

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE



Governador de Estado
Fernando Damata Pimentel

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
Luiz Sávio de Souza Cruz

Secretário Adjunto
Nalton Sebastião Moreira da Cruz

Chefe de Gabinete
Lisandro Carvalho de Almeida Lima

Subsecretária de Gestão Regional
Márcia Faria Moraes Silva

Subsecretária de Inovação e Logística em Saúde
Adriana Araújo Ramos

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde
Maria Aparecida Turci

Subsecretária de Regulação em Saúde
Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde
Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Organização e Informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Assessoria de Planejamento

Cidade Administrativa

Rodovia Prefeito Américo Gianetti - Serra Verde CEP: 31630900

Tel. (31) 3916-0651

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – Acidentes por Animais Peçonhentos
AASUS – Auditor Assistencial do Sistema Único de Saúde
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACEs – Cadastro do Agente de Combate a Endemias
AE – Atenção Especializada
ANHH – Analista em Hematologia e Hemoterapia
APP – Acidentes com Produtos Perigosos
APS – Atenção Primária à Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
BI – Business Intelligence
B-RES – Registro Eletrônico em Saúde
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CADCF – Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CASF – Centro de Apoio à Saúde da Família
CASMRC - Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher e Rede Cegonha
CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CER – Centro Especializado de Reabilitação
CES – Conselho Estadual de Saúde
CESTAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CETEBIO – Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais
CETEBIO – Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais
CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES – Comissão de Integração Ensino Serviço
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIST – Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena
CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral
CMRA – Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMV – Centro Mais Vida
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CR – Central de Regulação
DAB – Departamento de Atenção Básica
DANVISAT – Doenças e Agravos de Notificação de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNAISAJPPR – Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
DNPAV - Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância
DO – Declarações de Óbito
DRC – Doença Renal Crônica
DSB – Diretoria de Saúde Bucal
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EAPV – Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinais
ECR – Equipes de Consultório na Rua
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESP – Escola de Saúde Pública
FGP – Fórum de Gestão Participativa
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FMB – Febre Maculosa Brasileira
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNED – Fundação Ezequiel Dias
GAP – Grupos de Aperfeiçoamento da Prática
GCGP – Grupo Condutor de Gestão Participativa
GRS – Gerência Regional de Saúde
GTI-M – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HEMOMINAS – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia
HRO – Hospitais Regionais para Odontologia
IBAMA – Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ICT – Instituição Científica e Tecnológica
INC – Instituto Nacional de Câncer
JRRPCD – Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros.
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
LV – Leishmaniose Visceral

MATT - Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre
MDDA – Monitorização da Doença Diarreica Aguda
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NMPI - Municípios com Produção Informada
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NPVPCP – Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
NV – Nascidos Vivos
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEAPS – Política Estadual de Atenção Primária à Saúde
PEPS – Política Estadual de Promoção da Saúde
PES – Plano Estadual de Saúde
PESI – Política Estadual de Saúde Indígena
PFA – Paralisias flácidas agudas
PFC – Plasma Fresco Congelado
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PIPA – Programa de Intervenção Precoce Avançado
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISARI – Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade
PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNI – Programa Nacional de Imunização
PNR/SUS – Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE – Programa de Saúde da Escola
PVT – Projeto Vida no Trânsito
QBRN – incidentes/acidentes por agentes químicas, biológicas, radiológicas e nucleares
RADC – Redes de Atenção à Doenças Crônicas
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAS – Redes Ampliadas de Saúde
REDOME – Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
REMEMG – Relação Estadual de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENIPVPC – Rede Estadual de Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
RMM – Razão de Mortalidade Materna
RSVO – Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis
RUE – Rede Urgência e Emergência
SADT – Serviço Apoio Diagnóstico
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SETS – Sistema Estadual de transporte em Saúde
SG – Síndrome Gripal
SGP – Sistema de Gerenciamento de Programa
SIASI – Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIASUS – Sistema de Informação Ambulatorial
SIGAF – Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRC – Síndrome da Rubéola Congênita
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SUBGR – Subsecretaria de Gestão Regional
SUBPAS – Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde
SUBSILS – Subsecretaria de Inovação e Logística
SUBVPS – Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
SUREG – Subsecretaria de Regulação em Saúde
SVE DTHA – Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
SVEAPV – Sistema de Vigilância em Eventos Adversos Pós-Vacinais
SVEAST – Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
SVO – Serviço de Verificação de Óbito
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
TRS – Terapia Renal Substitutiva
TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	19
APROVAÇÃO DO CES	22
1 - SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE	25
O MODELO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS EM MINAS GERAIS	28
A ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE	29
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES.....	30
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES	31
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS – ESP/MG.....	32
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS.....	33
FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS – FUNED	36
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG.....	37
2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	39
3 - ORGANIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS E RECURSOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MG	111
4 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO SUS EM MINAS GERAIS.....	118
ATENÇÃO PRIMÁRIA	118
Saúde da Criança.....	131
Saúde do Adolescente.....	135
Saúde do Idoso.....	137
Saúde do Homem.....	141
Saúde da Pessoa Privada de Liberdade e dos Adolescentes e das Adolescentes em conflito com a lei	142
Saúde da Pessoa Privada de Liberdade	143
Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei	143
Promoção da Saúde	144

Tabagismo	152
Práticas integrativas e complementares - PIC	153
Políticas de promoção da equidade em saúde	155
Saúde Indígena.....	156
Saúde Bucal.....	160
ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA	163
REDES ASSISTENCIAIS.....	164
Redes de Atenção à Doenças Crônicas	164
Urgência e Emergência	172
Políticas de Gestão Hospitalar	176
Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	178
Atenção Especializada.....	185
Saúde Mental	187
Sistema Estadual de Transporte em Saúde	193
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	194
5 - EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	200
EIXO 1 – DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE.....	200
1.1 - FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS.....	200
1.2 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	202
1.3 - REGULAÇÃO EM SAÚDE	209
1.4 - FHEMIG	210
1.5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	213

1.6 - ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	214
1.7 - ATENÇÃO HOSPITALAR	215
1.8 - SAÚDE DA MULHER	217
1.9 - TRANSPORTE EM SAÚDE.....	222
1.10 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	223
1.11 - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (ATENÇÃO ESPECIALIZADA).....	224
1.12 - SAÚDE MENTAL.....	224
1.13 - ATENÇÃO PRIMÁRIA	225
1.14 - SAÚDE DA CRIANÇA	227
1.15 - SAÚDE DO ADOLESCENTE	228
1.16 - SAÚDE DO IDOSO	229
1.17- POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE.....	230
1.18 - SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	231
1.19 - SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE – PPL.....	232
1.20- TABAGISMO	232
1.21 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PIC	233
1.22 - PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	234
1.23 - SAÚDE INDÍGENA	240
1.24 - SAÚDE DO HOMEM	241
1.25 - SAÚDE BUCAL.....	242
1.26 - DOENÇAS CRÔNICAS.....	244

EIXO 2 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	244
2.1 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	244
2.2 - FHEMIG	245
2.3 - FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL	246
2.4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA.....	247
EIXO 3 – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	248
3.1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA.....	248
3.2 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	249
3.3 - GESTÃO DE PESSOAS.....	250
3.4 - FHEMIG	251
3.5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	251
EIXO 4 – FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA.....	252
4.1 - REGULAÇÃO EM SAÚDE	252
4.2 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	252
4.3 - PAPEL DO ESTADO	253
EIXO 5 – GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO	254
5.1 - FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS	254
5.2 - GOVERNANÇA REGIONAL	257
5.3 - FHEMIG	259
EIXO 6 – EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS	259
6.1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA.....	259
6.2 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	260
6.3 - FHEMIG	261

EIXO 7 - CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS	261
7.1 - FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS.....	261
7.2 - FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS	263
7.3 - INFORMAÇÃO EM SAÚDE	264
7.4- FHEMIG	265
7.5- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	266
7.6 - DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO	266
6 - CONSOLIDADO DOS OBJETIVOS, METAS E INDICADORES POR TEMA	268
FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS – FUNED	268
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	269
REGULAÇÃO EM SAÚDE	272
FHEMIG	273
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	275
ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	277
ATENÇÃO HOSPITALAR	277
SAÚDE DA MULHER.....	278
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	280
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (ATENÇÃO ESPECIALIZADA)	281
SAÚDE MENTAL.....	281
ATENÇÃO PRIMÁRIA	282
SAÚDE DA CRIANÇA	283
SAÚDE DO ADOLESCENTE	284

SAÚDE DO IDOSO	284
POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE.....	285
SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	286
SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE – PPL.....	286
TABAGISMO	287
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PIC	287
PROMOÇÃO DA SAÚDE	288
SAÚDE INDÍGENA	289
SAÚDE DO HOMEM.....	290
SAÚDE BUCAL.....	291
DOENÇAS CRÔNICAS	292
FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL	293
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA.....	294
GESTÃO DE PESSOAS.....	295
PAPEL DO ESTADO	296
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS.....	296
GOVERNANÇA REGIONAL	298
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	299
DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO.....	300
CAPITULO 7 – PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	302

ANEXO 1 - Correspondência das áreas temáticas do PES com os Programas e Ações (em 2016) no

Índice de Figuras

Figura 1 - Os CIS de Minas Gerais	27
Figura 2 – Mapa Estratégico 2016-2020 da Fundação Hemominas	34
Figura 3 - Taxa de analfabetismo (%) - Região Sudeste, Minas Gerais e Brasil, 1991, 2000, 2010 e 2012.	40
Figura 4 - Taxa de fecundidade total, Região Sudeste, Minas Gerais e Brasil, 1991 a 2011.	40
Figura 5a - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 1991.....	41
Figura 5b - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 2000.....	41
Figura 5c - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 2010.	41
Figura 6 – Índice de envelhecimento – Região Sudeste – Minas Gerais e Brasil, 1991 a 2012.....	43
Figura 7- Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web, Minas Gerais, 2014.	44
Figura 8: Série história de casos confirmados de coqueluche - Minas Gerais, 2007 a 2015.....	47
.....	47
Figura 9: Distribuição de casos notificados e confirmados de sarampo, Minas Gerais, 2007 – 2015.	48
Figura 10 - Distribuição de casos notificados e confirmados de rubéola, Minas Gerais, 2007- 2015.....	49
Figura 11: Distribuição de casos notificados de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), Minas Gerais, 2007- 2015.	49
Figura 12 - Incidência (por 100.000 hab)/ Frequência de casos novos de HIV/AIDS por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2015.....	53
Figura 13: Incidência (por 1.000 NV)/ Frequência de casos de sífilis em gestante por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2015.....	54
Figura 14: Incidência (por 1.000NV)/frequência de casos de Sífilis Congênita por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2015.	54
Figura 15: Percentual de municípios silenciosos, sem nenhuma notificação de EAPV por Unidade Regional de Saúde, Minas Gerais, 2015	75
Figura 16: Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Região Ampliada de Saúde. Minas Gerais, 2013-2014.....	80
Figura 17: Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Sexo. Minas Gerais, 2013- 2014.....	80
Figura 18: Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Faixa Etária. Minas Gerais, 2013-2014.....	81
Figura 19: Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, segundo Região Ampliada de Saúde. Minas Gerais, 2014-2015.....	82
Figura 20: Percentual de notificações no SINAN das doenças/agravos de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais, 2015.	83
Figura 21: Percentual de internação hospitalar, por sexo em Minas Gerais (2015), pelos dois maiores motivos de causas externas e a estratificação do sexo masculino.	84
Figura 22: Frequência relativa (porcentagem) dos óbito por causas externas de acordo com os Grupos CID-10, Minas Gerais, 2015.	85
Figura 23: Frequência absoluta (número de casos) dos óbitos por causas externas e a sua relação com o trabalho (Minas Gerais, 2015).....	86
Figura 24: Percentual de cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, segundo Região Ampliada de Saúde, MG, 2014.....	88
Figura 25 - Regiões de abrangência da COPANOR	89
Figura 26 – Resultados de atendimento da primeira etapa.....	91
Figura 27: Distribuição proporcional (%) das internações no SUS pelos principais Capítulos de causas da CID-10 por residência - Minas Gerais 2013-2015.....	92
Figura 28: Evolução do número total de óbitos não fetais e da Taxa bruta de mortalidade (x mil habitantes) por residência - Minas Gerais, 2006 a 2014.	95

