais em razão da composição corporal realmente estavam com sobrepeso/obesos, número que no CBMMG foi de 92,3% (TAB. 6)

Tabela 6 - Comparativo entre militares que responderam que sua composição corporal dificulta/restringe a execução das atividades profissionais

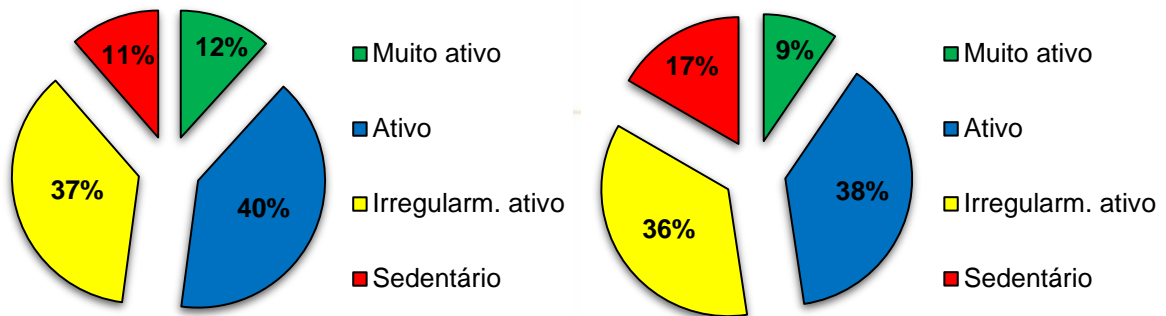
	N	%*	Sobrepeso/obeso	%
PMMG	83	27	82	98,8
CBMMG	26	30,9	24	92,3

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Nota: * Percentual do total de militares de cada instituição.

No tocante ao nível de atividade física, as semelhanças percentuais entre as instituições se mantêm, havendo destaque para o fato de que 48% dos militares da PMMG são irregularmente ativos/sedentários e 53% dos militares do CBMMG estão na mesma condição (GRÁF. 1), dados que vão de encontro com os entendimentos dos autores (LEAL; BORTOLI, 2012; MATOS *et al.*, 2010). Já em relação ao nível ativo e muito ativo, há pequena diferença percentual favorável aos policiais militares.

Gráfico 1 – Comparativo do nível de atividade física entre PMMG e CBMMG

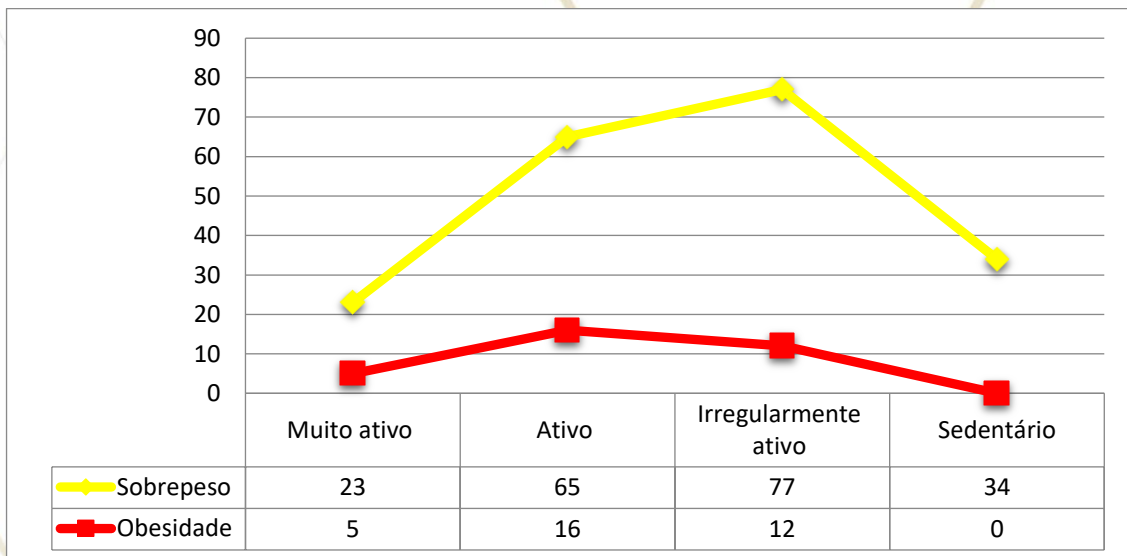


Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Nota: Gráfico da esquerda (PMMG) e gráfico da direita (CBMMG).

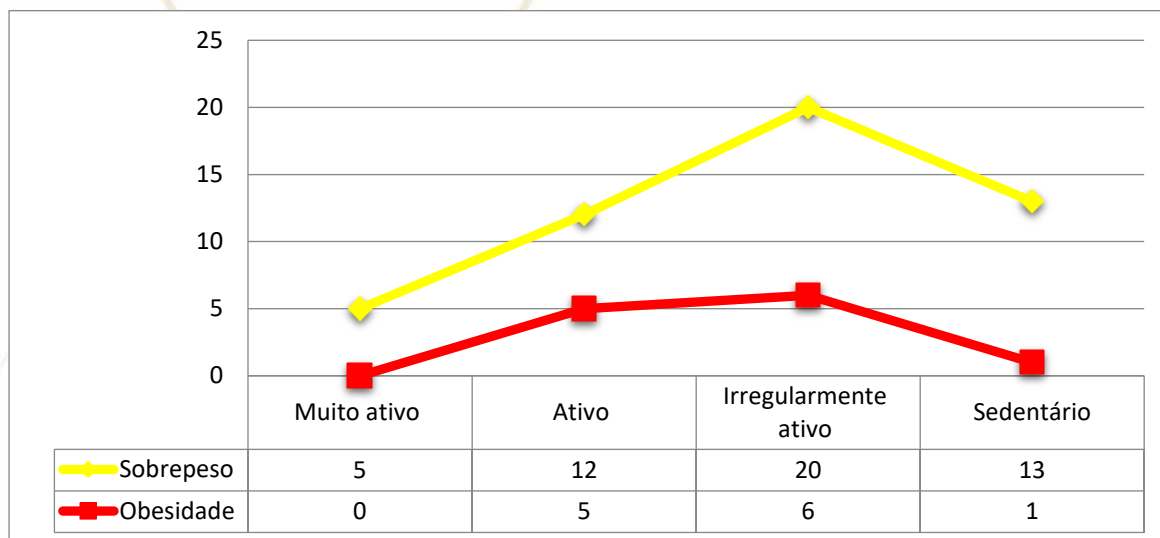
Chama atenção no Gráfico 2 a informação de que 47% dos militares da PMMG com sobrepeso/obesos foram classificados como muito ativos/ativos. O contexto no CBMMG se assemelhou ao da PMMG com 35,5% dos militares com sobrepeso/obesos como muito ativos/ativos e número reduzido de militares na condição de sedentários (GRÁF. 3).

Gráfico 2 - Comparativo entre composição corporal e nível de atividade física (PMMG).



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

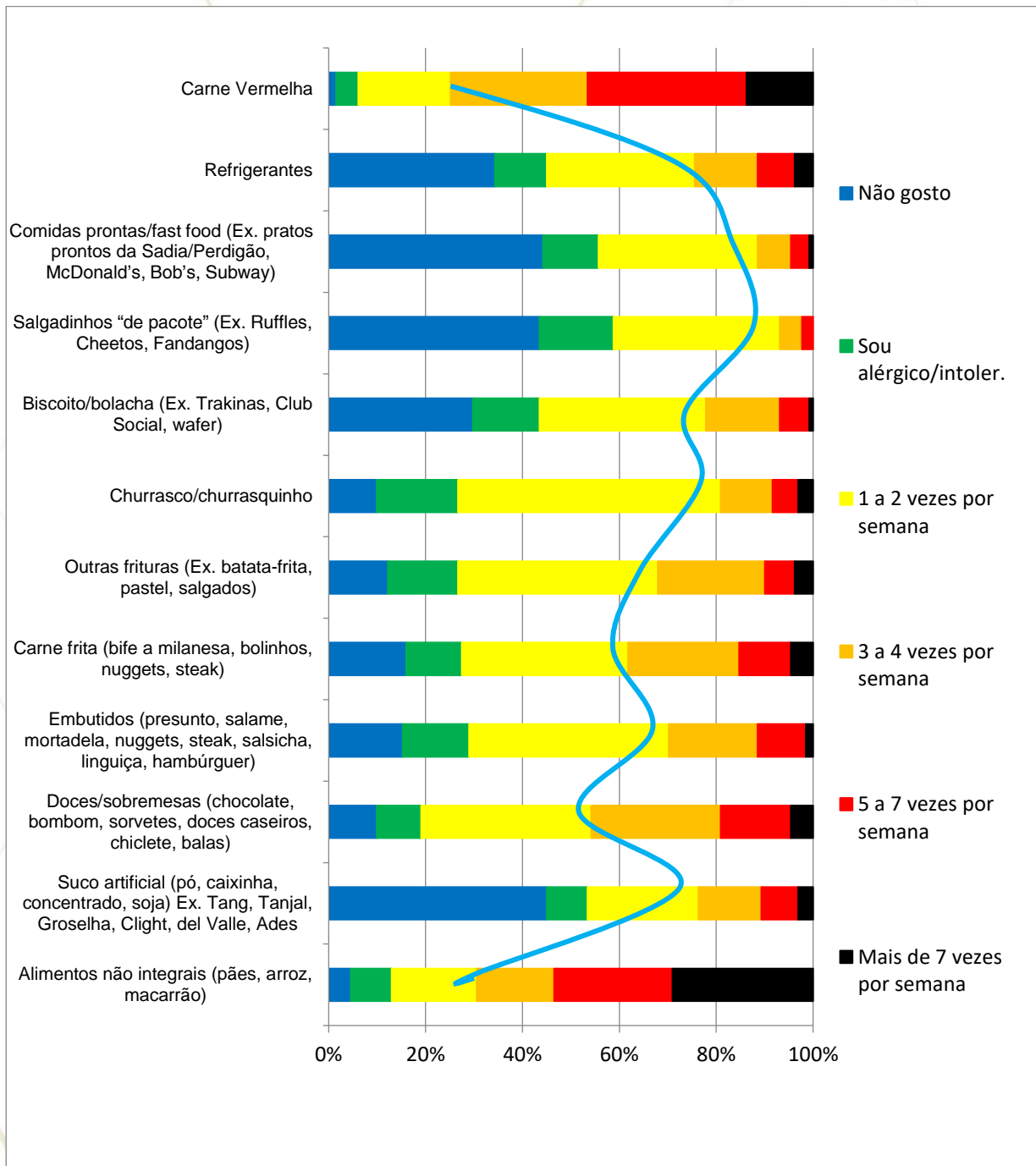
Gráfico 3 - Comparativo entre composição corporal e nível de atividade física (CBMMG).



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

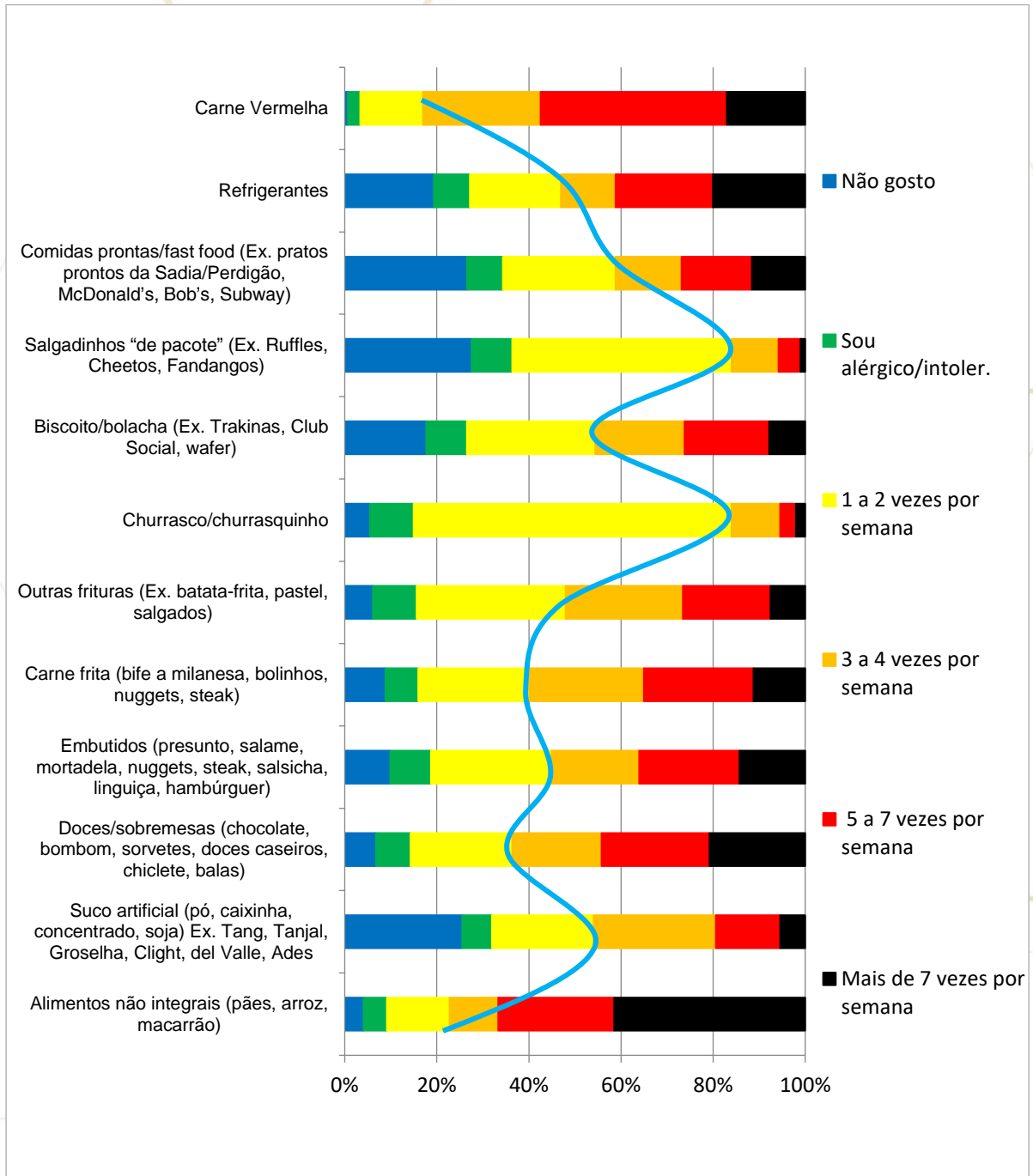
Considerando a realidade apresentada nos Gráficos 2 e 3, necessário se fez averiguar os hábitos de frequência alimentar dos militares com composição corporal de sobrepeso/obeso e que também apresentaram nível de atividade física classificado como muito ativos/ativos. O Gráfico 4 demonstrou que os hábitos de frequência alimentar do citado segmento, considerando os alimentos com alto teor calórico, apresentaram-se melhor do que o dos militares com composição corporal normal (GRÁF. 6) e muito superior ao dos militares com sobrepeso/obesos e com baixa atividade física (GRÁF. 5).

Gráfico 4 - Frequência alimentar em alimentos com alto teor calórico de militares com sobrepeso/obesos e nível de atividade muito ativo/ativo.



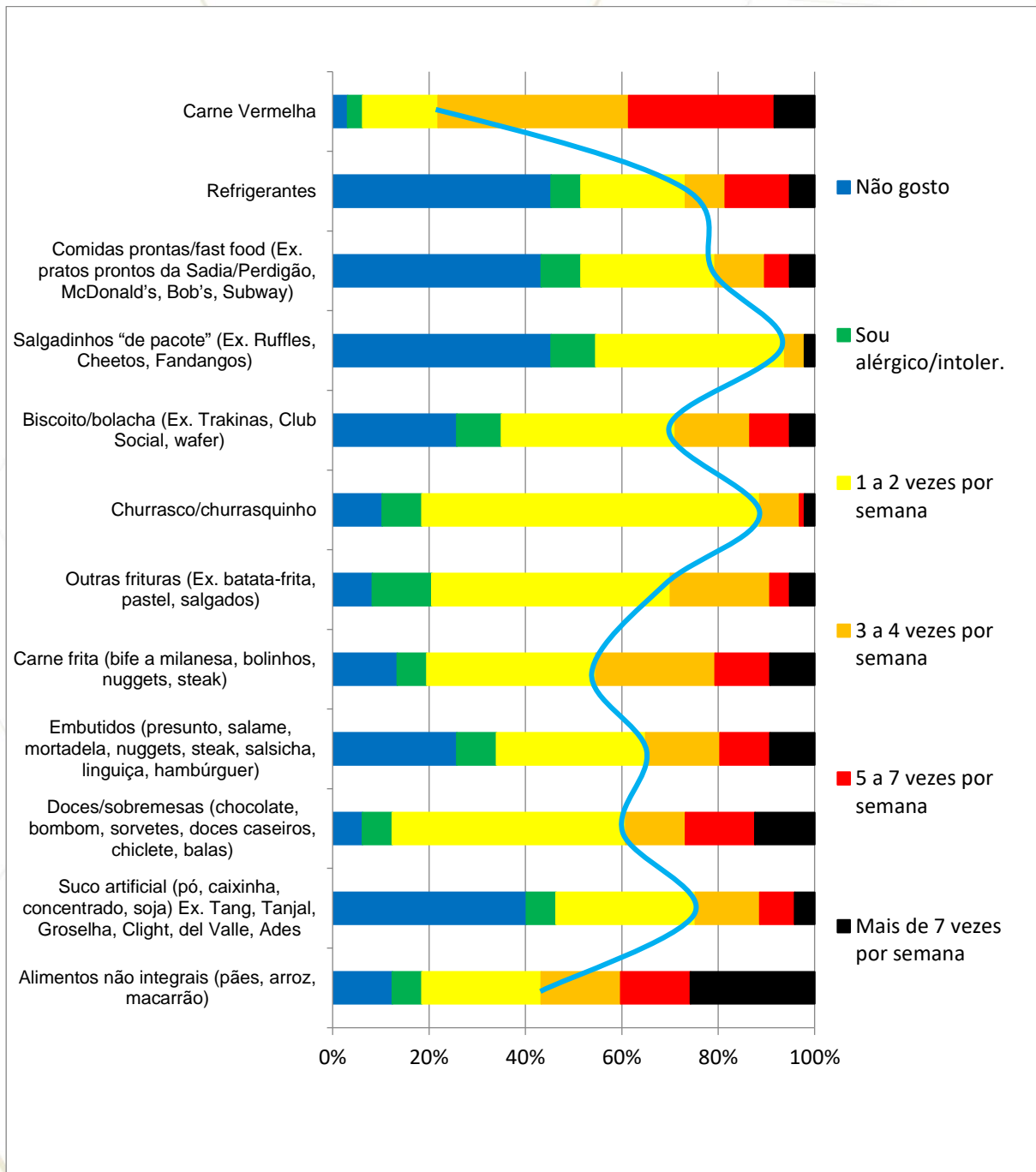
Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Gráfico 5 - Frequência alimentar em alimentos com alto teor calórico de militares com sobrepeso/obesos e com baixa atividade física.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Gráfico 6 - Frequência alimentar em alimentos com alto teor calórico de militares com peso normal.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

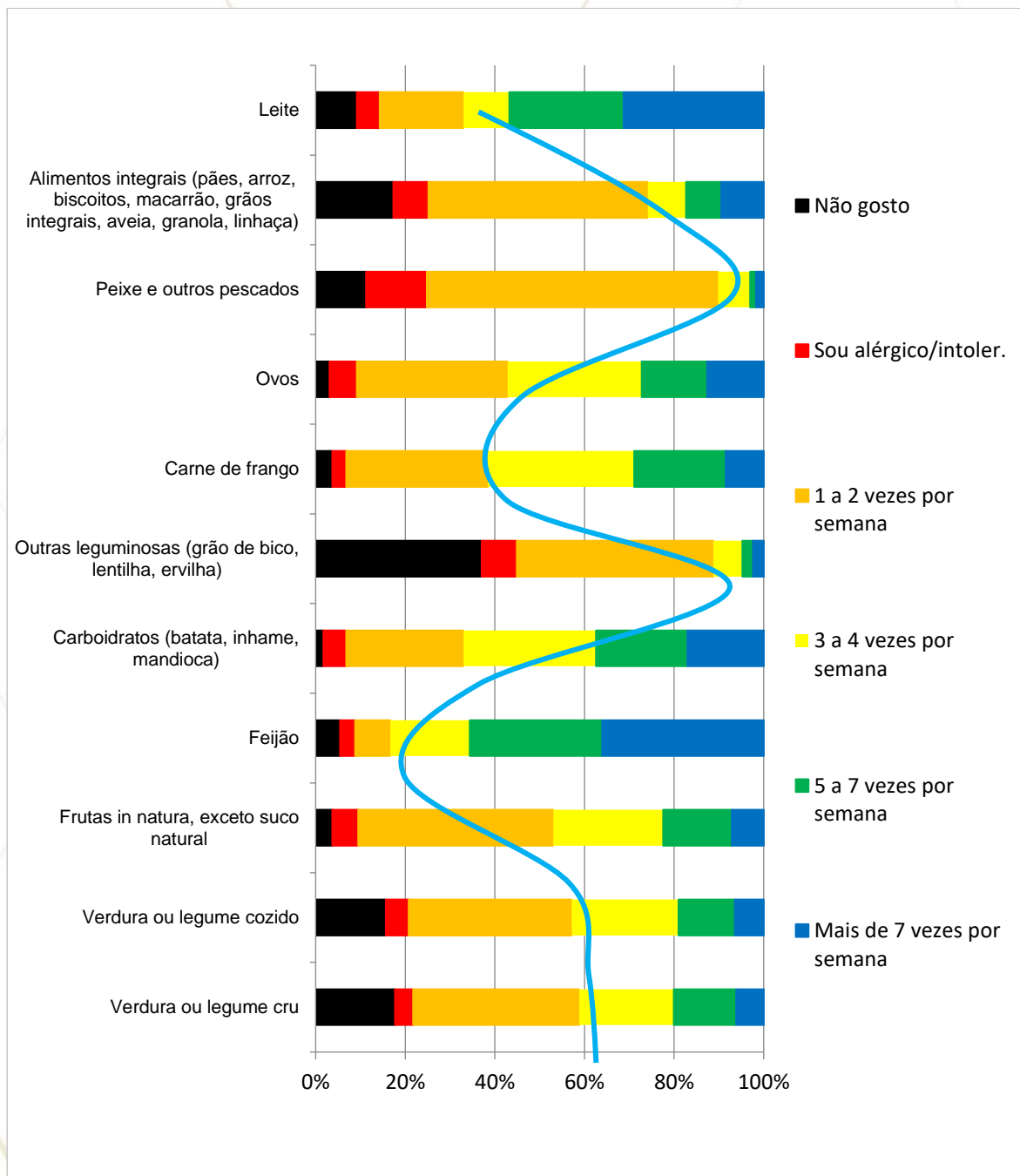
Diante do exposto, apesar de não ter sido objeto da presente pesquisa, uma variável que pode justificar a incidência de sobrepeso/obesidade de militares muito ativos/ativos e com baixa frequência de consumo de alimentos com alto teor calórico reside na quantidade da ingestão.

Observa-se nos Gráficos 5 e 6 que tanto militares com sobrepeso/obesos quanto militares com peso normal consomem alimentos com alto teor calórico, estando a distinção entre os segmentos na frequência com que consomem tais alimentos.

Fica evidente pela linha divisória da frequência de consumo (3 a 4 vezes por semana) que entre militares com sobrepeso/obesos o percentual é maior no consumo de todos os alimentos listados.

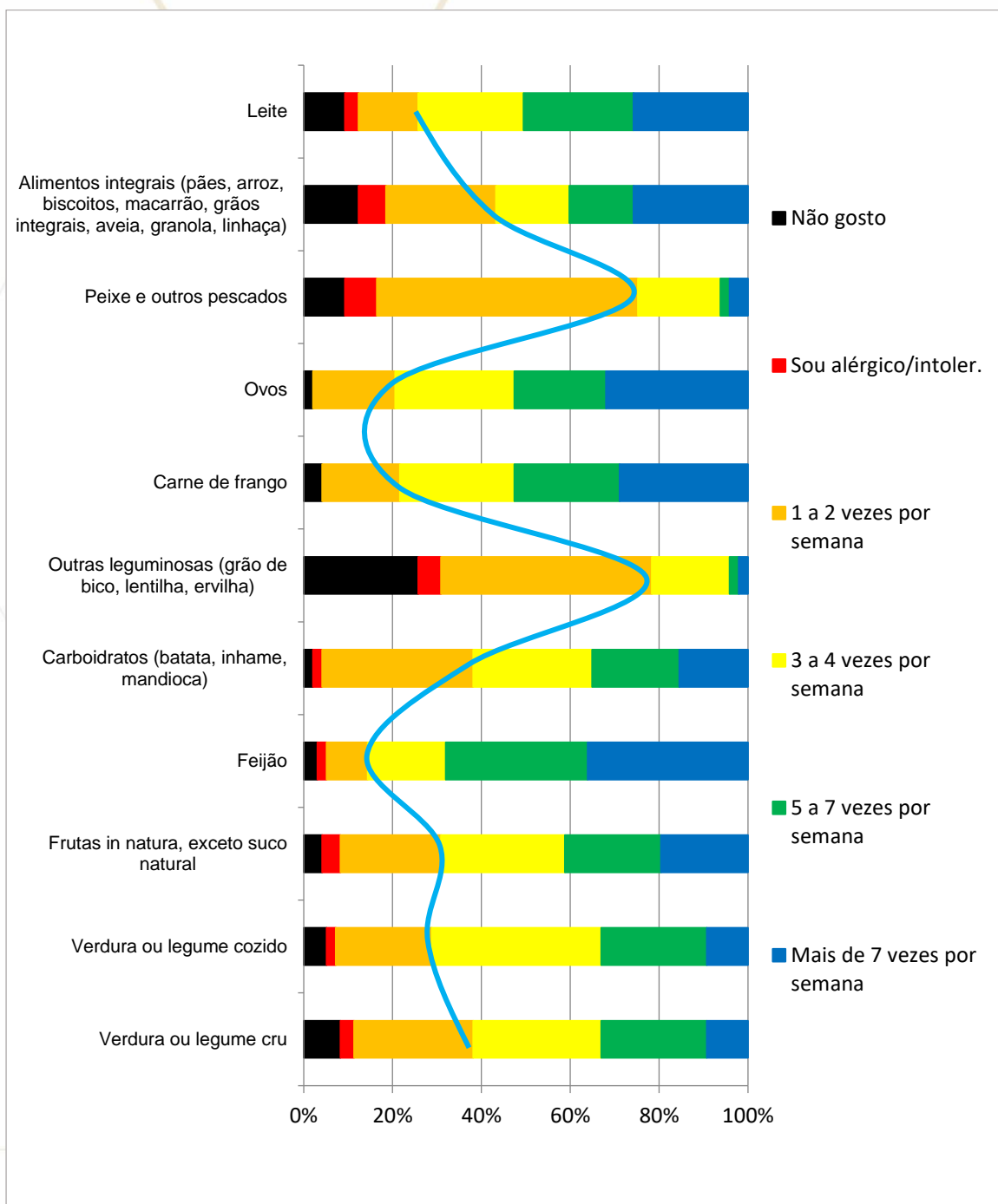
Em oposição ao exposto nos Gráficos 5 e 6, os Gráficos 7 e 8 demonstraram uma realidade diversa que retrata menor frequência de consumo de alimentos saudáveis por parte dos militares com sobrepeso/obesos quando comparados com os militares com peso normal. Com exceção dos carboidratos, todos os demais alimentos foram consumidos com maior frequência pelos militares com peso normal.

Gráfico 7 - Frequência alimentar em alimentos saudáveis de militares com sobrepeso/obesos.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

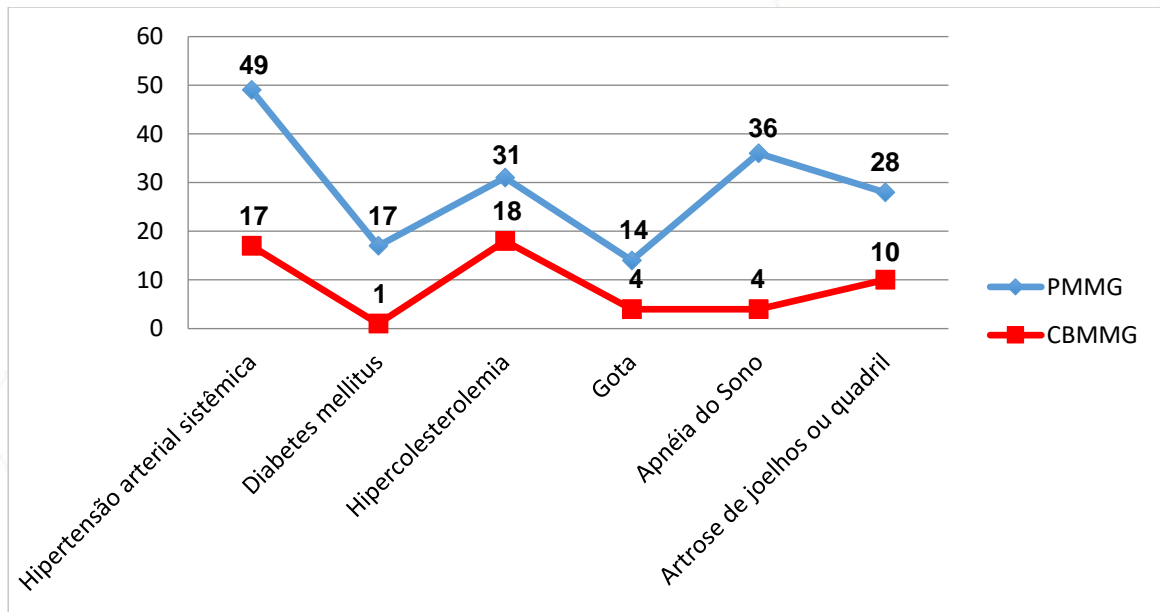
Gráfico 8 - Frequência alimentar em alimentos saudáveis de militares com peso normal.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Em relação às variáveis clínicas, o Gráfico 9 demonstra o número de manifestações relatadas, havendo certa uniformidade entre as instituições, exceto nas variáveis apneia do sono e artrose de joelhos ou quadril.