Figura 29: Mortalidade proporcional pelos principais capítulos de causas da CID-10 por residência - Minas Gerais 2013-2015.	95
Figura 30: Taxa bruta de mortalidade por 100 mil habitantes, por todas as neoplasias, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2013.	98
Figura 31- Proporção de óbitos por causas mal definidas e sem assistência médica, segundo Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000 e 2015.....	99
Figura 32: Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, Minas Gerais, 2000- 2015.	101
Figura 33: Distribuição espacial da razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, segundo Regiões Ampliadas de Saúde de residência, Minas Gerais, 2014.	102
Figura 34: Frequência de óbitos maternos segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2000 e 2014.	103
Figura 35 - Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal precoce, Neonatal Tardia e Pós-neonatal, Minas Gerais, 2000-2015.....	104
Figura 36: Variação das Taxa de Mortalidade Infantil e Proporção de óbitos por causas evitáveis, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000-2015.	105
Figura 37: Proporção de óbitos infantis segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2015.....	105
Figura 38: Variação das Taxa de Mortalidade Infantil e Proporção de óbitos por causas evitáveis, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000-2015.	106
Figura 39: Proporção de óbitos infantis segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2015.....	107
Figura 40 - Cobertura (%) por Estratégia Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais – Fevereiro 2016.....	123
Figura 41- Cobertura (%) por Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais – Fevereiro 2016.....	124
Figura 42- Distribuição dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais – Fevereiro 2016.....	125
Figura 43 - Distribuição de médicos do programa Mais Médicos nos municípios do Estado de Minas Gerais - Março 2016	126
Figura 44 – Distribuição dos municípios de Minas Gerais que possuem Polo do Programa Academia da Saúde concluído, por número de polos, maio/ 2016.	146
Figura 45- Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web, Minas Gerais, 2014.	152
Figura 46 - Cobertura do SAMU 192 em Minas Gerais.	173
Figura 47 – Ciclo da Assistência Farmacêutica	198

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Série histórica da incidência de casos prováveis e óbitos por dengue, de 1990 a 2015; Brasil.	63
Gráfico 2 – Série de casos prováveis de dengue. por semana epidemiológica, de 2012 a 2016; Minas Gerais.	64
Gráfico 3 – Síndrome Gripal por Influenza, 2013 a 2015, Minas Gerais.	66
Gráfico 4 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, 2013 a 2015; Minas Gerais.	67
Gráfico 5 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por outros vírus respiratórios, 2013 a 2015; Minas Gerais.	68
Gráfico 6 – Número de acidentes com produtos perigosos (APP), de 2012 a 2015; Minas Gerais.	69
Gráfico 7 - Percentual de Cobertura por Equipe de Saúde da Família em Minas Gerais - Dezembro (1999-2015).....	118
Gráfico 8 - Evolução da Cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.....	119
Gráfico 9 - Evolução do número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família	119
Gráfico 10. Frequência de casos notificados de Sífilis Congênita, 2009 a 2015, Minas Gerais	133
Gráfico 11. Mortalidade em crianças de 0 a 9 anos por capítulo CID- 10, entre 2009 a 2015, Minas Gerais.	134
Gráfico 12 – Número e percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família na Saúde acompanhadas em Minas Gerais, 1ª vigência de 2005 a 2ª vigência de 2015.	148
Gráfico 13 – Percentual de famílias acompanhadas independente do número de famílias para acompanhamento, Programa Bolsa Família – condicionalidade de saúde, Minas Gerais e demais Estados do Brasil, 2ª vigência de 2015.....	149
Gráfico 14 - Cobertura Populacional estimada para as ações da Política Estadual de Saúde Indígena em MG, em específico para atenção primária.	159

Índice de tabelas

Tabela 1 - Número de municípios de Minas Gerais, segundo porte populacional, 2015.	39
Tabela 2 - Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Região Sudeste - Minas Gerais e Brasil, 1991, 2000, 2010 e 2012.	42
Tabela 3 - Perfil nutricional de crianças menores de 5 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2014, Minas Gerais e Brasil.	44
Tabela 4 - Perfil nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2014, Minas Gerais e Brasil.	45
Tabela 5 - Perfil nutricional de adolescentes, adultos e idosos acompanhados no Sisvan Web em 2014, Minas Gerais e Brasil.	45
Tabela 6 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo recomendado de hortaliças e frutas, por sexo, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo Região Sudeste e Minas Gerais – 2013.	46
Tabela 7 - Frequência de casos confirmados, óbitos, incidência e letalidade das Meningites por etiologia, Minas Gerais, 1º semestre de 2014 e 2015.	50
Tabela 8 - Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das PFA – Minas Gerais, 1990 a 2014.	51
Tabela 9 - Notificações de Hepatites B e C, Minas Gerais, 2007 A 2016*.	55
Tabela 10 - Situação Epidemiológica da hanseníase - Minas Gerais - 2009 a 2014.	56
Tabela 11 – Frequência de casos novos confirmados e óbitos por LV segundo região ampliada de saúde de residência, Minas Gerais – 2014.	58
Tabela 12 – Número de municípios com decretos publicados por seca e estiagem, por ano; Minas Gerais.	70
Tabela 13 – Número de municípios com eventos registrados por inundações, de 2012- 2015; Minas Gerais.	70
Tabela 14 - Doses distribuídas e aplicadas por Imunobiológico, Minas Gerais, 2015.	72
Tabela 15 - Coberturas Vacinais em menores de 02 anos de idade por tipo de vacinas, 2015.	74
Tabela 16 - Proporção de casos notificados de violência, por tipo de violência, considerando as regiões ampliadas de saúde, 2015.	77
Tabela 17 - Ocupações mais comumente encontradas entre as 5 mais notificadas nos DANVISAT, as suas frequências e os respectivos agravos.	83
Tabela 18 - Municípios cujas sedes municipais e localidades, com população superior a 200 habitantes, receberão obras e serão operadas pela Copanor:	90
Tabela 19 - Municípios cujas localidades, com população superior a 200 habitantes, receberão obras e serão operadas pela Copanor:	90
Tabela 20 - Número de internações no SUS, coeficiente de internação (x 100 mil habitantes), valor total gasto (em R\$), valor médio por internação (em R\$), média de permanência hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar (x 100 internações) por residência - Minas Gerais, ano processamento 2015.	93
Tabela 21 - Ranking dos principais capítulos da CID-10 por grupos de causas de mortalidade, segundo faixa etária por residência - Minas Gerais, 2013-2015.	96
Tabela 22 - Óbitos Proporcionais Sem Assistência Médica, Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 1996-2015.	100
Tabela 23 - Óbitos Proporcionais por Causas Mal Definidas, Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais 1996-2015.	100
Tabela 24 - Solicitações e Internações Reguladas em Minas Gerais em 2015.	113
Tabela 25 – Número de estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais, por tipo de gestão – competência dezembro de 2015.	113
Tabela 26 – Estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais credenciados para prestação de serviços ao SUS – por tipo de estabelecimento e RAS – competência dezembro de 2015.	114
Tabela 27 – Número de leitos de internação hospitalar e complementar – por RAS e tipo de gestão – competência dezembro de 2015.	116
Tabela 28 – Profissionais de saúde cadastrados como prestadores de serviços ao SUS – competência dezembro de 2015.	116

Tabela 29 – Produção de procedimentos de média e alta complexidade aprovada nos estabelecimentos do SUSMG entre janeiro e dezembro de 2015.....	117
Tabela 30 - Percentual de Cobertura por Estratégia Saúde da Família nas Regiões de Saúde de Minas Gerais (Maio 2016)	120
Tabela 31- Quantidade de ambientes físicos existentes nas unidades de atenção primária recenseadas no Estado de Minas Gerais. 1. 2012.	127
Tabela 32- Quantidade de ambientes físicos existentes nas unidades de atenção primária recenseadas no Estado de Minas Gerais. 2. 2012.	128
Tabela 33 - Quantidade de ambientes físicos existentes nas unidades de atenção primária recenseadas no Estado de Minas Gerais. 3.2012	128
Tabela 34 - Frequência e proporção de internação pelas principais causas no grupo etário menor de 1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade, Minas Gerais, 2015.....	132
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	132
Tabela 35. Frequência de casos de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites por faixa etária, 2009-2016, MG.	136
Tabela 36 - Frequência e proporção de óbitos pelas principais causas de mortalidade no grupo etário de 10 a 19 anos de idade, Minas Gerais, 2010 - 2014.....	137
Tabela 37 - Ações da rede mais vida em 2015	138
Tabela 28: Dados de morbidade em idosos no período de abril de 2015 a março de 2016.....	139
Tabela 29- Dados de mortalidade no período de 2014.....	140
Tabela 38- Número de Polos do Programa Academia da Saúde concluídos, por município, em Minas Gerais, maio/ 2016.	145
Tabela 39 – Número de Polos reconhecidos como similares pelo Ministério da Saúde por município, em Minas Gerais, 2016.	147
Tabela 40- Evolução da cobertura de acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar no Sisvan Web, no período de 2011 a 2014, Minas Gerais e Brasil.	151
Tabela 41 – Série histórica da Cobertura Populacional estimada para as ações da Política Estadual de Saúde Indígena em MG:	158
Tabela 42 - Proporção de ICSAP em relação ao total de internações, Minas Gerais, 2008 a 2014	160
Tabela 43 – Quantitativo de serviço de Terapia Renal Substitutiva disponível nos municípios	165
Tabela 44 - Número de hospitais habilitados em obesidade	166
Tabela 45 – Estabelecimentos habilitados para prestar atenção especializada no processo transexualizador	167
Tabela 46: UPA 24h, por Região Ampliada de Saúde	175
Tabela 47 - Número de prestadores hospitalares contemplados com os componentes das RUE Porta Aberta e Leitos de Retaguarda	176
Tabela 48 - Comunidades Terapêuticas aptas do Programa APV por município e número de leitos disponíveis	188
Tabela 49 – Serviços pendentes de habilitação no Ministério da Saúde	190
Tabela 50 – Total de viagens e passageiros transportados pelo SETS	193
Tabela 51 - Organização da assistência farmacêutica por componentes	195

APRESENTAÇÃO

Prezados(as) Conselheiros(as),

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em virtude da diversidade e complexidade das atividades que desenvolve, do volume de recursos envolvidos em seus processos, bem como da sua responsabilidade, em conjunto com a União e com os Municípios, de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde com qualidade, reafirma a importância do planejamento, na medida em que esse permite sistematizar, com antecedência, as ações que serão realizadas pela instituição.