Gráfico 9 - Comparativo de variáveis clínicas entre PMMG e CBMMG

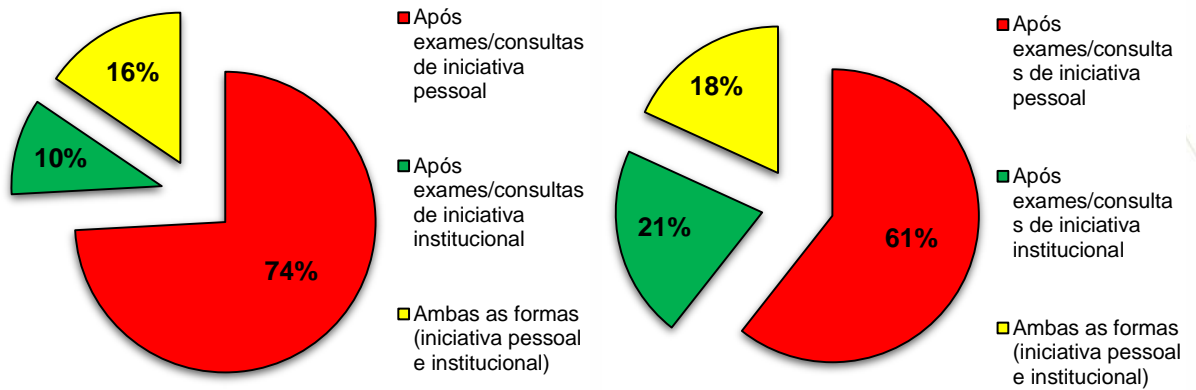


Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Referente à forma como o militar tomou conhecimento da existência de alguma das variáveis clínicas relacionadas, chama atenção que elevado percentual de militares tomou conhecimento por meio de exames/consultas de iniciativa pessoal, sendo reduzido o percentual de participação das seções de Serviço de Assistência à Saúde (SAS) no processo de identificação das variáveis clínicas (GRÁF. 10).

As constatações por ambas as formas apresentaram resultado similar entre as instituições, sendo interessante destacar que entre os militares do CBMMG há maior participação da SAS quando comparado com os militares da PMMG.

Gráfico 10 - Modo como tomou conhecimento da existência de variáveis clínicas



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Nota: Gráfico da esquerda (PMMG) e gráfico da direita (CBMMG).

Os dados da Tabela 7 demonstram que dos 307 militares da PMMG apenas 187 não possui nenhuma das variáveis relacionadas, sendo que 120 militares possuem, pelo menos, uma variável. Os dados percentuais evidenciam relação marcante das variáveis com inatividade física, sendo de forma mais severa em relação ao sobrepeso/obesidade, havendo alinhamento com o exposto por Mensorio; Costa Júnior, 2016.

Tabela 7 - Relação das variáveis clínicas com nível de atividade física e composição corporal (PMMG).

	PM		Irregularmente ativo (A)		Sedentário (B)		Total (%)	Sobrepeso/obeso	
	N*	%	N	%	N	%	A + B	N	%
Hipert. arterial sistêmica	49	28	22	44,9	11	22,4	67,3	44	89,8
Diabetes mellitus	17	9,7	12	70,6	4	23,5	94,1	17	100
Hipercolesterolemia	31	17,7	13	41,9	6	19,3	61,2	26	83,9
Gota	14	8	6	42,8	6	42,8	85,6	14	100
Apnéia do Sono	36	20,6	15	41,7	7	19,4	61,1	33	91,6
Artrose de joelhos/ quadril	28	16	9	32,1	9	32,1	64,2	28	100
Nenhuma variável	187 **	60,9	58	31	11	5,9	36,9	125	66,8

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Nota: * 38 militares possuem mais de uma variável clínica.

** Número absoluto de militares do público alvo da PMMG.

Em mais um comparativo as semelhanças institucionais estão presentes no percentual de militares que não possui nenhuma das variáveis clínicas relacionadas na pesquisa. Já quanto ao percentual de inatividade física relacionada a variáveis clínicas, em todas as variáveis os militares do CBMMG apresentaram percentuais mais elevados que os militares da PMMG (TAB. 8).

Tabela 8 - Relação das variáveis clínicas com nível de atividade física e composição corporal (CBMMG).

	BM		Irregularmente ativo (A)		Sedentário (B)		Total (%)	Sobrepeso /obeso	
	N*	%	N	%	N	%	A + B	N	%
Hipert. arterial sistêmica	17	31,6	10	58,8	3	17,6	76,4	15	88,2
Diabetes mellitus	1	1,8	1	100	-	-	100	1	100
Hipercolesterolemia	18	33,3	7	38,9	7	38,9	77,8	15	83,3
Gota	4	7,4	4	100	-	-	100	4	100
Apnéia do Sono	4	7,4	3	75	-	-	75	4	100
Artrose de joelhos/quadril	10	18,5	5	50	3	33,3	83,3	10	100
Nenhuma variável	50**	59,5	13	26	5	10	36	17	34

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Nota: * 18 militares possuem mais de uma variável clínica.

** Número absoluto de militares do público-alvo do CBMMG.

Chama também atenção o fato de que 34 dos 84 militares do CBMMG participantes possuem, pelo menos, uma variável clínica da relação listada.

Dado o exposto nas análises acima, pelo resultado do Teste de Mann-Whitney, pode-se concluir com 95% de confiança que não existe diferença estatisticamente significativa entre os policiais militares e os bombeiros militares em relação à classificação do IMC, pois o valor de p é mais que 0,05 (p -valor 0,1248 > 0,05).

Em relação ao nível de atividade física, nota-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os policiais militares e os bombeiros militares, podendo afirmar com 95% de confiança que os policiais militares se mostram ligeiramente mais ativos em relação às atividades físicas que os bombeiros militares.

Considerações finais

Evidenciou-se na pesquisa que as atividades de policial militar e bombeiro militar possuem estreita relação com o desempenho físico, exigência imprescindível para o eficiente desempenho das missões institucionais. Em contrapartida, estudos evidenciam nos segmentos militares prevalência de inatividade física, sobrepeso/obesidade, hábitos alimentares inadequados, além de manifestação de variáveis clínicas que impactam na prestação dos serviços para a sociedade (ASSUNÇÃO; VIEIRA, 2015; BANDEIRA; COSTA; REIS JÚNIOR, 2008; BRAGA *et al.*, 2011; DAMASCENO *et al.*, 2016; LEVANDOSKI *et al.*, 2013; MAGALHÃES, 2009; SILVA *et al.*, 2018; SIMÕES, 1998).

A pesquisa foi estruturada de forma lógica, proporcionando ao leitor o entendimento das elementares que compõem o objeto de estudo, a saber: a relação do militar com a atividade física; composição corporal: princípios, conceitos e aplicações; influências nutricionais e variáveis clínicas decorrentes da incidência de sobrepeso e obesidade.

Entende-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, visto que os dados coletados foram suficientes a representar a realidade dos militares lotados nas Unidades referenciadas. A este respeito, houve predomínio de sobrepeso/obesidade, aliado à inatividade física e consumo frequente de alimentos com alto teor calórico. Como consequência, 39,4% do público participante apresentou, pelo menos, uma variável clínica das listadas.

Apurou-se também que 27,9% do público pesquisado encontra restrição para a execução das atividades profissionais em razão da composição corporal. Somado ao exposto, evidenciou-se que a maioria dos militares demonstrou a crença equivocada de que se encontrava em faixa de composição corporal inferior a que realmente se encontram.

A problemática da pesquisa, que residiu em determinar a existência de diferenças entre policiais militares e bombeiros militares no cuidado com a saúde, demonstrou paridade percentual em relação ao IMC. Em relação ao nível de atividade física, notou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os policiais militares e os bombeiros militares, visto que os policiais militares se mostram ligeiramente mais ativos em relação às atividades físicas que os bombeiros militares.

Acredita-se que a pesquisa contribuiu para expor uma tendência de aumento de sobrepeso/obesidade, com suas causas e consequências, em instituições militares, situação que carece de estratégias de gestão que proporcionem melhorias na sistemática de prevenção primária, com foco na mudança do cenário apresentado nos Gráficos 9 e 10.

A existência de um acompanhamento constante do estado nutricional dos militares, representado pelo IMC, apurado por abordagem antropométrica e/ou bioimpedância elétrica, apresenta-se como uma estratégia de prevenção primária de saúde interessante para diagnosticar a necessidade de orientação/assessoramento aos militares nos aspectos: alimentação e atividade física.

Lado outro, há que existir, paralelamente, intervenções estratégicas com o fim de valorizar os militares que apresentam manutenção da composição corporal satisfatória, índice que sinaliza preocupação e contrapartida do militar com a própria saúde e disponibilidade plena no desempenho das funções institucionais.

Finalizando, em sendo implementadas as estratégias supracitadas, sugere-se o desenvolvimento de estudos capazes de estabelecer a importância da participação institucional no fomento de mudança na realidade ora apresentada. Tem-se como possível também o desenvolvimento de estudos que mensurem os custos da incidência de sobrepeso/obesidade para o sistema de saúde das Instituições.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Mapa da obesidade**. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 25 out. 2021.

ASSUNÇÃO, S.; CORDAS, T.; ARAÚJO, L. Atividade física e transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.1, n. 29, p. 2-13, 2002.

ASSUNÇÃO, G. V.; VIEIRA, C. M. S. Composição corporal por bioimpedância de policiais da Companhia de Choque do BPRONE da Polícia Militar do Piauí. **Revista Somma**, Piauí, v. 1, n.1, p. 68-77, jul./dez. 2015.

BANDEIRA, V. M.; COSTA, D. D.; REIS JÚNIOR, J. **Avaliação da composição corporal em policiais militares do 22º Batalhão da Polícia Militar na cidade de Trindade/GO, utilizando-se como referencial o índice de massa corporal**. 2008, Monografia (Bacharelado em Educação Física) – Faculdade Unida de Campinas, Goiânia, 2008.

BARBOSA, W. G. **A relação entre aptidão física e percentual de gordura corporal em militares**. 2012. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Aberta do Brasil, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

BRAGA, M. O. *et al.* Perfil antropométrico e da composição corporal de policiais militares de uma companhia pertencente a uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Digital**, Buenos Aires, Año 15, n. 154, marzo 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Epidemiologia: relevância do problema e conceito e classificação**. Brasília-DF: MS; 2006. p.16-26. Cadernos de Atenção Básica nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.

CASPERSEN, C. J.; ZACK, M. The prevalence of physical inactivity in the United States. *In*: LEON, A. (Ed.) **Physical activity and cardiovascular health: a National Consensus**. Champaign: Human Kinetics, 1997. p.32-49.

CUNHA, R. S. P. **Correlação entre indicadores antropométricos de obesidade em militares do Exército Brasileiro**. 2006. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

DAMASCENO, R. K. V. *et al.* Composição corporal e dados antropométricos de policiais militares do Batalhão de Choque do Estado do Ceará. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 4, n. 2, p. 109-119, nov. 2016.

ETZIONE, A. **Análise comparativa de organizações complexas sobre o poder, o engajamento e seus correlatos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

FERRAZ, A. F. Exercícios físicos x obesidade e saúde do policial militar. **Revista Científica da Polícia Militar**, Mato Grosso, v. 13, n.1, p. 162-180, jul./dez. 2014.

FRANCISCHI, R.P.P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev Nutr.**, v.13, n.1, p.17-28, 2000.

GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. P. **Manual prático para avaliação em educação física**. Barueri, SP: Manole, 2006.

GHIRALDELLI JÚNIOR, P. Educação Física Progressista. São Paulo: Loyola, 1998.

HAGE, C. C. E; REIS FILHO, A. D. Análise do desempenho físico e perfil antropométrico dos alunos do curso de formação de soldados da PM/MT – Cesp após 12 semanas de treinamento físico. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 7, n. 41, p. 498-505, 2013.

KINDINGER, B. A. **Condição física dos bombeiros militares do curso de formação de soldado 2013 da região metropolitana de Curitiba-PR**. 2015. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

KOLOTKIN, R.L. *et al.* Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res.**, v.9, n.2, p.102-111, 2001.

LEAL, M. L. J.; BORTOLI, R. Qualidade de vida em policiais militares. **Lecturas – Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 16, n. 164, 2012.

LEITE, P. F. **Aptidão Física: Esporte e Saúde**. São Paulo: Editora Robe Editorial, 2000.

LEVANDOSKI, G. *et al.* Qualidade de vida e composição corporal de soldados ingressantes no exército. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Paraná, v. 5, n. 2, p. 23-30, abr./jun. 2013.

LIMA, Valquíria de. **Ginástica Laboral: atividade física no ambiente de trabalho**. São Paulo: Phorte, 2003.

LIMA, A. D. *et al.* A associação do índice de massa corpórea com a relação cintura/quadril no comprometimento da saúde de policiais militares no estado do Ceará. **Rev. Bras. de Pres. e Fisiologia do Exercício**, Ceará, v. 10, n. 59, p.330-339, 2016.

LOPES, F. J. *et al.* Efeito de mudanças graduais de exercício físico e dieta sobre a composição corporal de obesos. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 24, n. 1, p. 93-97, 2017.

MAGALHÃES, G. A. **Nível de aptidão física relacionada à saúde de policiais militares da 17ª Companhia do 34º Batalhão de Polícia Militar do Estado de Minas Gerais**. 2009. 54 f. Monografia (Bacharelado em Educação Física) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MANCINI, M.C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. MeTAB.**,v. 45, n. 6, p.584-606, 2001.

MARQUES-LOPES, I. *et al.* Aspectos Genéticos da Obesidade. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 3, p.327-338, jul./sept. 2004.

MATOS, D.G. *et al.* Perfil evolutivo do condicionamento aeróbico e da força em policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, ano 8, n. 25, p. 14-20, 2010.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de viabilidade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física & saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MENSORIO, M. S.; COSTA JÚNIOR, A. L. C. Obesidade e estratégias de enfrentamento: o quê destaca a literatura? **Revista Psicologia, saúde & Doenças**, v. 17, n. 3, p. 468-482, 2016.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Resolução n. 4.040 de 04 de setembro de 2009**: Dispõe sobre o compromisso a ser prestado pelos formandos em cursos da Polícia Militar. Belo Horizonte: Comando Geral, 2009.

MINAS GERAIS. [Constituição (1989)]. Constituição do Estado de Minas Gerais: atualizada e acompanhada dos textos das Emendas à Constituição nos 1 a 98. 21. Ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2018a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/legislacao/Downloads/pdfs/ConstituicaoEstadual.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Ordem de Serviço n. 8053.5/2018-CG**: implementação do programa PM em Forma. Belo Horizonte: Comando Geral, 2018b.

MOTTA, D.G.; PERES, M.T.M.; CALÇADA, M.L.M.; VIEIRA, C.M.; TASCA, A.P.W.; PASSARELLI, C. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde Rev.**, v. 6, n. 13, p.63-70, 2004.

PATE, R.R. The evolving definition of physical fitness. **Quest**, v. 40, n. 3, p.174-179,1988.

REZENDE, F. *et al.* Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. **Archivos Latinoamericanos de nutrición**, v. 57, n.4, p. 327-334, 2007. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-06222007000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 jun. 2021.

ROSIN, B. L. The progression of cardiovascular risk to cardiovascular disease. **Rev. Cardio vasc Med**, v. 8, suppl4, S3-8, p. 1-8, 2007.

SANTOS, J. A. B. *et al.* Nível de adiposidade corporal e de aptidão física de policiais militares de Boa Vista – Roraima. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 7, n. 37, p. 21-28, 2013.

SILVA, M. E. N.; ASSIS, J. N.; SILVA, J. R. Perfil nutricional dos militares de uma unidade militar da cidade de Anápolis em Goiás. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 8, n. 48, p. 354- 362, nov./dez., 2014. Disponível em: <http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/478/439>. Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, A. F. *et al.* Composição corporal ente policiais militares fisicamente ativos e inativos. **Revista Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais, v. 12, n. 2, p. 414-423, jul./dez., 2018.

SIMÕES, M. C. **Composição corporal das policiais femininas de Florianópolis**. 1998. 135 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1998.

SMITH, D.L. *et al.* Cardiovascular strain of firefighting and the risk of sudden cardiac events. **Exerc Sport Sci Rev.**, v. 44, n. 3, p.90-97, 2016.

SOTERIADES, E.S. *et al.* Cardiovascular disease in US firefighters: a systematic review. **Cardiol Rev.**, v.19, n.4, p.202-215, 2011.

VELHO, N. M. **Análise da aptidão física dos policiais militares do Estado de Santa Catarina**. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 1994.

WOLINSKY, I.; HICKSON JÚNIOR, J. F. **Nutrição no Exercício e no Esporte**. São Paulo: Editora Roca Ltda, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dieta, Nutrición y Prevencion de Enfermidades Crônicas**. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Genebra: WHO, 1990. (Série de Informes Técnicos 797).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight and what is the scale of the obesity problem in your country?** Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 2006. Disponível em:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> and
<http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=118>. Acesso em 01 Abr. 2022.

Abstract

This is a cross-sectional study that aimed to measure body composition, physical activity level and food frequency habits of military police officers and military firefighters from operational units based in the city of Pouso Alegre, correlating the elementary with clinical variables. Data collection took place through extensive direct observation, with 307 military police officers and 84 military firefighters from operational units located in the municipality of Pouso Alegre/MG participating in the research, with data processing using the SigmaPlot program. The Results showed that 75.2% of the military are overweight/obese, of which 55.4% are classified as irregularly active/sedentary. Eating habits showed a higher frequency of consumption of high-calorie foods by overweight/obese soldiers, a result that was reversed in relation to the frequency of consumption of healthy foods. There is also that 39.4% of the total number of military participants showed at least one of the listed clinical variables, with a considerable relationship with physical inactivity and body mass index (BMI) greater than 25. Regarding BMI, there were no significant differences between firefighters and police officers. On the other hand, in relation to the level of physical activity, there is a significant difference, since military police officers are slightly more active in terms of physical activities than military firefighters. The results indicate the need to promote primary prevention actions, as well as strategies to value the military who care for the maintenance of a satisfactory body composition.

Keywords: cops; firefighters; physical activity; overweight; food.

Resumen

Se trata de una investigación transversal que tuvo como objetivo medir la composición corporal, el nivel de actividad física y los hábitos de frecuencia alimentaria de policías militares y bomberos militares de unidades operativas ubicadas en la ciudad de Pouso Alegre, correlacionando las variables elementales con las clínicas. La recolección de datos ocurrió a través de una amplia observación directa, con la participación de 307 policías militares y 84 bomberos militares de unidades operativas ubicadas en el municipio de Pouso Alegre/MG, con procesamiento de datos utilizando el programa SigmaPlot. Los resultados mostraron que el 75,2% de los militares tienen sobrepeso/obesidad, de los cuales el 55,4% se clasifican como irregularmente activos/sedentarios. Los hábitos

alimentarios mostraron una mayor frecuencia de consumo de alimentos hipercalóricos por parte de los soldados con sobrepeso/obesidad, resultado que se invirtió en relación con la frecuencia de consumo de alimentos saludables. Además, el 39,4% del total de militares participantes presentó al menos una de las variables clínicas enumeradas, con una relación considerable con la inactividad física y el índice de masa corporal (IMC) superior a 25. En cuanto al IMC, no hubo diferencias significativas entre bomberos y policía. Por otro lado, en relación al nivel de actividad física, existe una diferencia significativa, ya que los policías militares son ligeramente más activos en relación a las actividades físicas que los bomberos militares. Los resultados indican la necesidad de promover acciones de prevención primaria, así como estrategias de valorización de los militares que se preocupan por el mantenimiento de una composición corporal satisfactoria.

Palabras clave: policía; bomberos; actividad física; exceso de peso; alimentación.

Recebido em 18/Abr/2022.

Versão final rerepresentada em 09/Mai/2022.

Aprovado em 02/Jun/2022.

Gestão por Processos e Sistema de Governança - Uma análise do Modelo de Gestão do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais

Management by Processes and Governance System - An analysis of the Management Model of the Dental Center of the Military Police of Minas Gerais

Sistema de Gestión por Procesos y Gobernanza - Un análisis del Modelo de Gestión del Centro Odontológico de la Policía Militar de Minas Gerais

Karla Teixeira⁷⁴
Átila Savernini⁷⁵

Resumo

Descreveu-se o modelo de gestão do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais, a partir da implantação do Modelo de Excelência em Gestão no ano de 2015, como parte da Diretriz de Excelência em Gestão da PMMG. Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo com base em relevantes referências de inovação no setor gerencial em saúde, o qual vem apresentando expressivo crescimento nos últimos anos. Os dados registrados ao longo de seis anos foram analisados, discutidos e comparados concluindo-se que nesse período ocorreu um avanço notório e explícito do serviço oferecido ao beneficiário do SISAU (Sistema de Saúde - PMMG), sob vários aspectos, apresentando um viés inovador no que tange à complexidade de um serviço odontológico de atenção secundária.

Palavras-chave: governança clínica; processos gerenciais; odontologia.

⁷⁴ Oficial da Polícia Militar de Minas Gerais. Mestra em Clínicas Odontológicas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialista em Endodontia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bacharel em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

⁷⁵ Oficial da Polícia Militar de Minas Gerais. Mestre em Ciências Biológicas pelo Instituto de Ciências Biológicas -UFMG. Especialista Gestão Estratégica em Saúde pela Academia de Polícia Militar da PMMG. Bacharel em Odontologia pela UFMG.

Introdução

A necessidade de construir ferramentas para avaliar as ações em serviços de saúde tornou-se essencial e premente nos últimos anos diante da exigência evidente e notória de uma sociedade emergente, que clama por excelência nos serviços a ela prestados.

Mesmo diante da complexidade e particularidades do setor, muito se evoluiu no contexto gerencial. A literatura científica apresenta de forma clara a importância da gestão pela qualidade tanto para o setor de produção quanto para o de operações de serviços, seja em empresas privadas ou públicas, e como se deve atuar para alcançar a excelência nesses setores.

Modelos e instrumentos empregados nesses setores foram redesenhados e adaptados com o objetivo de fazer cumprir a busca pela qualidade também, nos serviços públicos de saúde e atender a uma demanda de melhoria contínua da qualidade.

Este trabalho visa, portanto, avaliar a evolução dos processos do Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais, sob uma visão institucional e gerencial a partir da implantação do Modelo de Excelência em Gestão, preconizado pela Corporação.

Metodologia

Para este trabalho foi realizada uma revisão da literatura referente ao assunto proposto, por meio da busca de artigos no Portal CAPES. Esse método não somente define bem o problema, mas obtém uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.

Foram utilizados dados da Seção de Desenvolvimento Organizacional (SDO), extraídos a partir de relatórios disponíveis do Sistema Integrado de Gestão de Saúde (SIGS).

Revisão da Literatura

Gestão em saúde – Definições e Conceitos

A polissemia do termo Governança se faz instigante sob os aspectos de entendimento e aplicabilidade nas atividades de gestão.

Entende-se que a constante evolução e dinamismo do contexto contemporâneo, a transformação vista em todos os setores, demandaram a necessidade de alinhamento e de um novo olhar sobre os modelos de gestão pública a fim de atender aos requerimentos desses novos tempos.

Nesse cenário de caráter transformador, a partir de uma sociedade emergente, engajada e exigente por transparência e ética, surgiu o conceito de governança que pode ser definido como a adoção de um conjunto de ações e boas práticas que demonstram o comprometimento, respeito, transparência e responsabilidade por parte da empresa ou organização para com todas as partes interessadas, os chamados “*stakeholders*”, e para com a sociedade como um todo, contribuindo para o fortalecimento da imagem da organização e agregando valor ao negócio (SAVERNINI, 2021).

Considerando o setor da saúde, observa-se que a evolução do processo não foi divergente. Notou-se a necessidade em seguir as mudanças na sociedade, para a direção da mudança e tendências de mercado, combinando saúde para o desenvolvimento econômico e social. Dessa forma, a inovação em áreas estratégicas de saúde passou a ter como objetivo principal aumentar o acesso do público aos serviços de saúde moldando os componentes sociais de grande importância na estrutura econômica e produtiva do país (AMBRÓSIO, 2015).

Estudar a governança exercida em sistemas de saúde é importante para entender como as instituições se organizam, gerenciam conflitos e tomam decisões coletivas.

A maneira como a governança é exercida afeta a tomada de decisões e quais políticas serão escolhidas e como serão executadas (GREER *et al.*, 2016).

Segundo Gomes e Lima (2017), a governança clínica, também chamada de gestão clínica, é definida como um sistema que atende às necessidades de pacientes e de profissionais de saúde por meio da integração de atividades assistenciais e gerenciais, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Este conceito foi apresentado em 1997, quando o governo britânico fez uma proposta de reorganização do Serviço Nacional de Saúde (NHS), com o foco na qualidade da assistência na saúde pública. Posteriormente, a governança clínica foi ampliada como um instrumento pelo qual as organizações deveriam se responsabilizar sendo a intenção garantir o aperfeiçoamento contínuo da qualidade de seus serviços e a manutenção de altos padrões de atendimento por meio da criação de um ambiente em que a excelência no cuidado clínico prevalecesse (SCALLY; DONALDSON, 1998).

Segundo Gomes (2015), no final da década de 1990, o conceito de governança clínica ou gestão da clínica trouxe novos elementos para a discussão da gestão em saúde, com foco na responsabilidade do sistema pela melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Nas políticas públicas do Brasil, o termo governança clínica apareceu, primeiramente, no texto da Portaria do Ministério da Saúde nº 4279/2010, com o nome “gestão da clínica” e como uma ferramenta de micro gestão dos serviços dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ferramenta que visa à formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS).

Sob esse novo olhar, tornou-se eminente a necessidade de produzir modificações ao atendimento do usuário, propondo-se a união de iniciativas relativas à melhoria da assistência por meio do emprego de melhores processos de qualidade de gerenciamento organizacional. Espera-se assim que, com a governança clínica, as organizações de saúde possam melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e garantir elevados padrões de atendimento em um ambiente de excelência de cuidados clínicos (VECINA NETO; MALIK, 2019).

Souza e Roncalli (2017) acrescentam que, por possuir uma característica dinâmica, a governança clínica deve garantir a direcionalidade das ações desenvolvidas, corrigir rumos, enfrentar imprevistos e caminhar em direção aos objetivos propostos, evitando que o planejamento seja estático.

De acordo com Savernini (2021), a governança deve se sustentar principalmente por dois pilares: perenidade e sustentabilidade. Uma boa governança buscará sempre a perenidade da organização por meio de políticas sustentáveis, de boas práticas gerenciais e pela formação de futuras lideranças.

Persegona *et al.* (2019) consideram que o movimento de boa governança pública tem ascendido como um artifício baseado nos princípios da legitimidade, da equidade, da responsabilidade, da eficiência, da probidade, da transparência e da *accountability*, os quais são capazes de expressar participação proativa de gestores, notadamente pelo uso de metodologias orientadas para resultados baseados no planejamento estratégico institucional para cumprimento das atividades finalísticas.

Portanto, trata-se de governança quando se considera o cenário vigente para atingir resultados e melhorias contínuas através de direções a ações que precisam ser tomadas a fim de que os resultados sejam os mais próximos daquilo que foi planejado, o que se faz compreender que governança está diretamente atrelada à gestão estratégica.

Por definição gestão estratégica é o conjunto de práticas estabelecidas pelos gestores de uma organização visando o seu crescimento e fortalecimento, e tem como função traçar metas a partir de indicadores próprios. A origem da palavra estratégia ocorreu em contextos militares e apresenta como significado etimológico “qualidade e habilidades do general” (CLAVELL, 1983).

Numa era moderna, munida de grandes recursos de informação e condições inéditas para a produção e comunicação de conhecimento, surgiu uma realidade que demanda das organizações de saúde uma gestão estratégica e eficiente do conhecimento com utilização inteligente dos sistemas de informação. Diante disso, as organizações de saúde se viram impelidas a participarem da expansão dos sistemas de informação e esforçarem-se para neles integrar seus processos assistenciais e administrativos (DE LIMA *et al.*, 2015).