O Plano Estadual de Saúde é um importante instrumento de planejamento que explicita as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, compreendido entre 2016 e 2019. Este instrumento é tratado na Lei 141, de 13 de janeiro de 2012:

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Para que as reais necessidades da população fossem contempladas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, foi debatido amplamente com o Conselho Estadual de Saúde e considerou em sua construção os eixos e diretrizes oriundas da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, ocorrida no período de 01 a 04 de setembro de 2015. Conforme § 7º, do art. 3º da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013:

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e

disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.

O Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019 foi construído sob um contexto de sérias ameaças ao Sistema Único de Saúde, patrimônio conquistado pelo povo brasileiro. Há um grave cenário de restrições ao financiamento na União, Estados e Municípios; relação público-privado cuja equação de equilíbrio ainda não foi encontrada, com sérios prejuízos para o público; e questionamentos que se tornam mais frequentes no que diz respeito aos princípios e diretrizes do SUS previstos como direito na constituição de 1988.

Reafirmando a determinação de não sair do rumo originalmente traçado para o Sistema Estadual de Saúde a SES-MG trabalhou no ano de 2015 “pavimentando vias” para a implantação e implementação de políticas consideradas prioritárias para a população de Minas Gerais, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde e com o COSEMS. Houve aumento significativo dos recursos financeiros repassados às Equipes de Saúde da Família no âmbito da Atenção Primária e a utilização de critérios de equidade para repartição dos recursos. Foi pactuada a Política de Atenção Primária em consonância com a política nacional, e foram lançadas as bases para a implementação de políticas para a promoção da equidade na atenção a populações vulneráveis. Outras políticas estruturantes e com caráter inovador do ponto de vista de abrangência e potencial de efetividade foram pactuadas e tiveram início de implementação como a Atenção Hospitalar, Atenção Especializada por meio dos CEM, Assistência Farmacêutica e Regulação. Foi inaugurado o SAMU Sul e os procedimentos operacionais para a ativação do SAMU Oeste, Triângulo do Norte Leste estão em fase avançada, rumo à cobertura de 100% para a população de Minas Gerais. Foi mantida a política de cirurgias eletivas com recursos da SES, mesmo após a suspensão dos incentivos pelo Ministério da Saúde. Na saúde mental foram realizadas vitórias nas Comunidades Terapêuticas, habilitadas pelo Programa Aliança pela Vida", subsidiadas com recurso do SUS, e tomadas providências subsequentes, e foi retomada a indução da criação de serviços substitutivos aos manicômios com o co-financiamento dos CAPS. Bases também foram construídas para o aprimoramento da rede de atenção às doenças crônicas. Foi feito o enfrentamento de doenças emergentes e reemergentes em saúde pública apoiando municípios no co-financiamento em educação permanente e na organização de serviços. Na relação da SES com os trabalhadores foi implantado Fórum de Gestão Participativa incluindo as regionais e realizado Seminário de Gestão Participativa com 180 trabalhadores. Foi realizada a 8ª Conferência Estadual de Saúde com cerca de 2800 participantes, e tivemos participação expressiva na 15ª Conferência Nacional de Saúde. A SES apoiou os municípios para assumirem a gestão dos prestadores de média e alta complexidade e teve protagonismo importante nos fóruns da gestão nacional do SUS como o CONASS e Comissão Intergestores Tripartite.

Nesse processo, foi resgatado o protagonismo das gerências e superintendências regionais de saúde.

Assim, consideramos que a proposta do PES – 2016-2019 deve traduzir avanços na implementação e consolidação de políticas que ampliem o acesso e qualidade no campo da promoção, prevenção, vigilância e atenção à saúde no SUS de Minas Gerais, com práticas de gestão qualificadas, participativa e de atuação intersetorial com os diversos atores que constroem e defendem esse Sistema.

Reforçando a importância de tal instrumento e para que as reais necessidades da população fossem contempladas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, foi

debatido amplamente com a Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento (CTOF), do Conselho Estadual de Saúde.

Durante os meses de junho a novembro, ocorreram reuniões entre a Secretaria de Estado de Saúde e CTOF do Conselho Estadual de Saúde, com a finalidade de discutir as diretrizes, respostas sociais, metas e público-alvo abordados no Plano Estadual de Saúde.

APROVAÇÃO DO CES



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

RESOLUÇÃO CESMG Nº 016 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2016.

Dispõe sobre aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2016-2019.

O plenário do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, em sua quingentésima décima quarta reunião ordinária realizada no dia 12 de dezembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e legais, conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990, Lei Federal 8.142 de 28/12/1990, e Decreto Estadual de nº 45.559, de 03/03/2011, Resolução 453 de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerando,

- A Constituição Federal de 1988;
- A Constituição do Estado de Minas Gerais;
- A Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- A Lei Federal nº 8.142 de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS;
- A Portaria 2135 de 25/09/2003, estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A Portaria 1034 de 05/05/2010 que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- O Decreto Presidencial 7508 de 28/06/2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- O Decreto Estadual 45.559 03/03/2011, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde – CES – e dá outras providências;
- A Lei Federal Complementar nº 141 de 16/01/2012, que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- O Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde, com as diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais – quadriênio 2016-2019;



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Continuação Resolução CESMG 016/2016.

- A Resolução SES/MG N° 5173 de 08/03/2016 que estabelece os pré-requisitos a serem observados por Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- O Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde;
- O Parecer CTOF/CESMG nº 004 de 21 de novembro de 2016;
- O Parecer Conjunto da CTOF e CTGPL- CESMG de 05 de dezembro de 2016 e;
- A manifestação do plenário no dia 12 de dezembro de 2016.

Resolve:

Aprovar o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2016-2019, com as seguintes recomendações:

1. Considerando que para o item K – Gestão de Pessoas (PES 2016-2019) não foi apresentado os indicadores, o CESMG deverá acompanhar por meio da PAS 2017 e a dos anos subsequentes, os impactos gerados pelas metas apresentadas no PES 2016-2019.

2. Em objetivos:

1 ITEM 1 – 0.1.2.m deverá constar a seguinte redação – Realizar o combate do Mosquito *Aedes Aegypti* no Estado de Minas Gerais;

3. Em Metas:

ITEM 2 – M.1.2.1 deverá constar a seguinte redação – Induzir os municípios realizarem no mínimo seis (6) ciclos de visitas domiciliares nos imóveis urbanos.

4. Em Indicadores:

4.1 - ITEM 3 – L1.2.o – deverá constar a seguinte redação obter em cada visita, no mínimo 70 % de cobertura no ano de 2016, 80% de cobertura no ano 2017, 90% de cobertura no ano de 2018 e 100% de cobertura no ano de 2019;

4.2 - ITEM 4 – Incluir a partir da página 318 – AH, Vigilância em Saúde;

4.3 - ITEM 5 – No último quadro da página 319 onde está descrito os objetivos, as metas e os indicadores; no quadro de indicadores inserir o texto: realização de seis (6) ciclos anuais de visitas domiciliares com no mínimo de 70% de cobertura em 2016; 80% de cobertura em 2017; 90% de cobertura em 2018 e 100% de cobertura em 2019;

4.4 - ITEM 6 – Saúde Mental página 190 PES 2016-2019 ao final do texto com indicadores a redação deverá estar Em concordância com a Resolução CESMG nº 010 de 08 de julho de 2016 e deliberação CIBSUSMG 2.400 de 19 de outubro de 2016.

5. ITEM 7 – Ao que se refere ao Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) que a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais se comprometa apresentar as propostas para a discussão com o Conselho Estadual de Saúde assim que a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) apresentar a proposta.



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Continuação Resolução CESMG 016/2016.

o Decreto 7.508/2011 for republicado com as alterações e que constará na resolução que deliberará sobre o PES 2016-2019.

6. ITEM 9 – Sistema Estadual de Transporte em Saúde: Que a Secretaria Estadual de Saúde apresente ao Conselho Estadual de Saúde, até 2017, o Manual da Política Estadual de Transporte em Saúde, bem como os manuais de procedimentos do Tratamento Fora do Domicílio e SETS;

6. Eixo 4 – Financiamento do SUS e Relação Público Privada: 4.1 Regulação em Saúde em seus objetivos deverá constar da seguinte redação “O.4.1 - Assegurar que a Gestão Pública das Ações e Serviços de Saúde sejam integralmente de responsabilidade do Poder Público e que a prestação de serviços de assistência à saúde executadas por instituições privadas, seja de caráter eminentemente complementar, formalizados por meio de instrumentos contratuais, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.”

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2016.


Ederson Alves da Silva

Vice-Presidente do CESMG


Renato Almeida de Barros

2º Secretário do CESMG

Homologo a Resolução CESMG Nº 016/2016, conforme descrito acima.

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais/Gestor SUS/MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

1 - SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde publicadas em 1990, marcou uma reformulação do modelo de organização do sistema de saúde vigente no Brasil até aquele momento. Com o seu advento, a saúde passou a ser reconhecida como um *“direito de todos e dever do Estado”*.

Para a garantia de um sistema de saúde que atendesse ao disposto na Constituição, foi preciso destacar como princípios para a implantação do SUS, por exemplo, a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa. Esta última deve ser compreendida como um processo de descentralização tanto da gestão quanto da atenção à saúde.

Tal mudança de orientação passou a exigir a convergência das políticas públicas relacionadas à garantia da atenção à saúde dos indivíduos e da coletividade. Foi necessário, também, que a responsabilidade por estas políticas fosse compartilhada pelos três entes federativos do país - União, Estados e Municípios – com comando único e atribuições próprias em cada um deles, o que gerou a redefinição de seus papéis.

Considerando as competências definidas na Lei nº 8.080/1990, é possível observar que o município assumiu um papel preponderante na execução e no gerenciamento dos serviços e ações de saúde. Observa-se que, nos primeiros anos após a criação do SUS, estabeleceu-se um movimento forte de transferência não só dos serviços e ações para os municípios, mas, também, de poder, responsabilidades e recursos.

A fragilidade do ente estadual, num contexto de limitada capacidade financeira e gerencial dos municípios de proverem os serviços demandados pela população, acabou por prejudicar a articulação e a conformação de redes regionalizadas de saúde, função, esta, necessária para o estabelecimento de um sistema integral, resolutivo e equânime.

Em meados da década de 1990, visando aprimorar a estratégia de descentralização até então executada, foram instituídos espaços para a gestão colegiada dos três entes, por meio das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites. Mesmo assim, ao final da década, era possível observar um agravamento das desigualdades intra e inter-regionais do provimento da atenção à saúde e na consolidação do SUS.

Na virada dos anos 2000, o processo de descentralização foi resignificado dando destaque à lógica regional. Foram estabelecidas normatizações com o intuito de impulsionar a conformação de regiões de saúde para a organização da assistência à população, em especial com a instituição do Plano Diretor de Regionalização – PDR e do Plano Diretor de Investimentos – PDI.

Esse processo deu ênfase ao papel da gestão estadual na descentralização do SUS, principalmente no que tange ao planejamento regional, vide os planos diretores instituídos. Tal movimento reafirmou a importância das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde, impulsionando a regionalização como estratégia para a descentralização das ações e serviços de saúde.