Historicamente, os conceitos de gestão estratégica remetem à Revolução Industrial, segunda metade do século XIX, quando surgem como forma de controlar as forças de mercado e moldar o ambiente competitivo. A partir daí, ocorreu uma evolução contínua no pensamento estratégico, tanto na teoria quanto na prática. Porém, foi na década de

1950 que o conceito de estratégia passou a ser utilizado em administração, com o intuito de melhorar os níveis de desempenho. Na década seguinte, popularizou-se no meio empresarial, associada ao planejamento estratégico (SAUSEN *et al.*, 2016).

Vecina Neto e Malik (2019) enfatizam a importância da integração do planejamento às demais funções administrativas na gestão estratégica, onde todos os setores devem ser considerados. Os mesmos autores salientam a necessidade de a estratégia estar associada à operação e à importância do fator humano. É um modelo de gestão a longo prazo e que depende do apoio constante da alta gestão.

Na América Latina, o planejamento estratégico em saúde teve a sua base no método preconizado e divulgado pela Organização Pan-Americana de saúde (1965), voltado à programação em saúde e ao chamado planejamento normativo (CENDES / OPS), o qual evidencia um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde (VECINA NETO; MALIK, 2019).

Nos anos 1970, sob um novo olhar, o caráter político do planejamento passou a ser considerado, sob os aspectos de governança, direção e organização (RIVIERA, 1989).

Alinhado com essa visão mais política do planejamento em saúde, Riviera sugere que a perspectiva comunicativa assuma a importância do processo gerencial em uma postura dialógica com as diferentes partes envolvidas, que seja capaz de motivar a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos (RIVIERA; ARTMANN, 1999).

No setor de saúde, o primeiro grande movimento da gestão da qualidade como parte integrante da evolução dos processos gerenciais ocorreu na década de 80, quando o Dr Avedis Donabedian propôs a tríade clássica para avaliação da qualidade dos serviços de saúde por meio das categorias estrutura (recursos materiais, recursos humanos, estrutura organizacional), processo (atenção à saúde, assistência), e resultado (estado de saúde da população, maior conhecimento dos pacientes, mudanças de comportamento em relação ao autocuidado, satisfação quanto à atenção recebida).

Dentro deste enfoque, supõe-se que uma boa estrutura aumenta a chance de dispor de bons processos e ambos aumentam a probabilidade de obter bons resultados (DONABEDIAN, 1988).

Nessa mesma década, o planejamento estratégico no Brasil passou a ser amplamente difundido e visto pela área de saúde, notadamente saúde pública, como um método mais adequado para o setor (VECINA NETO; MALIK, 2019).

Planejamento estratégico e gestão estratégica são conceitos que se completam para que possam ser efetivos no propósito principal de contribuir para organizações alcançarem os seus objetivos.

Segundo Sampaio (2004), planejamento estratégico é um processo em que a empresa se mobiliza para ter sucesso e construir seu futuro com um comportamento proativo, antecipando-se e prevendo eventuais acontecimentos do mercado, considerando o seu ambiente atual e futuro.

Enquanto o planejamento estratégico consiste na formalização de metas e ações propostas, a gestão estratégica é uma forma de gerenciamento e organização focada no cumprimento dos objetivos de uma empresa. A ideia é colocar em prática as ações definidas no planejamento para, assim, alcançar os objetivos traçados (MACHADO, 2021).

A gestão estratégica é um processo contínuo que requer revisões periódicas para se adaptar às demandas atuais da empresa.

Esse modelo de gerenciamento é baseado em dados e, para que seja eficiente, é fundamental que realize análises externas do mercado, avaliação de estratégias, implementação de processos voltados para o desenvolvimento contínuo além do acompanhamento constante dos resultados obtidos.

Martins e Marini (2010) afirmam que uma boa gestão é aquela que alcança resultados. No setor público, isso significa atender às demandas, aos interesses e às expectativas dos beneficiários, sejam cidadãos ou empresas, criando valor público.

Ainda segundo esses mesmos autores, gestão para resultados não é apenas formular resultados que satisfaçam às expectativas, mas significa também alinhar os arranjos de implementação para alcançá-los, além de envolver a construção de mecanismos de monitoramento e avaliação que promovam aprendizado, transparência e responsabilização (MARTINS; MARINI, 2010).

Martins e Costa Neto (1998) ressaltam que os indicadores são úteis para controlar e identificar necessidades, oportunizando a melhoria do desempenho a partir do conhecimento das necessidades dos *stakeholders* da empresa.

O dado é a base para gerar a informação, que pode ser entendida como o dado contextualizado, ao qual se atribui algum significado (BRANCO, 2001; CARVALHO; EDUARDO, 1998). Enquanto tal, a informação é mediadora de conhecimento e um importante recurso de apoio ao processo de tomada de decisão. Neste processo, o uso de indicadores de saúde torna mais fácil o trabalho do gestor (DE LIMA *et al.*, 2015).

A gestão da saúde requer a tomada de decisões de elevada responsabilidade e relevância. As informações providas pelos indicadores de saúde fornecem o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, na medida em que propiciam o conhecimento sobre aspectos relevantes, reduzem o grau de incerteza e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (BRANCO, 2001).

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a necessidade de aferir os diversos aspectos desses serviços, torna-se essencial definir um conjunto de indicadores construídos de tal modo que permitam mensurar e com isso visualizar o desempenho de um determinado setor, indivíduos ou processos de forma objetiva ou subsidiem as tomadas de decisões (SOUZA *et al.*, 2009).

Portanto, um único indicador não é capaz de avaliar a qualidade do serviço prestado aos usuários, sendo necessário elencar um grupo de indicadores de cada categoria para este fim ou pelo menos um indicador de cada categoria (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Vecina Neto e Malik (2019) citam que o desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho enfrenta o desafio de definir e implementar indicadores comparáveis, válidos e confiáveis, que devem ser intuitivos, de simples construção e fácil disponibilização, controláveis e permitir a avaliação constante e cuidadosa de suas propriedades de mensuração.

Esses mesmos autores consideram que os objetivos do desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho no setor da saúde incluem aprimorar a qualidade da informação para os usuários internos nos seus processos de decisão, divulgar as melhores práticas e aumentar o nível de informação para todos os *stakeholders*.

A importância dos indicadores foi amplamente analisada por Savernini (2019). O autor cita que para que se tenha racionalidade na gestão é necessário métrica, a fim de medir resultados objetivamente, estabelecer metas e apontar a direção para a qual a organização caminha, possibilitando intervenções oportunas quando necessário for.

Lima da Soller e Regis Filho (2011) consideram que, no entanto, não basta apenas dizer que se presta um atendimento de qualidade; é preciso avaliá-la e esta avaliação pode ser realizada pelo uso dos Indicadores da Qualidade, que em saúde são categorizados em três grupos: Estrutura, Processo e Resultado.

Em seu trabalho, concluem-se que os indicadores aplicados são excelentes instrumentos de avaliação e fonte de dados para planejamento de um serviço de Odontologia, porém reconhecem que existe uma carência importante de indicadores de desempenho para avaliar os serviços de saúde bucal.

Goes *et al.* (2012) reiteram afirmando que a maioria dos estudos avaliativos sobre saúde bucal disponíveis são focados para os índices epidemiológicos ou de satisfação do usuário, especialmente na atenção primária, não sendo adequados para mensurar qualidade na assistência, sequer na gestão.

A falta de indicadores de desempenho gera uma deficiência de planejamento estratégico em serviços de saúde que culmina na inviabilidade da universalização dos benefícios ou o direcionamento dos recursos adicionais aos grupos de maiores necessidades,

ampliando dessa maneira as desigualdades em saúde (ANTUNES; NARVAI, 2010; GOES *et al.*, 2012).

Importante ressaltar que assistência à saúde é um produto que é consumido no mesmo instante em que é produzido. Desse modo, o monitoramento da qualidade na saúde vem se desenvolvendo de modo a identificar desvios e corrigi-los o mais breve possível (REIS *et al.*, 1990).

Além disso, deve-se considerar que a prestação de serviço na área da saúde tem dois componentes de qualidade: operacional, o processo diretamente; e a percepção, que é a visão do cliente sobre o serviço oferecido (BITTAR, 2000).

Considerando essa vertente, o mapeamento de processos assume a sua importância por se tratar de uma metodologia gerencial que visa otimização de resultados, organização dos processos de gestão, bem como otimizar rotinas de trabalho. Trata-se de uma busca constante para entender e controlar os processos de negócio a fim de que a empresa não se acomode e estabeleça uma dinâmica de evolução permanente (GONÇALVES *et al.*, 2021).

Entende-se por processos gerenciais um conjunto de atividades que são realizadas para se gerar um resultado ou um produto. Isso envolve os insumos que são utilizados quanto às atividades, à infraestrutura e às referências necessárias para agregar valor. Consiste também em uma via para sintetizar e organizar as atividades de trabalho no tempo e no espaço, com o propósito de produzir um bem ou um serviço (SILVA SOUSA, 2014).

Dentre os benefícios trazidos pelo mapeamento, está o melhor conhecimento e entendimento do processo ao realizá-lo com o envolvimento de todos os colaboradores, pois otimiza a comunicação interna e facilita a interação entre os membros trazendo uma visão mais clara das responsabilidades de cada um (CAMPOS; LIMA, 2012).

Sendo assim, os processos são necessários a qualquer tipo de instituição, seja essa privada ou pública, para seu melhor funcionamento administrativo. O estudo destes e de seu mapeamento são fatores de grande relevância para a compreensão e andamento de uma organização.

De acordo com Harrington (1993), não existe um produto ou serviço sem que haja um processo, da mesma maneira que não existe um processo sem um produto ou serviço. Ou seja, todo trabalho importante realizado nas empresas faz parte de algum processo.

Para o desenvolvimento de atividades de gestão eficazes referentes à atenção em saúde bucal, uma série de estratégias consideradas fundamentais, são de grande relevância para a organização dos serviços, além dos processos, o trabalho assistencial e gerencial/gestor amadurecidos. A gestão de sistemas de serviços e de programas de saúde bucal é uma questão primordial.

A Odontologia apresenta um histórico de práticas por meio de intervenção individual e clínica, focada basicamente no modelo clínico que tem como principal objetivo a solução do quadro de saúde do paciente. Nesse contexto, o cirurgião-dentista está frente à função de ser o único responsável da área da saúde a cuidar do bem-estar bucal de um indivíduo (BIZERRIL *et al.*, 2019)

Esses mesmos autores afirmam que esse quadro tem se modificado com o surgimento de cirurgiões-dentistas com perfil gerencial. Assim sendo, a participação de gestores na saúde bucal é recente, mas precisa ser amadurecida em prol de uma gestão compartilhada e interprofissional, além de oferecer uma prática de atenção à saúde bucal holística.

Ainda segundo Bizerril *et al.* (2019), no âmbito dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o gestor deve: atuar no número de usuários na fila de espera de encaminhamentos registrados no serviço de regulação; atuar no tempo médio de espera entre o encaminhamento e o início do atendimento no CEO; verificar o percentual de tratamentos não concluídos, redimensionar a disponibilidade de horários por especialidade e solicitar mudança no tipo de CEO levando em conta as necessidades da população, entre outras ações.

Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais: uma contextualização do cenário gerencial

O Centro Odontológico da Polícia Militar de Minas Gerais é uma unidade de Execução e Apoio de Saúde, referência para a atenção secundária e terciária à saúde bucal (FIG. 1).

Inaugurado no dia 05 de Fevereiro do ano de 1979, oferece atualmente mais de duzentos tipos de procedimentos odontológicos de diferentes complexidades aos beneficiários do SISAU (Sistema de Saúde PMMG), em diversas especialidades, dentre as quais: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, Idoso Avançado, Dor e Disfunção da ATM, Endodontia, Estomatologia, Implantodontia e Prótese sobre Implantes, Odontopediatria e Clínica de Bebês, Ortodontia preventiva e interceptativa, Periodontia, Prótese Dentária, além da clínica de Urgência e serviços de apoio como Clínica de Apoio à Prótese, Periodontia de Apoio, Radiologia, Laboratório de Prótese Dentária, Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (TSB e Escovódromo).

Apresenta hoje em seu quadro 140 profissionais, sendo 43 cirurgiões-dentistas militares (QOS), seis cirurgiões dentistas contratados, 32 auxiliares militares (QPE) e 33 auxiliares contratados (TAB. 1).

Os profissionais civis passaram a compor o quadro a partir de agosto de 2020, sob regime contratual com o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM).

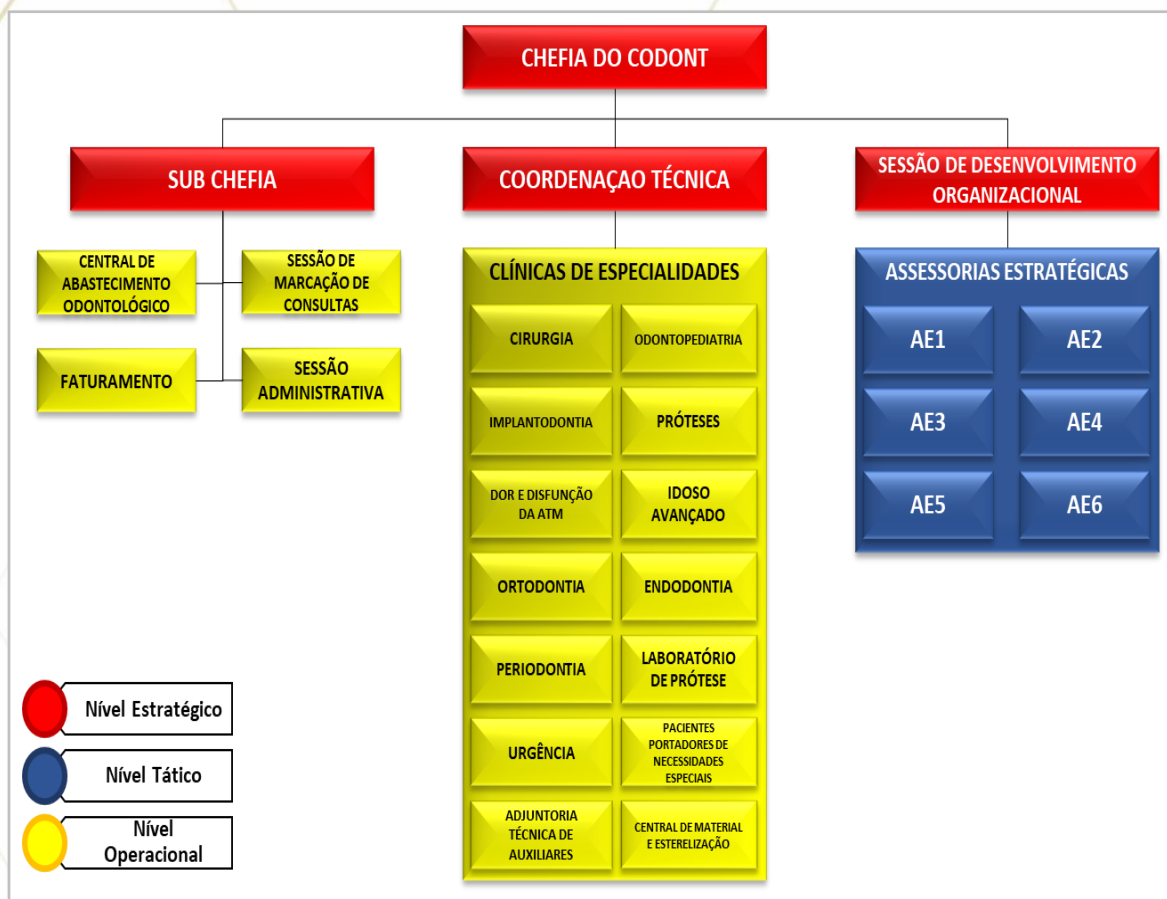
Estruturalmente possui 28 consultórios em condições plenas de atendimento, os quais ocorrem em dois turnos ininterruptos, compreendendo o período de 07:30 as 18:30 horas.

Tabela 1 – Efetivo C Odont PMMG 2022.

TOTAL	140
Quadro de Oficiais (QOPM)	2
Quadro de Oficiais Complementares (QOC)	2
Quadro de Oficiais de Saúde (QOS)	42
Quadro de Oficiais Especialistas (QOE)	2
Quadro de Oficiais Saúde Bombeiros QOS/BM	1
Quadro de Praças (QPPM)	3
Quadro de Praças Especialistas (QPE)	28
Quadro de Praças Especialistas Bombeiros (QPE/BM)	3
Veterano (QOR)	1
Veteranos (QPR)	9
Dentistas Contratados	6
Auxiliares Contratados	33
Funcionários Cíveis	8

Fonte: SDO C ODONT

Figura 1 – Organograma C Odont 2022.



Fonte: SDO C ODONT.

O primeiro passo em direção às ações gerenciais na área da saúde da PMMG ocorreu em 2007, quando por uma decisão do comando dessa instituição o CTS recebeu a incumbência de desenvolver um Sistema Integrado de Gestão de Saúde que realizaria o controle de atividades clínicas e gerenciais em Unidades de atenção primária e secundária, envolvendo Hospital, centros especializados e seções e Núcleos de atenção à saúde que funcionam nos quartéis. O Sistema foi designado Sistema Integrado de Gestão de Saúde (SIGS) e implementou módulos para gestão de internação, pronto atendimento, marcação de consultas, faturamento, ambulatórios, clínicas odontológicas entre outros, constituindo-se de uma importante ferramenta para o desenvolvimento de manobras de gestão, por meio da produção de relatórios.

No C Odont o SIGS passou a ser operacionalizado a partir do ano de 2009, representando um avanço importante na construção de um modelo de gestão na unidade, posto que anteriormente os resultados eram tratados de forma não sistemática.

Posteriormente à implantação do SIGS, no período entre os anos de 2015 e 2017, foi instituído na Corporação o Programa de Excelência em Gestão da Polícia Militar de Minas Gerais (PEG – PMMG). Por meio dos seus oito critérios de avaliação (Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados), constituiu a base para o cumprimento da diretriz e estabelecimento do Modelo de Excelência em Gestão (MEG/ PMMG) no C Odont em 2015.

Definitivamente a implantação do MEG foi um divisor de águas sob os aspectos gerenciais, uma vez que partir daí o C Odont passou a trabalhar metodicamente com indicadores de desempenho, com objetivo de monitorar diversos aspectos operacionais, desde os processos de trabalho até indicadores de desenvolvimento da sociedade.

Savernini (2019) avaliou o resultado da implantação do MEG no Centro Odontológico da PMMG através da comparação entre períodos distintos, com o objetivo de visualizar o impacto dessa ação sobre os indicadores de desempenho do serviço.

Em sua metodologia, utilizou para coleta de dados o Relatório de Excelência em Gestão do C Odont, produzido para o Programa de Excelência em Gestão da PMMG, além de informações obtidas através da Seção de Desenvolvimento Organizacional (SDO/C ODONT), Coordenadoria Técnica (CT/C ODONT) e do Sistema Informatizado de Gestão de Saúde da PMMG (SIGS).

Os indicadores empregados para avaliar o C ODONT foram criados quando da implantação do MEG, a partir das necessidades próprias do serviço ou adaptados a partir de indicadores hospitalares, uma vez que a princípio não foram encontrados indicadores compatíveis para avaliar essa Unidade. Tal fato se justifica sob a ótica da complexidade do serviço e suas particularidades.

Os indicadores estratégicos adotados foram os seguintes: Beneficiários atendidos, Atendimentos realizados e Procedimentos realizados, Capacidade Instalada, Taxa de Infecção pós-operatória (pesquisa de egresso cirúrgico), Taxa de repetição (Retrabalho), Programa de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), Desenvolvimento da Sociedade.

O autor constatou que a implantação do MEG no C Odont representou um marco na área de gestão, pois alavancou o monitoramento sistemático dos processos gerenciais e assistenciais, a partir da revisão dos processos de trabalho, dos protocolos das clínicas especializadas e estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Figura 2 – Certificado Grau Ouro recebido pelo C Odont pela implantação do MEG.



Fonte: SDO C ODONT.

A construção de indicadores de desempenho na referida organização possibilitou que a partir daí tomadas de decisões anteriormente realizadas de forma empírica ou apenas não sistematizada passassem a ser fundamentadas, com base em evidências.

Savernini (2019) ainda acrescenta que no ano seguinte à implantação do MEG os indicadores de desempenho apresentaram crescimento significativo, refletindo o impacto inicial do modelo no serviço e comprovando a importância dos modelos de gestão da qualidade para auxiliar nos aspectos gerenciais e assistenciais dos serviços de saúde.

Desde então o C Odont vem evoluindo gradativamente, evidenciando o amadurecimento institucional vislumbrado por esse modelo. A organização tem procurado superar a cada ano os estrangulamentos que dificultam o alcance de patamares mais elevados de produtividade com qualidade nos seus serviços.

Nesse novo cenário, os conceitos de governança clínica fizeram-se necessários e aplicáveis através do planejamento conjunto, gestão da mudança, prioridades clínicas compartilhadas, incentivos, uso de indicadores como uma ferramenta de melhoria de qualidade, desenvolvimento profissional continuado, inovação dentre outros.

Informações qualitativas e quantitativas passaram a ser utilizadas, possibilitando o conhecimento da realidade e a proposição de metas e objetivos. Por meio do uso de indicadores previamente definidos e específicos para a realidade da organização, tornou-se possível avaliar as situações, realizar planejamentos adequados, definir melhorias necessárias, bem como obter informações importantes para as tomadas de decisão, alocar recursos e, conseqüentemente, otimizar a qualidade da assistência oferecida aos usuários.

A Unidade, através de suas seções estratégicas, SDO (Seção de Desenvolvimento Organizacional) e Coordenadoria Técnica (CT), monitora atualmente, de forma direta, mais de 10 indicadores de produtividade, qualidade, gestão estratégica, gestão de pessoas, responsabilidade social, meio ambiente entre outros que são acompanhados indiretamente.

Ainda sob a premissa de estabelecer norte para as decisões estratégicas da organização, com foco em otimização da assistência, o mapeamento e gerenciamento dos processos realizados primordialmente a partir da implantação do MEG se mantiveram através de um trabalho contínuo de avaliação e acompanhamento dos fluxos estabelecidos em todas as seções e setores do C Odont.

Os dados são rotineiramente extraídos do SIGS por meio de relatórios formatados e posteriormente planilhados, possibilitando dessa maneira o fornecimento de informações, a partir da avaliação e dos resultados obtidos com os indicadores.

Com essas informações os gestores têm condições fundamentadas para auxiliar no planejamento dos serviços, detectar possíveis falhas, possibilitando que eles possam ser reavaliados e melhorados continuamente.

Ainda como parte do processo de evolução da gerência do C Odont, podem-se citar caráter avançado e inovador, a criação de Assessorias de Apoio Estratégicas (AE), compostas por oficiais QOS e/ou Praças QPE, sob coordenação técnica da Seção de Desenvolvimento Organizacional (SDO).

As AEs têm como objetivo auxiliar a SDO em propostas, projetos e ações conforme as áreas pré-definidas: Pessoas (AE1), Conhecimento e Inovação (AE2), Planejamento, Processos e Qualidade (AE3), Infraestrutura e Logística (AE4), Comunicação (AE5), Beneficiário (AE6).

O modelo de gestão praticado atualmente no Centro Odontológico da PMMG se faz recente e inovador considerando outras organizações públicas de assistência odontológica em atenção secundária com similar complexidade estrutural.

Com apenas seis anos de implementação, seus processos e ferramentas estão em franco progresso, no que tange à busca por padrões e soluções gerenciais e assistenciais, apresentando total alinhamento com as diretrizes da Diretoria de Saúde da PMMG e evidenciando fiel demonstração ao cumprimento da missão e valores institucionais sedimentados.

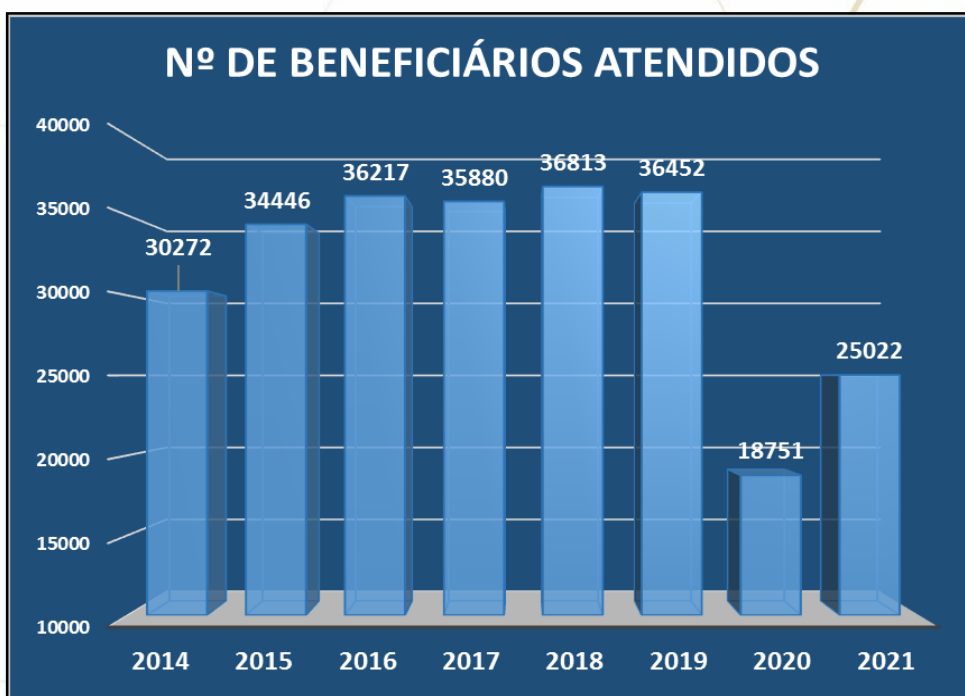
Resultados e discussão

C ODONT em números – A evolução do Processo Gerencial.

Através do monitoramento dos dados, baseados em indicadores de qualidade, a partir do ano de 2015, pode-se observar resultados altamente favoráveis, frutos de um nítido progresso nos processos do Centro Odontológico.

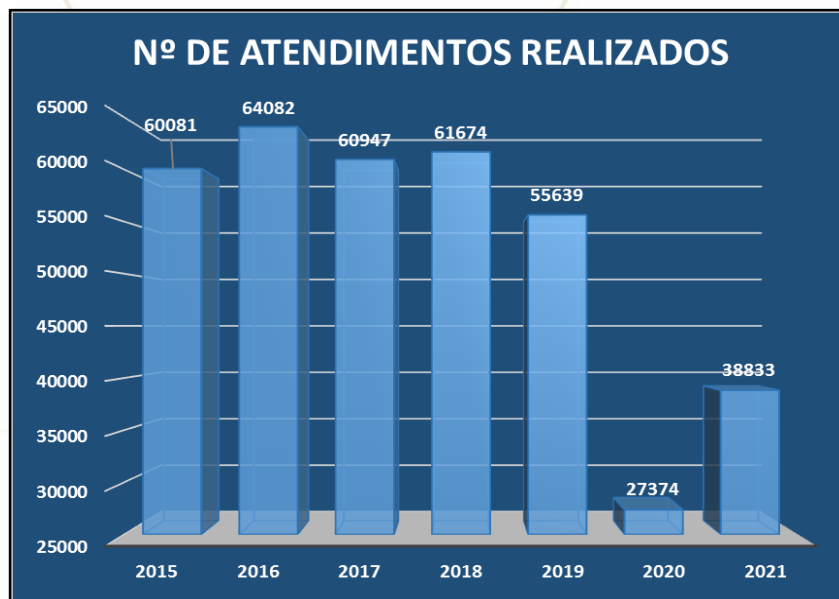
A alta do número de beneficiários atendidos, atendimentos e procedimentos realizados (GRÁF. 1, 2 e 3) são indicadores que tendem a acompanhar o número efetivo de cirurgiões- dentistas. Entretanto, observa-se que mesmo com a redução do quadro de profissionais no ano de 2016 (GRÁF. 4), houve um aumento nesses índices, denotando a otimização da capacidade de acolhimento e melhoria na efetividade do serviço.

Gráfico 1 - Número de Beneficiários atendidos 2014 a 2021.