Entretanto, essas iniciativas não se mostraram suficientes para alterar qualitativamente o processo de

conformação das regiões de saúde, tendo em vista que não contemplaram a dimensão da complexidade da gestão regional num contexto de diversidade e heterogeneidade dos territórios.

No processo de descentralização com ênfase na regionalização, destaca-se a importante experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), que reconfigurou suas unidades regionais com o intuito de fornecer cooperação técnica aos municípios. Outro importante passo dado neste período foi a instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR) como forma de aproximar os espaços de consenso interfederativos aos locais onde as demandas de saúde de fato acontecem.

É certo que a implementação de um sistema universal de saúde com as características do SUS apresenta desafios inerentes a um processo de execução de políticas públicas no modelo de federalismo brasileiro. Com o caminho até o momento percorrido, fica evidente o papel de destaque das Secretarias Estaduais de Saúde na condução política das redes de atenção à saúde e no estabelecimento de configurações e ferramentas de gestão solidária e cooperativa, com vistas ao *“aprimoramento da coordenação federativa do processo de regionalização”*. Deve-se ter em mente a importância de alguns instrumentos no desenvolvimento das políticas de saúde em Minas Gerais, ressaltando a importância da participação dos Conselhos de Saúde. Destas, destacamos três:

Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB Estadual)

Trata-se de instância colegiada formada por gestores estaduais e municipais, representados pela SES/MG e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), para negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS/MG, com a participação dos conselhos de saúde. É por meio dessa instância que ocorrem as pactuações entre Estado e Municípios, possibilitando que as esferas tenham autonomia de gestão, porém, zelando pela cooperação e parceria.

De acordo a Lei nº 12.466/2011, a CIB é reconhecida como fórum de negociação e pactuação entre gestores quanto a aspectos operacionais do SUS em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, sendo deliberados e aprovados pelos conselhos de saúde.

Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS)

Entidade colegiada formada por secretários municipais de saúde com finalidade de estabelecer o elo entre os secretários municipais de saúde e as esferas estadual e federal, representando os interesses municipais e os princípios da gestão participativa na implantação de políticas de saúde.

Abordando especificamente a SES-MG, é possível identificar alguns desafios postos neste cenário, nos quais se destacam a necessidade de consolidar os espaços de governança regional, aprimorando sua capacidade de planejamento regional, bem como desenvolver o monitoramento e a avaliação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Consórcios intermunicipais de saúde

Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) consistem em uma iniciativa autônoma de municípios (geralmente) circunvizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços de saúde à população, otimizando e racionalizando o uso de recursos públicos. Existentes no Brasil desde a década de

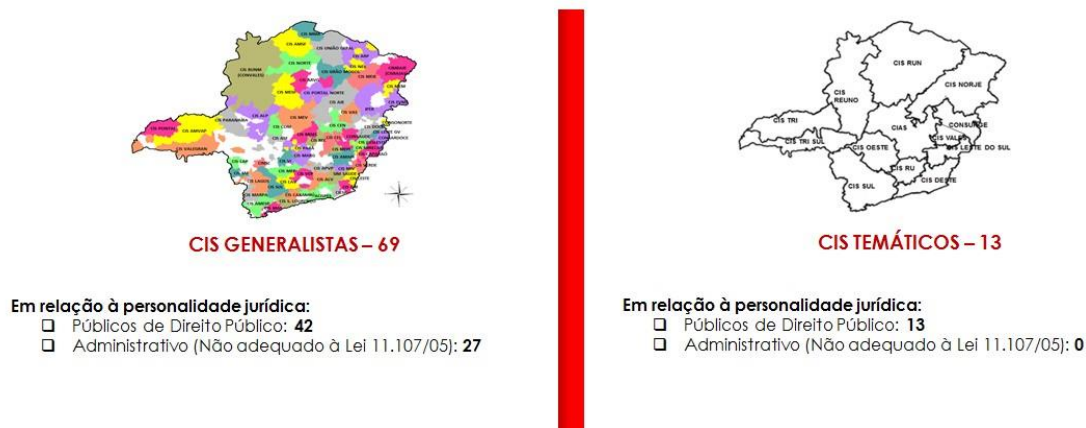
1980, os consórcios de saúde se estabelecem a partir de uma prerrogativa legal do SUS que os aponta como instrumentos de organização e gestão do sistema.

Previsto no art. 241 da Constituição Federal e na Lei Federal nº 8.080/1990 foi, porém, com o advento da Lei Federal nº 11.107, em 2005, e tão logo, seu Decreto regulamentador (Decreto 6.017/07), que se fortaleceu o ambiente institucional em que se inserem os consórcios intermunicipais de saúde. O instituto possibilitou segurança jurídica e administrativa a todos os que se relacionam com os consórcios, além de prever que os entes consorciados serão solidariamente responsáveis pelas obrigações ora assumidas.

Em Minas Gerais, ao longo dos anos, os consórcios tem se consolidado como importantes instrumentos para oferta de serviços de saúde e gestão operacional de equipamentos vinculados às redes de atenção. O Estado é atualmente aquele com o maior número de CIS entre os demais Estados da federação; são 82, que variam de tamanho, nível de gestão, missão, volume, complexidade, objeto e condições econômicas.

Dos 82 CIS existentes no Estado, 69 são considerados pela SES/MG consórcios generalistas e 13 consórcios temáticos. Os consórcios generalistas possuem abrangência regional e estão vocacionados, essencialmente, resguardados os limites e possibilidades de seus respectivos documentos constitutivos, à prestação de serviços de média complexidade ambulatorial (consultas e exames) e gerenciamento de equipamentos de saúde municipais e regionais. Os consórcios temáticos, todos os consórcios públicos de direito público, possuem abrangência de região ampliada de saúde e tem como objetivo gerenciar ações especializadas em saúde, como, por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Regional), um dos componentes da Rede de Urgência e Emergência.

Figura 1 - Os CIS de Minas Gerais



Fonte: SES/MG, a partir de Pesquisa Diagnóstica aplicada aos CIS em 2015

Para cumprir o objetivo primordial de assistir ao cidadão, propiciando-lhe um melhor atendimento aos serviços de saúde, principalmente nas questões ambulatoriais do nível secundário, bem como aperfeiçoar a relação interinstitucional com os consórcios, estabeleceu-se em 08 de março de 2016, por meio de Resolução SES/MG Nº 5173, um conjunto de pré-requisitos a serem observados por Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que intencionem potenciais parcerias com a Secretaria de Estado de Saúde

de Minas Gerais (SES/MG). Os pré-requisitos correspondem a exigências prévias indispensáveis requeridas pela SES/MG que habilitam o CIS a estabelecer parceria(s) com a instituição. Entre os pré-requisitos deve-se ressaltar:

- a) Coadunar com os princípios da administração pública e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) Apresentar personalidade jurídica pública de direito público nos termos da Lei Federal nº 11.107/2005;
- c) Ter como finalidade executar ações e serviços públicos de saúde;
- d) Comprometer-se com o aprimoramento e a qualidade da gestão e
- e) Fornecer todos os dados e informações necessários e atualizados ao exercício do controle social.

Ainda nos termos da Resolução SES/MG Nº 5173/2016, CIS criados anteriormente à Lei Federal nº 11.107/2005 e que não se converteram para as personalidades jurídicas previstas nessa legislação, e que mantêm parcerias com a SES/MG na gerência de equipamentos das RAS, terão que se adequar ao marco legal citado até 31 de dezembro de 2017.

O MODELO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS EM MINAS GERAIS

O Estado é caracterizado por profundas desigualdades regionais, apresentando municípios bastante pobres, com baixo índice de desenvolvimento humano, e municípios com indicadores socioeconômicos mais favoráveis, reproduzindo o mesmo padrão de iniquidade do Brasil. Também se evidencia essa desigualdade no setor saúde, tanto no que se refere aos resultados de saúde como na distribuição desses serviços entre os municípios.

Para diminuir essas diferenças, é necessária a elaboração de políticas públicas que busquem melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde. Portanto, é preciso rediscutir a alocação de recursos, uma vez que, historicamente, na atenção primária à saúde a distribuição se dá em função do tamanho da população, e nos serviços hospitalares ocorre de acordo com a oferta de serviços já existentes. Esse tipo de política desconsidera as características epidemiológicas e socioeconômicas da população, contribuindo para o aumento das desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões.

A disparidade econômica e demográfica entre os municípios são uns dos grandes desafios do setor saúde e exigem um arranjo institucional, entre as esferas de gestão, que garanta atenção de qualidade a todos.

Diante desse contexto, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 1 vigente em Minas Gerais divide o Estado em 13 (treze) regiões ampliadas de saúde² e 77 (setenta e sete) regiões de saúde. Esta divisão em dois níveis regionais foi estabelecida devido à complexa realidade mineira exposta anteriormente.

Para se compreender o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais é preciso compreender o conceito de “Região”. Pode-se considerar que as regiões são recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, possuindo como base as identidades culturais, econômicas e sociais de sua população, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte.

No âmbito do SUS, as regiões são identificadas e constituídas para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde em busca de maior resolutividade e qualidade da assistência. Além disso, a regionalização

contribui para o aprimoramento da capacidade de co-gestão regional, devendo, portanto, orientar a descentralização das ações e serviços de saúde.

A Regionalização é um dos princípios que orientam a organização do sistema de saúde no país e constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

Enquanto ferramenta, o PDR foi institucionalizado pela NOAS 01/02 e tem sido utilizado para orientar a organização das redes assistenciais de saúde, fornecendo as bases para os cálculos dos recursos e para o monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e integralidade.

Os critérios técnicos adotados, no caso do PDR/MG, estão embasados na literatura técnica internacional e em estudos e pesquisas de avaliação da distribuição espacial e potencial dos serviços, das condições de saúde da população do Estado.

Nele, foram estabelecidas bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes assistenciais ao construir uma tipologia de serviços com observância das economias de escala e escopo. Esta tipologia orienta a definição dos territórios para a descentralização, promoção da equidade e organização de redes, uma vez que a economia de escala direciona também qualidade e efetividade das ações de saúde e dos sistemas gerenciais.

O propósito de um PDR da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, possibilitando, assim, o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. É, portanto, um instrumento de planejamento em saúde, pois estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos e da descentralização programática e gerencial.

Neste sentido, destaca-se a importância de ações que contribuam para o fortalecimento dos espaços de gestão compartilhada do sistema de saúde no âmbito regional. Entende-se que, ao aprimorar o funcionamento de tais, a gestão do SUS proporcionará a efetivação do PDR e de seus propósitos.

O Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde deliberado e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, deve ser elaborado pela SES, com a participação dos municípios e dos Conselhos Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do Estado.

A ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

Conforme a Lei Delegada 180/2011 em seu artigo 224 integram a área de competência da Secretaria de Estado de Saúde:

I) por subordinação administrativa:

a) o Conselho Estadual de Saúde - CES; e

b) a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP/MG;

II) por vinculação:

a) a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais - HEMOMINAS;

b) a Fundação Ezequiel Dias - FUNED; e

c) a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES

A Secretaria Estadual de Saúde tem como missão apoiar os municípios no processo de planejamento, fortalecimento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas no cidadão e em consonância com as especificidades regionais, com transparência e participação social. É composta por 5 subsecretarias, 11 superintendências centrais e 28 unidades regionais.