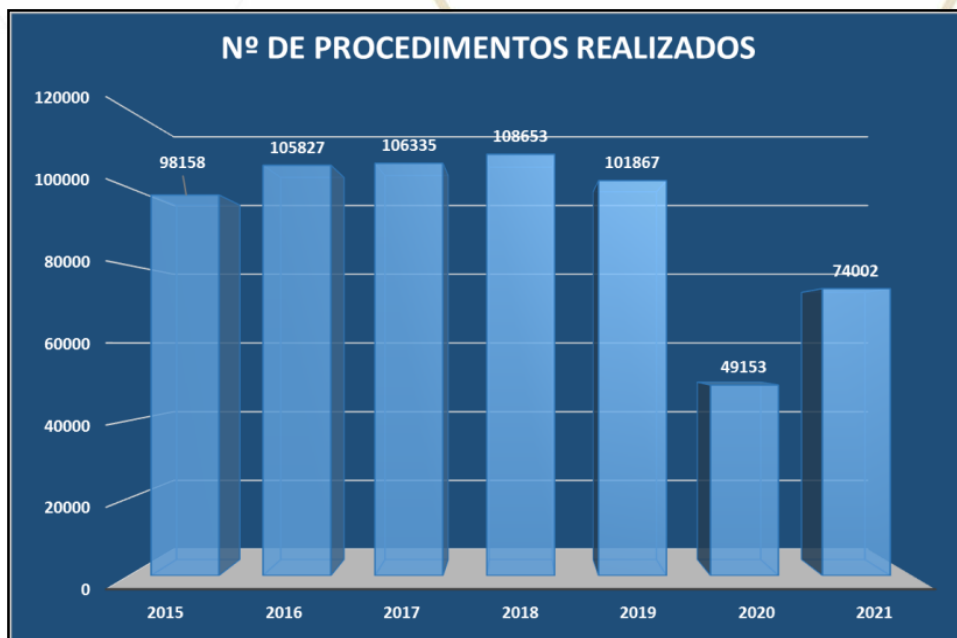
Fonte: SDO C ODONT.

Gráfico 2 - Número de atendimentos realizados C Odont: 2015 – 2021.



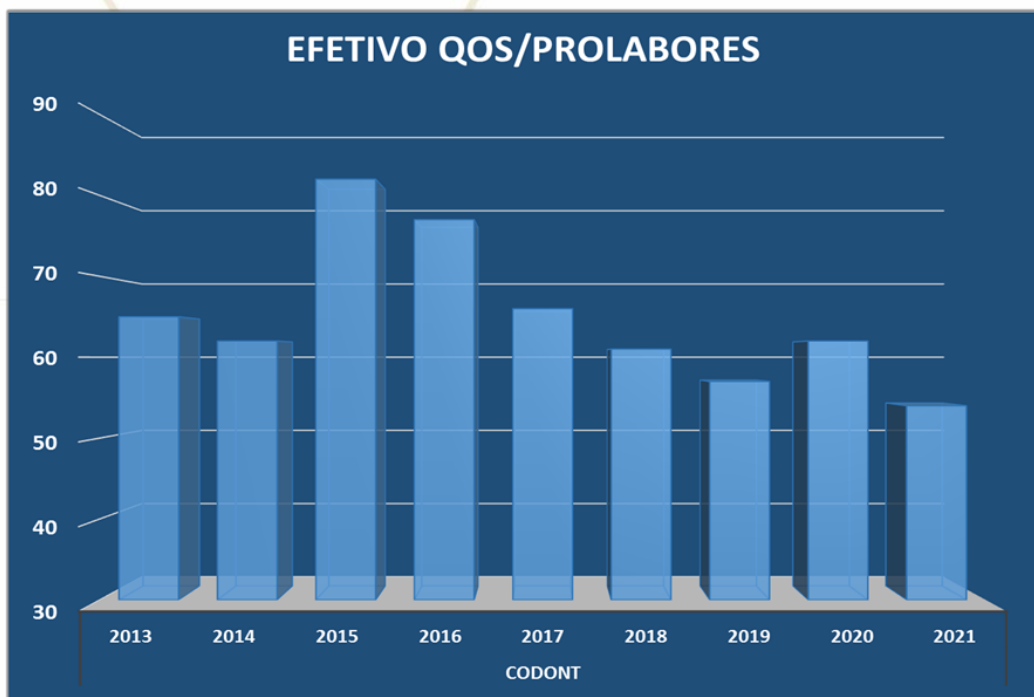
Fonte: SDO C ODONT.

Gráfico 3 - Número de Procedimentos Realizados C Odont: 2015 – 2021



Fonte: SDO C ODONT.

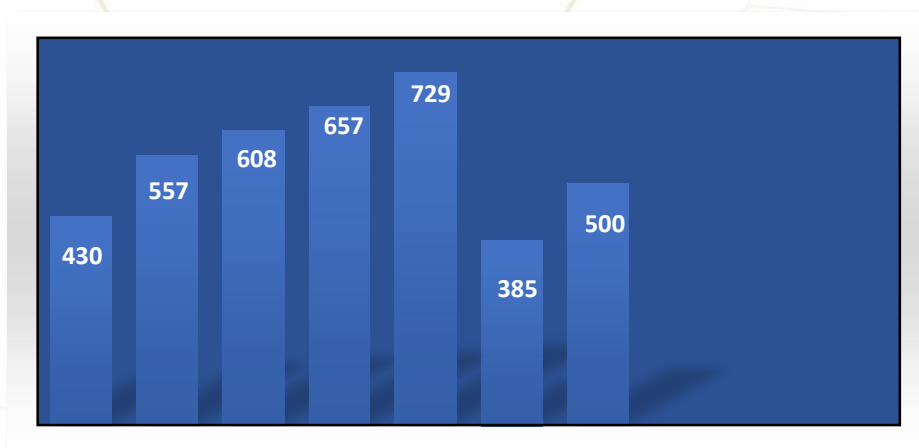
Gráfico 4 – Número de Efetivo C Odont: 2013 – 2021.



Fonte: SDO C ODONT.

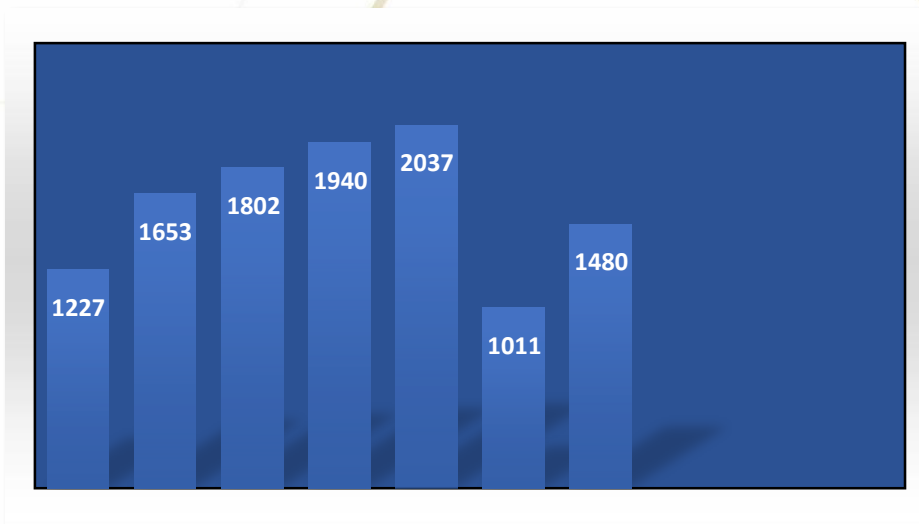
No ano que antecedeu a pandemia COVID-19, 2019, os indicadores de qualidade apresentavam-se em exponencial crescimento. O número de beneficiários atendidos por profissional neste ano alcançou o maior índice desde 2015 (GRÁF. 5), mesmo com o efetivo de cirurgiões-dentistas apresentando a menor média desde 2013. O mesmo percurso se aplica ao número de procedimentos realizados por profissional (GRÁF. 6), favorecendo mais uma vez a concepção de compromisso do C Odont com os seus usuários.

Gráfico 5 – Número de Beneficiários atendidos por profissional C Odont: 2015 – 2021.



Fonte: SDO C ODONT.

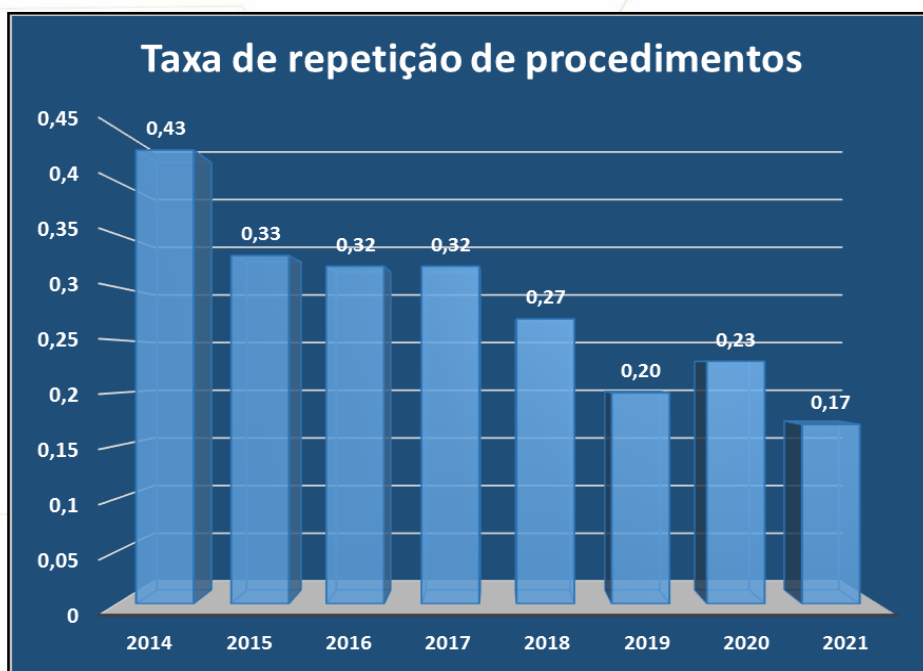
Gráfico 6 – Número de Procedimentos realizados por profissional C Odont: 2015 – 2021.



Fonte: SDO C ODONT.

A efetividade do serviço também pode ser constatada na métrica de repetição de procedimentos. Essa taxa que afere o número de procedimentos repetidos antes do prazo mínimo de durabilidade, definido nos critérios técnicos estabelecidos pelo plano de assistência à saúde do SISAU PMMG/CBMMG/ IPISM, vem apresentando queda explícita desde 2015 (GRÁF. 7).

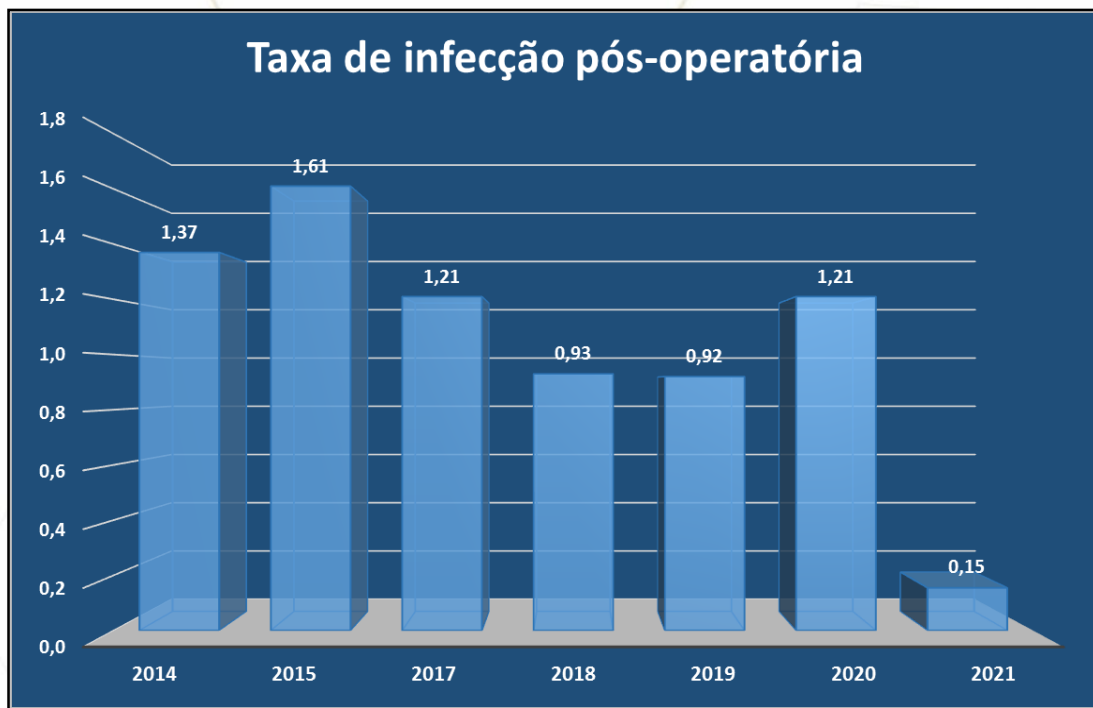
Gráfico 7 – Repetição de Procedimentos C Odont: 2015 – 2021.



Fonte: SDO C ODONT.

O mesmo pode ser observado em relação às taxas de infecção pós-operatórias. Além de estarem associadas à qualidade do atendimento, demonstram o compromisso da organização no que tange aos aspectos de biossegurança, externando valores de respeito e ética aos seus *stakeholders* e usuários. A sua redução evidente nos dois últimos anos sugere ser o reflexo do recrudescimento dos protocolos de biossegurança em razão da pandemia COVID- 19 (GRÁF. 8).

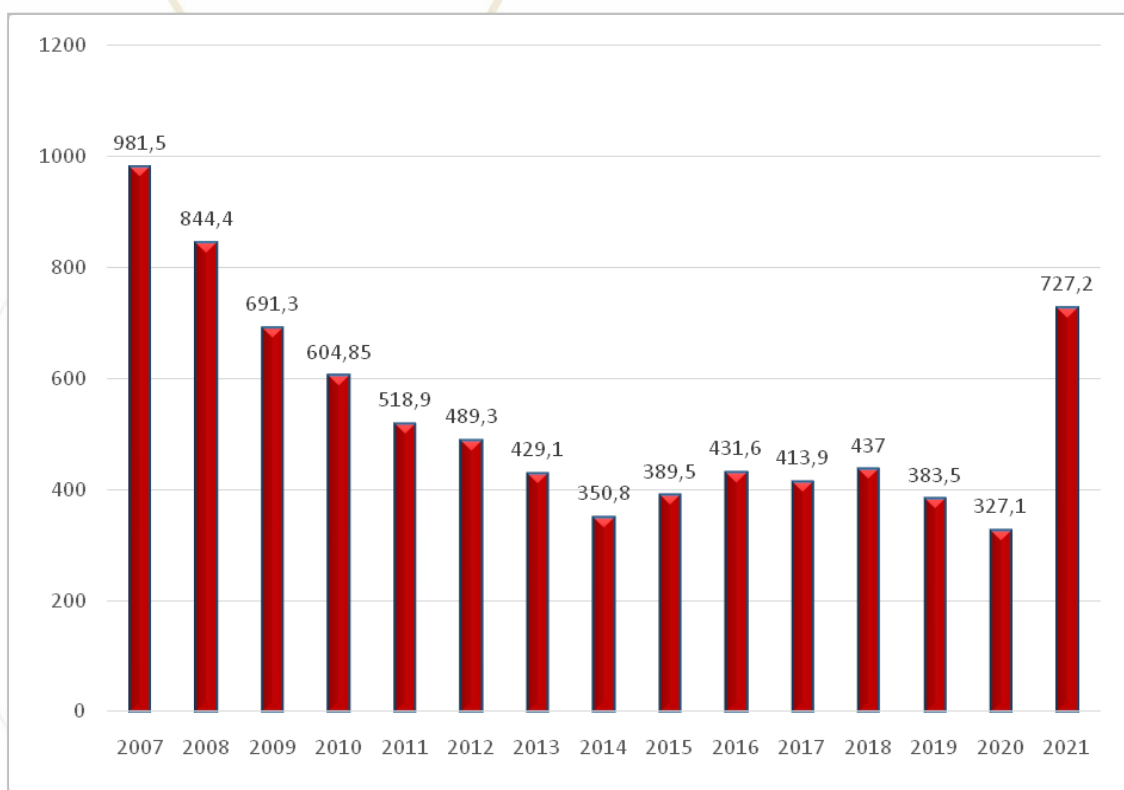
Gráfico 8 - Infecção Pós- Operatória C Odont: 2014 – 2021.