Dentre as subsecretarias, cada uma tem uma função definida:

A Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde tem por finalidade formular e regular políticas e ações de saúde no âmbito do SUS-MG, competindo-lhe: I – promover a implantação das redes de atenção à saúde; II – coordenar a contratualização dos serviços de assistência à saúde; III – promover ações de normalização, humanização e melhoria da qualidade dos serviços de saúde; e IV – coordenar as ações de atenção à saúde, de assistência farmacêutica e de regulação dos serviços de saúde.

A Subsecretaria de Regulação em Saúde tem por finalidade coordenar a gestão dos instrumentos e mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS/MG, competindo-lhe: I - promover a programação da assistência para o atendimento ao usuário do SUS/MG; II - desenvolver ações que ofereçam a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; III - organizar o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime; IV - fomentar a gestão qualificada dos instrumentos pactuados com a participação dos entes federados e outras entidades, com base no interesse social e coletivo; V - promover o controle, a auditoria assistencial, o monitoramento e a avaliação dos resultados dos programas, projetos e redes assistenciais; e VI - desenvolver ações que possibilitem a incorporação de mecanismos de realinhamento dos serviços de saúde disponibilizados, prevalecendo-se dos resultados das avaliações empreendidas.

A Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde tem por finalidade desenvolver a análise permanente da situação de saúde da população, articulando ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador de modo a controlar determinantes, riscos e danos no Estado, e garantir a integralidade da atenção, competindo-lhe: I - coordenar a vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde; II

– coordenar as ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde; III - participar da construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, visando a integralidade do cuidado; IV - coordenar, monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal; V - apoiar os Municípios no fortalecimento da

gestão da vigilância em saúde; VI - promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não- governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de vigilância em saúde; VII - acompanhar e avaliar a rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes; e VIII - gerir os recursos financeiros do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde, coordenando a utilização dos componentes de Vigilância e Promoção da Saúde e de Vigilância Sanitária junto à Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador e à Superintendência de Vigilância Sanitária.

A Subsecretaria de Gestão Regional tem por finalidade promover as ações de gestão regionalizada do SUS competindo-lhe: I - apoiar, coordenar e acompanhar o planejamento dos processos de trabalho das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde; II - propor, orientar e monitorar ações que viabilizem o fortalecimento das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde, visando à execução das políticas públicas de saúde; III - coordenar, apoiar a elaboração e monitorar os instrumentos de planejamento e gestão vigentes no SUS, em âmbito regional; IV - consolidar e analisar as informações em saúde para subsidiar a elaboração dos planos e programas em âmbito estadual, regional ampliado, regional e municipal; V - fomentar a avaliação dos resultados dos instrumentos de planejamento, gestão e do Pacto pela Vida nos âmbitos estadual e municipal, em parceria com a Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação; VI - prestar apoio técnico e administrativo para a descentralização das ações bipartites do SUS no Estado; e VII - gerenciar o desenvolvimento das Secretarias Executivas das Comissões Intergestoras Bipartites de região ampliada e de região de saúde, reforçando a importância dos núcleos regionais contarem com garantia da participação do controle social.

A Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde tem por finalidade coordenar, acompanhar e avaliar as atividades de gestão, planejamento e finanças da SES, assim como promover a integração de suas atividades com as entidades vinculadas, competindo-lhe: I - gerir as atividades de administração financeira, contábil e de prestação de contas, bem como de planejamento e orçamento institucionais; II - coordenar, orientar, acompanhar e avaliar as atividades relacionadas com pessoal, material e patrimônio, informática, telecomunicações, arquivo, transportes, e serviços gerais; III - promover o planejamento e o monitoramento do consumo institucional.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES

O Conselho Estadual de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde do Estado de Minas Gerais, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Faz parte das realizações do Conselho Estadual, reuniões ordinárias e extraordinárias, Conferências de Saúde, Plenárias Estaduais, apoio aos Conselhos Municipais de Saúde, eventos de educação permanente em saúde – capacitação de Conselheiros de Saúde – formação de colegiados regionais de saúde, com ênfase no fortalecimento de espaços regionais de controle social no SUS, participação em congressos e seminários de saúde no âmbito municipal, estadual e nacional.

Atua na organização de debates quanto ao acompanhamento, monitoramento e fiscalização das ações e

serviços de saúde no SUS de Minas Gerais, produzindo Deliberações, aprovando ou fazendo indicações das medidas corretivas que se fizerem necessárias e participando nas reuniões no Conselho Nacional de Saúde.

Conforme a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, trata-se de uma instância essencial para o funcionamento e fiscalização da implementação das políticas de saúde, importância essa destacada também no marco constitucional de 88, que inaugura o princípio da gestão democrática e participativa nas políticas públicas de saúde.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS – ESP/MG

Em 1946, por meio do processo de reestruturação do Departamento de Higiene do Estado de Minas Gerais, foi criada em 03 de junho de 1946, pelo Decreto nº 1.751/1946, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), hoje, uma das vinculadas do Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais, juntamente com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Fundação Ezequiel Dias (Funed) e a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – Fundação Hemominas (Hemominas).

Desde sua criação, a Escola tem buscado com esforço, dedicação e excelência, novos meios para cumprir seu objetivo traçado há 70 anos: Qualificar os trabalhadores e trabalhadoras da saúde pública em Minas Gerais.

Comprometida com a melhoria constante da qualidade de vida da população mineira, a ESP- MG permanece quebrando paradigmas, visando seu constante aprimoramento enquanto instituição de ensino, reforçando as seguintes diretrizes:

- especializar em áreas da saúde pública profissionais já formados da área de saúde, priorizando os profissionais com vínculo efetivo no SUS;
- formar profissionais auxiliares nas áreas de saúde pública;
- referenciar-se pela necessidade do serviço de saúde;
- integrar o ensino e o trabalho dos profissionais de saúde, com foco na educação permanente;
- inovar em políticas e programas de saúde;
- constituir-se em referência da saúde pública.

A ESP-MG tem uma longa tradição na formação de sanitaristas. A primeira edição do curso de especialização em Saúde Pública foi realizada em 1947, um ano após a criação da Escola. Nessa época o Brasil encarava surtos de esquistossomose e ancilostomose (amarelão).

A partir de 1948, a saúde passou a ser reconhecida como importante função administrativa de governo e a formação em Saúde Pública era voltada apenas para médicos, como diploma indispensável para ingresso na carreira de sanitarista da Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, a Reforma Sanitária e a própria constituição da Saúde Coletiva, a formação desses profissionais ocorreu por meio da combinação entre formação acadêmica de diferentes modalidades (graduação e pós- graduação) e sua prática profissional.

De lá para cá, aproximadamente 190 mil profissionais da saúde pública foram qualificados em cursos presenciais, abrangendo quase todos os municípios mineiros de forma descentralizada, com o envolvimento de mais de 9.000 docentes, técnicos e auxiliares em atividades educacionais de aperfeiçoamento, formação e especializações profissionais.

Desde 2014 a especialização em Saúde Pública está no processo de Acreditação (ferramenta de reconhecimento formal de que as instituições acreditadas atendem a requisitos previamente definidos e demonstrem competência para realizar determinada atividade) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Em 2015, vários trabalhadores e trabalhadoras passaram pela Escola e foram qualificados para atuar no SUS, com destaque para as especializações em Direito Sanitário, Comunicação e Saúde e Gestão Hospitalar.

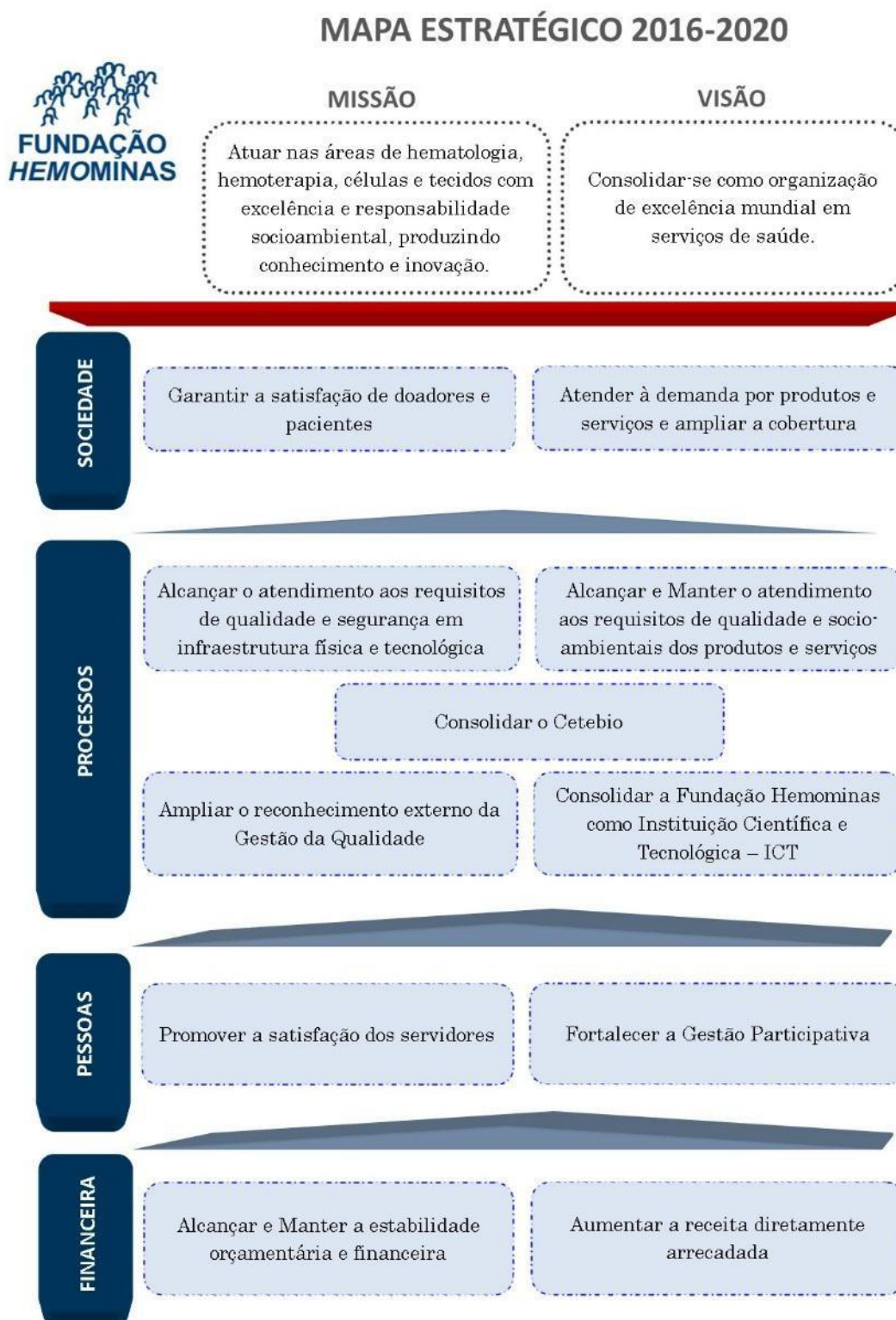
Em 2016 a Escola completa 70 anos de história e segue formando e qualificando profissionais do SUS em diversas temáticas pautada pela Educação Permanente em Saúde (EPS) e pela Gestão Participativa.

FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS

A Fundação Hemominas é uma Fundação Pública, de direito público, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, tendo suas atividades iniciadas em 1985, como um Centro de Hematologia e Hemoterapia. Atendendo às diretrizes do Programa Nacional do Sangue, expandiu suas atividades para todas as regiões do Estado de Minas Gerais, se transformando em Fundação em 1989.

Objetivo macro: assegurar a unidade de comando e direção das políticas do Estado relativas à Hematologia e Hemoterapia, células e tecidos, garantindo à população a oferta de sangue, componentes, Hemoderivados, células e tecidos seguros e de boa qualidade técnica.

Figura 2 – Mapa Estratégico 2016-2020 da Fundação Hemominas



Fonte: Fundação Hemominas

A Fundação Hemominas organiza-se por meio de uma rede descentralizada e integrada constituída por 29

unidades distribuídas nas regiões ampliadas do Estado:

- Administração Central;
- 7 Hemocentros (Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Pouso Alegre, Uberaba e Uberlândia);
- 9 Hemonúcleos (São João Del Rei, Sete Lagoas, Ponte Nova, Patos de Minas, Passos, Manhuaçu, Ituiutaba, Divinópolis, Diamantina);
- 4 Unidades de Coleta (Poços de Caldas, Betim, Estação BH, Hospital Júlia Kubitschek);
- 1 Agência Transfusional (Frutal);
- 1 Unidade de Coleta e Transfusão (Além Paraíba);
- 5 Postos Avançados de Coleta Externa – PACE (Araguari, Bom Despacho, Lavras, Leopoldina, Muriaé);
- 1 Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais / Cetebio.

Constituída por 21 unidades operacionais coordenadas pela Administração Central, um Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais – Cetebio, uma Agência Transfusional e 05 Postos Avançados de Coleta Externa (PACE); a Hemominas é organizada em uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada. Estas unidades estão localizadas em cidades-pólos do Estado, realizando atividades, ações e procedimentos necessários e indispensáveis ao suprimento da demanda crescente e permanente de hemocomponentes e hemoderivados.

Destaca-se, também, a referência no Estado estabelecida pela Fundação Hemominas aos Portadores de hemoglobinopatias (hemoglobina SS, drepanocitose ou anemia falciforme, Hb SC e talassemias), que assiste ambulatoriamente esses pacientes e dispensa alguns dos medicamentos essenciais para o tratamento e componentes sanguíneos adequados, quando há necessidade de transfusão.

Macroprocessos: Hemoterapia, Hematologia, Ensino e Pesquisa e Tecidos Biológicos (Cetebio), conforme descrito a seguir:

Hemoterapia: captação de doadores de sangue, triagem clínica, coleta de sangue do doador apto clínico – sangue total e aférese, aférese terapêutica, realização de exames laboratoriais imuno-hematológicos, testes sorológicos e moleculares, provas laboratoriais pré-transfusionais, diagnóstico e suporte terapêutico nas reações adversas do ato transfusional, programa de hemovigilância, orientação e encaminhamento do doador inapto clínico e sorológico/molecular para os centros de referência, transfusão de hemocomponentes e hemoderivados.

Hematologia: diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias e hemoglobinopatias. Serviços especializados de hematologia, ortopedia, fisioterapia, odontologia, apoio psicossocial e pedagógico para os pacientes dos ambulatórios das unidades da Fundação Hemominas e assistência farmacêutica.

Estudos, pesquisas e atividades de ensino: desenvolvimento de pesquisas buscando inovação e aprimoramento do conhecimento nas áreas de hemoterapia, hematologia, imuno-hematologia, biologia molecular, células e tecidos, treinamento de recursos humanos, ensino, divulgação das informações e disseminação dos conhecimentos na comunidade científica e para a população.

Tecidos Biológicos - Cetebio: Captação de doadores de células e tecidos, seleção, triagem clínica e laboratorial, coleta, processamento, armazenamento e distribuição para transplante, implante e outros

procedimentos de alta complexidade. Estão incluídos as células progenitoras hematopoéticas, coletadas do sangue periférico e do sangue de cordão umbilical e placentário, sangues raros, pele, membrana amniótica, tecidos musculoesqueléticos e tecidos cardiovasculares. O Centro de Tecidos Biológicos é a primeira iniciativa, no Brasil, a integrar diversos bancos de tecidos e células em uma única estrutura física e organizacional, otimizando seus processos, custos e logística. Serão disponibilizados células, tecidos e materiais biológicos seguros e de alta qualidade técnica, retirados de doadores vivos e não vivos destinados aos hospitais autorizados pelo SUS.

FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS – FUNED

Fundada em 1907, a Fundação Ezequiel Dias (Funed) é entidade vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e age de forma integrada com todo o sistema de saúde pública do Estado, na promoção e proteção da saúde. Essa integração cria valor estratégico e social para toda a sociedade. Um exemplo inicial é a transferência de tecnologia para a produção de vacina e as “alianças estratégicas” que são firmadas.

No âmbito interno, em diferentes áreas de atuação, a Funed garante a integração de seus processos por meio da implementação, desde 2003, de um Sistema de Gestão da Qualidade, certificado pela ISO 9001:2008.

Na área de Pesquisa e Desenvolvimento, mantém sua reconhecida tradição e é referência na pesquisa científica, a partir de venenos de serpentes, aranhas, escorpiões e abelhas. Com mais de 20 patentes depositadas e mais de 30 projetos de pesquisa, busca constantemente o desenvolvimento de bioprodutos para a saúde humana e animal. Para isso, trabalha em parceria com outras empresas de base tecnológica, compartilhando recursos humanos, equipamentos de alto custo e infraestrutura, seguindo a tendência mundial de plataformas tecnológicas científicas.

A FUNED é hoje reconhecida como um importante Instituto de Ciência e Tecnologia do estado e trabalha, ainda, para ampliar o acesso da população ao mundo científico. Com o Programa Ciência em Movimento, por exemplo, a Funed percorre as cidades mineiras fazendo exposições que levam conhecimento e atividades interativas sobre a saúde e a ciência para a população de Minas Gerais, evidenciando sua importante atuação no âmbito estadual.

Outra área de atuação da Funed é a industrial. Com modernas unidades de produção de medicamentos e um dos maiores e mais bem equipados parques tecnológicos do Brasil, a FUNED é a única produtora, no Brasil, da Talidomida – medicamento usado no tratamento da hanseníase e com alto potencial para tratamento de outras doenças, como o câncer. A FUNED é o único laboratório público fornecedor da vacina contra meningite C para o Ministério da Saúde e um importante produtor de medicamentos antirretrovirais, usados no tratamento da Aids no Brasil. Por ano, são mais de 12 milhões de doses de vacina distribuídas. Todos os medicamentos e produtos biológicos produzidos pela Funed têm como público alvo os usuários do SUS das três esferas de governo. A produção desses itens tem a finalidade de atender ao Programa Nacional de Imunização, sendo destinado à prevenção de doenças por meio de vacinação e ao tratamento terapêutico de acidentes com animais peçonhentos e outras doenças como raiva e tétano.

Em Minas Gerais, a FUNED mantém também a exclusividade na produção de soros anti-peçonhentos,

antitóxicos e antivirais, que são disponibilizados nos hospitais públicos de todo o país. Para a produção dos soros, a Funed mantém um criadouro de mais de 200 serpentes, quatro mil escorpiões e uma Fazenda Experimental, localizada em Betim, com criação de animais produtores de plasma.

Possui um biotério, credenciado junto ao Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal, com produção anual de 60 mil camundongos. Os animais são utilizados, principalmente, em fase de testes de qualidade dos soros antitóxicos produzidos pela Fundação.

Outro ramo de atividades da Fundação Ezequiel Dias é a vigilância em saúde. Os laboratórios de análises laboratoriais da FUNED compõem o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (Lacen/MG), evidenciando sua vocação pública no atendimento às demandas estaduais. A FUNED realiza a vigilância com o diagnóstico laboratorial de doenças causadas pelo consumo de água e alimentos contaminados, assim como o de doenças de notificação compulsória como dengue, zika, chikungunya, febre amarela, Aids, tuberculose, dentre outras. Por ano, são mais de 500 mil exames realizados, todos com qualidade reconhecida e atestadas por órgãos nacionais e internacionais de qualidade.

A FUNED é referência nacional no diagnóstico de leishmaniose visceral humana e da leishmaniose visceral canina e de Doença de Chagas, referência regional no diagnóstico de Febre Maculosa, coqueluche, Difteria, enteroinfecções e meningites bacterianas, além de ser o único laboratório público em Minas Gerais responsável pelo diagnóstico laboratorial de H1N1.

Com essa diversidade e complexidade de atividades, a FUNED compõe uma instituição de relevância para o sistema público de saúde tanto estadual quanto nacional. Uma Fundação centenária de olho no futuro.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG

A Fhemig foi criada pela Lei 7.088, de 3 de outubro de 1977, a sua organização e estrutura está definida na Lei Delegada nº 112, de 25 de janeiro de 2007. A Fhemig tem por finalidade prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica, em caráter regional e estadual, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de estrutura hospitalar organizada e integrada ao Sistema Único de Saúde - SUS, bem como participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria Estadual de Saúde.

Histórico

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do País e abrange diversas especialidades de serviços hospitalares prestados à comunidade.

Trabalham na FHEMIG mais de 15 mil profissionais que prestam assistência de alta e média complexidade exclusivamente ao Sistema Único de Saúde. A Fundação administra 21 unidades assistenciais localizadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte e no interior do Estado de Minas Gerais.

A Fundação é uma instituição prestadora de serviços de saúde em nível secundário e terciário, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, formando uma rede predominantemente hospitalar e integralmente disponibilizada ao Sistema Único de Saúde – SUS, subdividida em grupamentos afins, denominados Complexos Assistenciais: Hospitais Especializados – Hospital Eduardo de Menezes, Hospital Alberto Cavalcanti e Maternidade Odete Valadares; Hospitais Gerais – Hospital Júlia Kubitscheck, Hospital

Regional Antônio Dias, Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo e Hospital Regional João Penido; Saúde Mental – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Centro Mineiro de Toxicomania, Centro Psíquico da Adolescência e Infância, Hospital Galba Veloso e Instituto Raul Soares; Reabilitação e Cuidado ao Idoso – Casa de Saúde Santa Isabel, Casa de Saúde Padre Damião, Casa de Saúde São Francisco de Assis e Casa de Saúde Santa Fé; Urgência e Emergência – Hospital Cristiano Machado, Hospital Infantil João Paulo II, Hospital João XXIII, Hospital Maria Amélia Lins; e MG Transplantes – com Centros de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos em Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberlândia, Montes Claros, Governador Valadares.

Missão

Prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, promover e integrar as atividades de ensino e pesquisa objetivando formação profissional e participar da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) Minas Gerais.

Visão

Ser modelo de excelência para a promoção da assistência e qualificação hospitalar, com foco o usuário, por meio da:

- Prestação de serviços com elevado padrão de qualidade, segurança e humanização;
- Realização de pesquisas e formação de recursos humanos;
- Participação na condução da política estadual de Saúde e na gestão e qualificação hospitalar para o Sistema Único de Saúde;
- Incorporação e difusão de técnicas inovadoras de gestão que contemplem transparência, participação e descentralização.

•

Valores

- Compromisso
- Ética
- Excelência
- Formação de profissionais qualificados para o SUS
- Humanização
- Qualidade
- Responsabilidade

2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Panorama Sócio Demográfico

O Estado de Minas Gerais, localizado no sudeste brasileiro, corresponde a 7,0% do território nacional, possui projeção populacional estimada pelo IBGE, em 2015, de 20.869.000 habitantes, o que representa um crescimento de 4,9% em relação ao ano de 2012. Possui um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ocupando a 9ª posição entre os estados brasileiros, embora significativas mantenha desigualdades socioeconômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território.

No Estado, a taxa média geométrica de crescimento populacional anual, nos períodos de 2000/2010 e 2010/2012, apresentou considerável declínio, passando de 0,91 para 0,66. A redução da fecundidade tem tido impacto importante na estrutura etária da população mineira.

No que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída por 853 municípios, dos quais 78,2% possuem até 20.000 habitantes, sendo que a maior parte da população se concentra em apenas 28 municípios com mais de 100 mil habitantes.

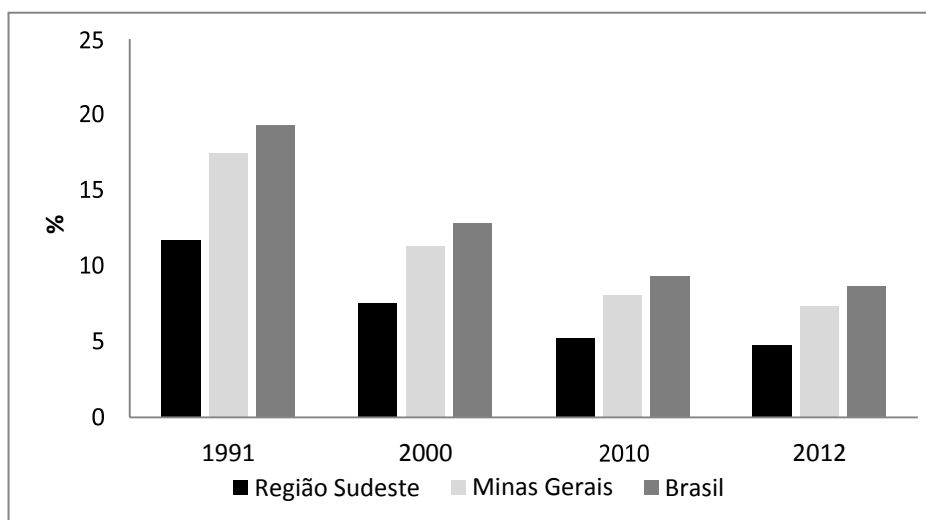
Tabela 1 - Número de municípios de Minas Gerais, segundo porte populacional, 2015.

Classes de tamanho populacional	Nº de municípios (%)	População
< 5.000 habitantes	222 (26,0%)	793.638
5.001-10.000 habitantes	255 (29,9%)	1.771.068
10.001-20.000 habitantes	190 (22,3%)	2.654.221
20.001-50.000 habitantes	117 (13,7%)	3.522.656
50.001-100.000 habitantes	37 (4,3%)	2.689.874
100.001-500.000 habitantes	28 (3,3%)	5.068.675
Mais de 500.000 habitantes	4 (0,5%)	4.368.969

Fonte: IBGE/Estimativa de população para o TCU 2015.

Constata-se que para o ano de 2010, 85,3% da população do Estado já vivia em situação urbana e aproximadamente 10,0% se declararam no quesito raça/cor como branca (45,1%) e parda (44,6%). Quase 86,0% da população mineira é atendida pela coleta de lixo e com acesso a água tratada e 74,1% com esgotamento sanitário. A taxa de analfabetismo vem decrescendo gradualmente perfazendo um total de 57,8% de 1991 para o ano de 2012. (Figura 1).

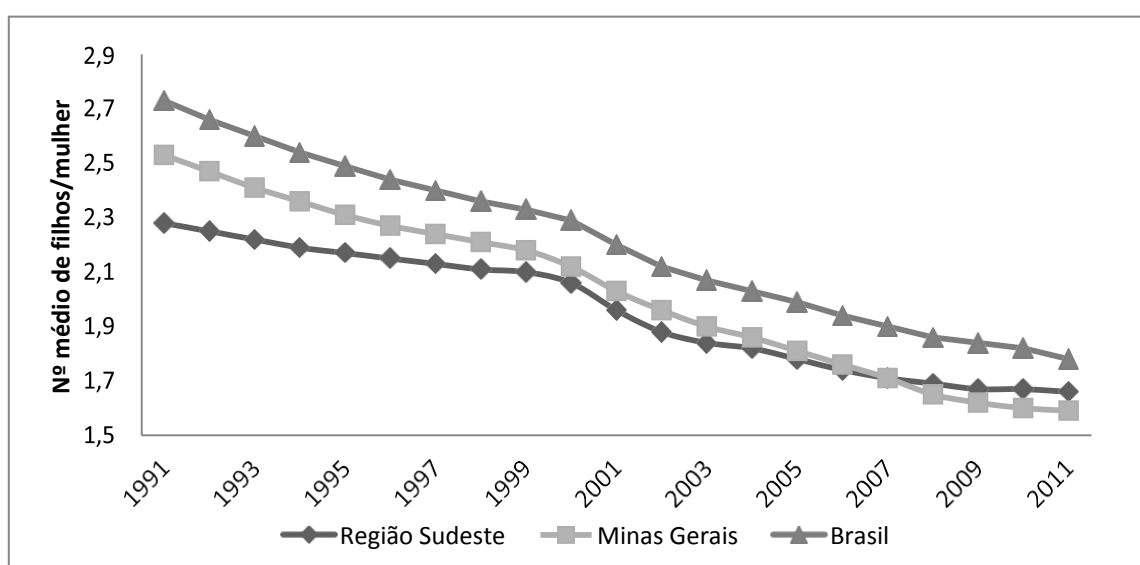
Figura 3 - Taxa de analfabetismo (%) - Região Sudeste, Minas Gerais e Brasil, 1991, 2000, 2010 e 2012.



Fonte: IBGE. Censos demográficos 1991, 2000 e 2010; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011-2012.

Para maior compreensão sobre a tendência da fecundidade no estado, adota-se a medida da taxa de fecundidade total que expressa o número médio de filhos que uma mulher tem ao longo de seu período reprodutivo. Em 1991, Minas Gerais apresentava uma taxa de fecundidade de 2,53 filhos/mulher, após 20 anos essa taxa passa a ser de 1,59, inferior ao nível de reposição populacional de 2,1 filhos/mulher. O declínio dessa taxa está relacionado às grandes transformações vivenciadas pela população, como o aumento da urbanização, a queda da mortalidade infantil, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, os níveis mais elevados de escolaridade das mulheres e o maior acesso aos métodos anticoncepcionais, entre outros fatores.

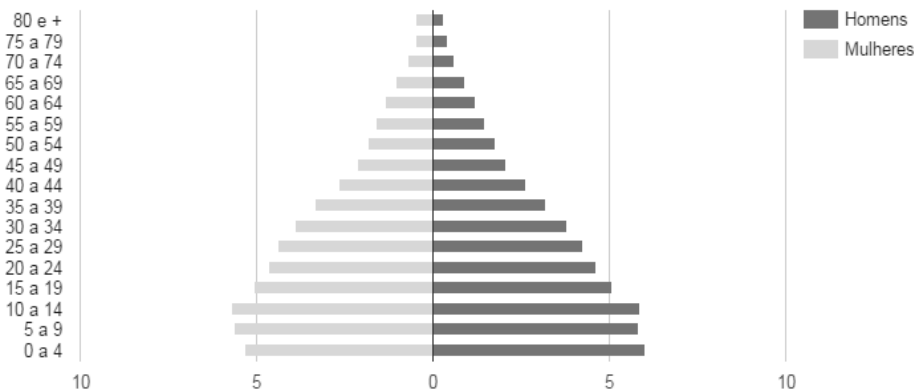
Figura 4 - Taxa de fecundidade total, Região Sudeste, Minas Gerais e Brasil, 1991 a 2011.



Fontes: Estimativas: IBGE/Projeções demográficas preliminares - Dados Diretos: MS/SVS – SINASC

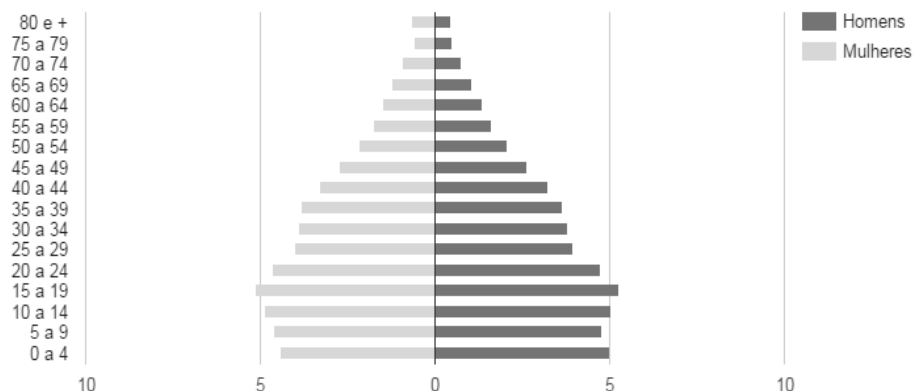
Nas pirâmides etárias do estado, a partir dos censos de 1991, 2000 e 2010, são observadas nítidas reduções em suas bases, reflexo da diminuição da fecundidade, aumento das idades intermediárias e também entre idosos, sendo que entre esses é verificado o aumento da proporção de pessoas do sexo feminino.

Figura 5a - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 1991.



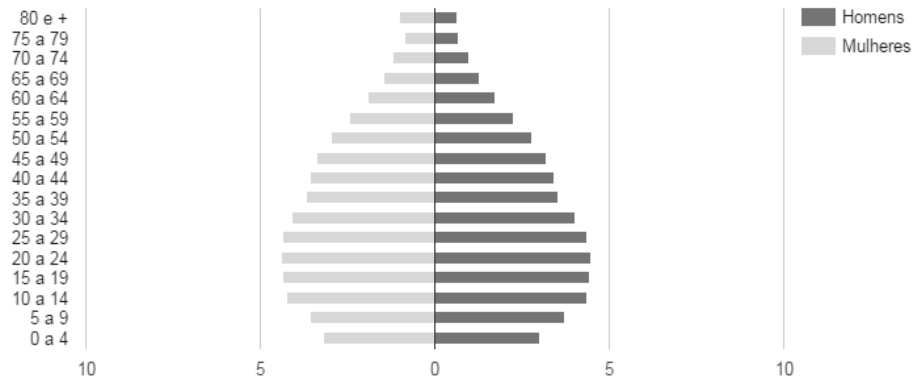
Fonte: IBGE/Censos DemoFiguras 1991, 2000 e 2010.

Figura 5b - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 2000.



Fonte: IBGE/Censos DemoFiguras 1991, 2000 e 2010.

Figura 5c - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 2010.



Fonte: IBGE/Censos DemoFiguras 1991, 2000 e 2010.

A análise populacional, segundo a idade, permite observar que a população no Estado com 60 anos ou

mais de idade ultrapassou 2,3 milhões de pessoas no ano de 2012. Entre 2000 e 2012 a proporção de idosos passou de 9,1% para 11,8% do total da população estadual, perfazendo um aumento de 29,7%, dados que confirmam a existência de uma população progressivamente mais idosa, com impactos sobre a sociedade e, do ponto de vista das políticas públicas, sobre o setor saúde, especialmente no que diz respeito aos gastos e tipos de assistência envolvidos.

A esperança de vida ao nascer da população mineira tem aumentado de forma gradual e contínua. No período 1991 a 2012, a esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, aumentou aproximadamente sete anos de vida. A esperança de vida das pessoas do sexo feminino tem sido maior do que pessoas do sexo masculino.

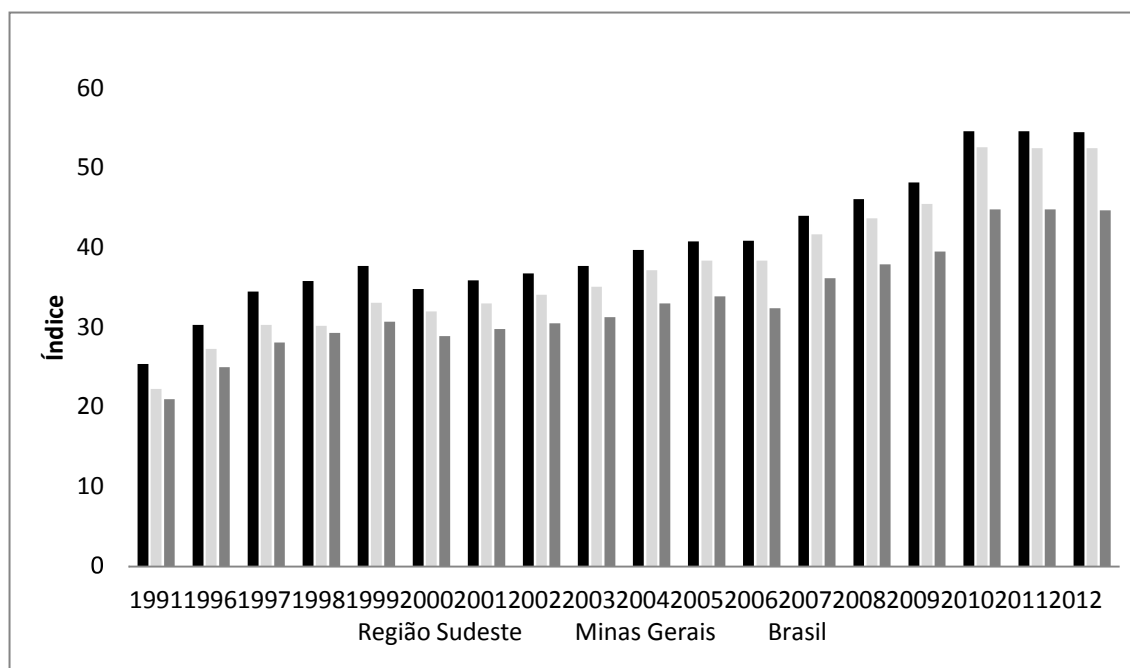
Tabela 2 - Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Região Sudeste - Minas Gerais e Brasil, 1991, 2000, 2010 e 2012.

	Sexo	Anos			
		1991	2000	2010	2012
Região Sudeste	Masculino	64,46	66,96	72,06	72,87
	Feminino	73,42	75,57	79	79,57
	Geral	68,83	71,14	75,55	76,25
Minas Gerais	Masculino	65,31	68,36	72,47	73,14
	Feminino	72,82	75,34	78,62	79,17
	Geral	68,97	71,76	75,51	76,13
Brasil	Masculino	63,15	66,01	70,21	70,91
	Feminino	70,9	73,92	77,6	78,22
	Geral	66,93	69,83	73,86	74,52

Fonte: IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

O aumento da população idosa também pode ser medido pelo índice de envelhecimento, que é o número de pessoas de 60 anos ou mais, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade. Para o Estado os dados mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população, em 1991 era de 22,3% atingindo mais que o dobro em 2012 (52,5%). Isso ocorre principalmente, devido à redução dos níveis de fecundidade e mortalidade, além do aumento da esperança de vida.

Figura 6 – Índice de envelhecimento – Região Sudeste – Minas Gerais e Brasil, 1991 a 2012



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (1997-1999), Censos DemoFigura (1991, 2000 e 2010), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2009).

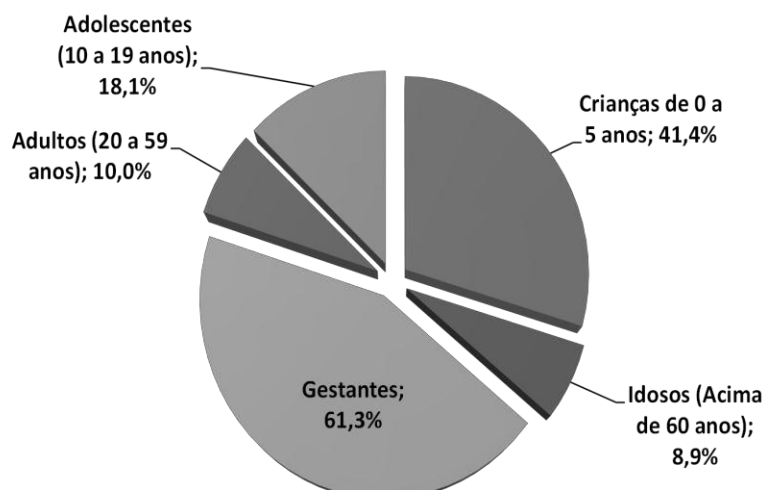
Perfil Nutricional

Nas últimas décadas o país tem passado por diversas transformações no modo de vida da população, observando uma transição nutricional além de mudanças nos padrões de consumo alimentar. Em Minas Gerais observamos uma intensa redução da desnutrição em crianças, porém ainda é prevalente a desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população. O excesso de peso acomete com maior frequência a população adulta, sendo as prevalências de sobrepeso e obesidade, em todos ciclos etários, semelhante ao cenário nacional.

Abaixo apresentaremos informações sobre a cobertura de acompanhamento do estado nutricional, o perfil nutricional da população acompanhada no Estado de Minas Gerais e marcadores de consumo alimentar. A avaliação do estado nutricional da população atendida, nos municípios do estado de Minas Gerais, na atenção primária, e registrada no SISVAN Web, conforme figura 5. Ressaltamos que o acompanhamento do estado nutricional se constitui em estratégias que envolvem a investigação do estado nutricional, das morbidades associadas, das carências nutricionais, bem como a avaliação do consumo alimentar, é necessária para a efetivação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Minas Gerais apresentou cobertura superior à média nacional, sendo que destaque maior deve ser dado para as gestantes cuja cobertura foi de 61,3% e para as crianças de 0 a 5 anos 41,4%.

Figura 7- Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web, Minas Gerais, 2014.



Fonte: SISVAN-Web/ CAN/ DPS/ SAPS/SES-MG

Em relação ao estado nutricional de crianças no Estado de Minas Gerais de 0-5 anos, a porcentagem de déficit de estatura foi de 11,4% e excesso de peso 9,5% no ano de 2014 (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil nutricional de crianças menores de 5 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2014, Minas Gerais e Brasil.

UF	Altura X Idade	Peso X Idade	
	Altura baixa para idade	Peso Baixo para idade	Peso Elevado para a Idade
MG	11,4%	4,2%	9,5%
Brasil	13,3%	4,2%	9,7%

Fonte: SISVAN Web/ DAB/ Ministério da Saúde

Ao se analisar as crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, nota-se um percentual de 5,7% para a desnutrição, 15,0% para o sobrepeso e 12,3% para a obesidade, sendo estes valores semelhantes aos encontrados no Brasil (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2014, Minas Gerais e Brasil.

UF	Altura X Idade		IMC X Idade		
	Altura Baixa para Idade		Magreza	Sobrepeso	Obesidade
	%		%	%	%
MG	7,2%		5,7%	15,0%	12,3%
Brasil	9,8%		6,1%	15,2%	12,5%

Fonte: SISVAN Web/ DAB/ Ministério da Saúde

Por meio da análise da tabela 5, observa-se que a obesidade em Minas e no Brasil, de forma geral, é maior entre a população adulta (23,3%) ao se comparar com os adolescentes (7,0%).

Tabela 5 - Perfil nutricional de adolescentes, adultos e idosos acompanhados no Sisvan Web em 2014, Minas Gerais e Brasil.

UF	ADOLESCENTES			UF	ADULTOS			UF	IDOSOS	
	Magreza	Sobrepeso	Obesidade		Magreza	Sobrepeso	Obesidade		Magreza	Sobrepeso
	%	%	%		%	%	%		%	%
M G	4,2%	16,4%	7,0%	M G	3,6%	32,1%	23,3%	M G	10,3%	59,0%
BR	4,3%	16,6%	6,5%	BR	3,4%	33,0%	22,5%	BR	15,9%	46,4%

Fonte: SISVAN Web/ DAB/ Ministério da Saúde

Quanto aos marcadores de consumo alimentar apresentaremos abaixo, os resultados do Estado, na Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (2013).

O consumo frutas e hortaliças no Estado de Minas Gerais foi de 41,5%, percentual maior do que o que foi observado no país, 37,3%. A proporção mencionada acima foi maior entre as mulheres (44,1%) em comparação aos homens (38,7%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo recomendado de hortaliças e frutas, por sexo, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo Região Sudeste e Minas Gerais – 2013.

Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais	Total		Sexo						
			Masculino			Feminino			
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	
Brasil	37,3	36,4	38,1	34,8	33,7	36,0	39,4	38,4	40,5
Sudeste	42,8	41,3	44,4	40,7	38,6	42,8	44,7	42,8	46,6
Minas Gerais	41,5	37,8	45,2	38,7	34,2	43,2	44,1	39,4	48,8

Em relação aos marcadores de padrão alimentar não saudável que foi avaliado pela PNS pode-se citar: o consumo de sal, o consumo regular de refrigerantes e o consumo de carnes com excesso de gordura (com gordura aparente e frango com pele). O consumo de quantidades excessivas de sal no Estado foi referido por 14,0% da população. O consumo regular de refrigerantes foi referido por 24,5%. O consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi relatado por 47,1%.

Para enfrentamento desse cenário, é necessária a ampliação da ação intersetorial para que resultem positivamente sobre os determinantes de saúde e nutrição, para a promoção da saúde da população.

Outros fatores de Risco para DCNT

Quanto à atividade física, destacamos que o nível recomendado pela Organização Mundial de Saúde é de minimamente 150 minutos, por semana, de atividade física leve ou moderada, ou de pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa. No estado de Minas Gerais, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer foi de 22,8%, sendo que para os homens foi de 24,3% e para as mulheres 21,4%. Quanto aos indivíduos classificados como insuficientemente ativos, a proporção no estado foi de 41%, percentual menor do que o que foi encontrado no país (46%).

Segundo a OMS, é considerado fator de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis e também para acidentes e violências o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. No estado de Minas Gerais, a PNS (2013), evidenciou que a idade média de iniciação do consumo de bebidas alcoólicas foi de 18,7 anos, assim como no Brasil. Os homens tiveram a iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