Fonte: SDO C ODONT.

O crescimento na geração de resíduos sólidos pode ser justificado pelo período pandêmico, quando ocorreu substituição dos aventais de tecido anteriormente utilizados, para os descartáveis preconizados. Houve uma redução de 26,0% na geração de RSS desde a implantação do programa em 2007, o que demonstra uma conduta mais responsável do C Odont diante da sociedade (GRÁF. 9).

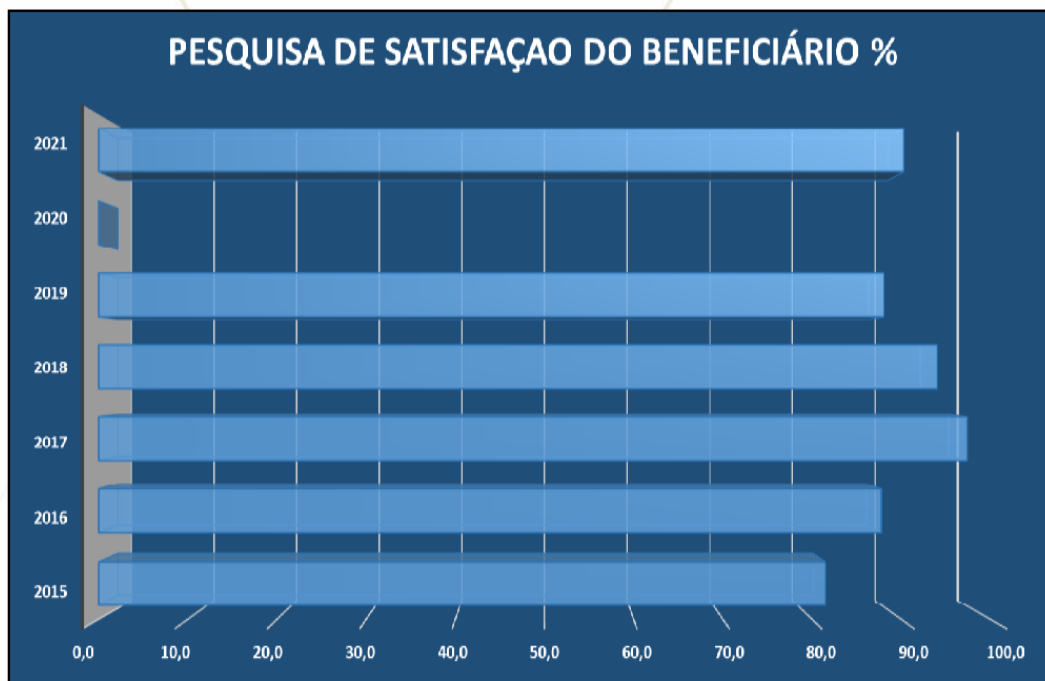
Gráfico 9 - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).



Fonte: SDO C ODONT.

O resultado medido por todos esses indicadores citados converge e reflete em um outro indicador de qualidade, satisfação do beneficiário. Ele muito dita sobre a qualidade do serviço, que no caso do C Odont, apresenta índices altamente favoráveis e condizentes com a missão institucional (GRÁF. 10).

Gráfico 10 – Satisfação do Beneficiário C Odont: 2014 – 2021.



Fonte: SDO C ODONT.

Especificamente nos anos de 2020 e 2021, períodos críticos em razão da pandemia COVID -19 e conseqüentemente alterações de fluxos em cumprimento às legislações vigentes, observa-se queda de alguns indicadores como beneficiários atendidos, atendimentos realizados e procedimentos realizados. Nesse cenário, a unidade através da revisão dos fluxos, adaptações estruturais e redefinição de protocolos, adotou medidas preventivas e manteve os atendimentos exclusivos de caráter de urgência entre março de 2020 e agosto de 2021. A retomada gradual do atendimento eletivo teve início em agosto do ano de 2020 com redução do número de consultas por profissional e limitação de alguns procedimentos assistenciais específicos, dentre outras ações.

Para fins comparativos, durante os dois primeiros anos de pandemia COVID-19, pode-se observar em 2021 a retomada do crescimento de determinados indicadores que apresentaram queda em 2020, como beneficiários atendidos, atendimentos realizados e procedimentos realizados, refletindo o retorno do atendimento eletivo.

Considerações finais

Por meio de um acompanhamento sistemático dos indicadores de qualidade e ações estratégicas, o Centro Odontológico alcança paulatinamente uma posição de referência em assistência e gestão como unidade de saúde.

Muito ainda há de se avançar e os desafios não serão poucos, pois o processo de gestão em saúde vai muito além das medidas de planejamento, exige também alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho, atividades básicas de administração, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle.

Para isso não basta somente que os gestores sejam capazes de implantar novas políticas e modelos de atenção, é necessário que tenham capacidade e competência para administrar questões de maior complexidade que venham ocorrer durante o processo, que por sua vez se faz altamente dinâmico.

Os novos conceitos de gestão de saúde instilam que os profissionais envolvidos diretamente em funções de gestão em saúde tenham sensibilidade, determinação, visão clara e sejam pragmáticos. Sob essa ótica, o Centro Odontológico da PMMG segue em cumprimento da sua razão de existir: promover a assistência à saúde bucal em toda a sua complexidade e como parte integrante e inseparável da saúde geral, contribuindo para o bem-estar da família militar mineira e favorecendo o cumprimento da missão institucional.

Referências

AMBRÓSIO, A. Importância do Planejamento estratégico nos serviços de saúde. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 11., 2015, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: FIRJAN-RJ, 2015.

ANTUNES, J.L.F., NARVAI, P.C. Políticas de Saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista Saúde Pública**, v.44, n.2, p.360-365, 2010.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70 -76, 2000.

BIZERRIL, D.O. *et al.* Coordenadores de Saúde Bucal: Percepção Sobre Gestão e Competências no Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, n. 9273, p.1-11, 2019.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 163 - 169.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Presidência da República, 2010.

CAMPOS, R. A.; LIMA, A. M. P. **Mapeamento de processos**: importância para as organizações. Março 2012. Disponível em: <http://www.ufrj.br/codep/materialcursos/projetomapeamento/MapeamentoProcessos.pdf> . Acesso em: 15 jul. 2022.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistema de Informação em Saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 6).

CHORNY, A.H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 24, n. 1, p.27-51, ene./mar.1990.

CLAVELL, J. **A arte da guerra**: Sun Tzu. Rio de Janeiro: Record, 1983.

DE LIMA K.W.S. *et al.* Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n.1, p.61-71, 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

GOES, P.S.A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, Supp., p. S81-S89, 2012.

GOMES, R.; LIMA, V.V. A gestão da clínica em questão. **Sci Med.**, v. 27. n. 2, p.1-2, 2017.

GOMES, R. *et al.* A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p. 2431-2439, 2015.

GONÇALVES, A.C., CASTRO, P.R. O Papel do Mapeamento de Processos-um estudo sobre a realização de exames periódicos da saúde em um órgão público. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.3, p. 21272-21296, mar. 2021.

GONZALO NETO, Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

GREER, S.L.; WISMAR, M.; FIGUEIRAS, J. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. New York: Open University Press, 2016.

HARRINGTON, J. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

SILVA, J. S. **O Mapeamento de Processos Organizacionais no Setor Público**: estudo de caso do escritório de processos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Monografia (Graduação em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

DA SOLLER, S.A.L.; REGIS FILHO, G.I. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. **Rev Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 591-610, maio/jun. 2011.

MACHADO, L. Gestão Estratégica: o que é e como posso aplicar esse processo continuamente. **ETALENT**, 2021. Disponível em: <https://etalent.com.br/artigos/lideranca-e-gestao/gestao-estrategica/> Acesso em: 15 jul. 2022.

MARTINS, H.F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília, DF: Publix, 2010.

MARTINS, R. A., COSTA NETO, P.L.O. Indicadores de desempenho para a gestão pela qualidade total: uma proposta de sistematização. **Gestão & produção**, v. 5, n. 3, p. 298-311, dez. 1998.

PERSEGONA, M.F.M *et al.* Conselho Federal de Enfermagem: Governança e Gestão Estratégica Orientada para Resultados das Atividades Finalísticas. **Revista Enfermagem Foco**, v. 10, n. 6, p.6-15, 2019.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50 – 61, jan. / mar. 1990.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: Conceitos, História e Propostas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

RIVIERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

SAUSEN, J. O., VILLELA, L.E., CANÇADO, A.C. Gestão Social e Gestão Estratégica: reflexões sobre diferenças e aproximação de conceitos. **Revista de Gestão Sociale Ambiental**, v. 10, n. 3, p.69-84, set. / dez. 2016.

SAVERNINI, A. **Governança em Serviços de Saúde**. Material complementar da Disciplina de Especialização EAD em Gestão Estratégica em Saúde. 2021.

SAVERNINI, A. **Os Impactos da Implantação do Modelo de Excelência da Gestão (Meg©) no Centro Odontológico da Polícia Militar De Minas Gerais: a Qualidade como um caminho para a Responsabilidade Social**. 2019. Monografia (Especialização *lato sensu* em Gestão Estratégica em Organizações de Saúde) – Academia da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SCALLY, G.; DONALDSON, L.J. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, v. 317, n. 7150, p.61-65, jul. 1998.

SOÁREZ, P.C., PADOVAN, J.L., CICONELLI, R.M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Rev. Adm saúde**, v. 7, n. 27, p.57-64, abr./jun. 2005.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

SOUZA, A.A. *et al.* **Controle de gestão em organizações hospitalares**. Revista de Gestão USP, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009.

UNITED KINGDOM. Department of Health. **The new NHS modern: dependable**. London: The Stationery Office; 1997. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266003/newnhs.pdf Acesso em: 15 jul. 2022.

UNITED KINGDOM. National Quality Board. **Quality Governance in the NHS: a guide for provider boards**. United Kingdom: Department of Health and Social care, 2011. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216321/dh_125239.pdf Acesso em: 15 jul. 2022.

Abstract

It describes the management model of the Dental Center of the Military Police of Minas Gerais, based on the implementation of the Management Excellence Model in 2015, as part of the PMMG Management Excellence Guideline. A qualitative, descriptive study was carried out based on relevant innovation references in the health management sector, which has shown significant growth in recent years. The data recorded over six years were analyzed, discussed and compared, concluding that in this period there was a noticeable and explicit advance in the service offered to the beneficiary of SISAU (Health System - PMMG), in several aspects, presenting an innovative bias in the regarding the complexity of a secondary care dental service.

Keywords: clinical governance; management processes; dentistry.

Resumen


Describe el modelo de gestión del Centro Odontológico de la Policía Militar de Minas Gerais, a partir de la implementación del Modelo de Excelencia en la Gestión en 2015, como parte de la Directriz de Excelencia en la Gestión del PMMG. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, basado en referentes de innovación relevantes en el sector de la gestión sanitaria, que ha mostrado un importante crecimiento en los últimos años. Se analizaron, discutieron y compararon los datos registrados a lo largo de seis años, concluyendo que en este período hubo un avance notorio y explícito en el servicio ofrecido al beneficiario del SISAU (Sistema de Salud - PMMG), en varios aspectos, presentando un sesgo innovador en lo referente a la complejidad de un servicio odontológico de atención secundaria.

Palabras clave: gobernanza clínica; procesos de gestión; odontología.

Recebido em 25/Abr/2022.

Versão final reapresentada em 17/Mai/2022.

Aprovado em 14/Jun/2022.



As normas de submissão a este e aos demais periódicos
da Polícia Militar de Minas Gerais da encontram-se em:

<https://revista.policiamilitar.mg.gov.br>

Administração

Centro de Pesquisa e Pós-Graduação /
Academia de Polícia Militar de Minas Gerais

Rua Diábase, n.º 320 - Bairro Prado
Belo Horizonte/MG
CEP 30.411-060

Tel.: (0xx31) 2123-9513

E-mail: periodicos@pmmg.mg.gov.br

Esta obra também encontra-se disponível em
versão eletrônica, no Portal de Periódicos da
Polícia Militar de Minas Gerais.

Endereço: <https://revista.policiamilitar.mg.gov.br>

Autores

Isabela Viana Oliveira, Luciane de Abreu Ferreira,
Thaís Mendes Pinheiro e Yone de Almeida
Nascimento.
Fernanda Brito de Oliveira.

Marcelo Ferreira Pinto Cardoso, Déborah Campos
Telles, Nathalia Braga de Abreu, Letícia Carolina
Brandão de Souza, Gabriela Kelly da Silva, Karen
Maria Guimarães Pacheco e Giovanna Ribeiro
Souto.

Ricardo Murilo Tótaro Lopes, Thaís Barbosa dos
Santos, Thiago dos Santos Florêncio Aguiar e
Sônia Francisca de Souza.
Rosemeire de Freitas Vasconcelos, Alessandra de
Figueiredo Vasconcellos, Isabela Coutinho
Cordeiro e Sônia Francisca de Sousa.

Camila Keila Soares Perdigão, Renata Cristina
Gonçalves, Robson Silva Narciso e Marcos Flávio
Queiroz Brescia.

Fabiano Pereira Cardoso, José Leonardo Barbosa
Melgaço da Costa e Átila Savernini.

Fernanda Carvalho de Castro, Vany Lúcia Silva e
Átila Savernini.

Rodrigo da Costa Seabra e Francis Albert Cotta.

Fabiana Gonçalves Barbosa de Freitas, Rosimeire
de Moura, Suellen Arantes Pires e Raquel Batista
Dantas.

Carlos Henrique Rodrigues e Leonardo Meira de
Faria

Karla Teixeira e Átila Savernini.

Challenge Coin da Diretoria de Saúde



Realização:

**POLÍCIA
MILITAR**
DE MINAS GERAIS



ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR



DIRETORIA DE SAÚDE



CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Apoio:

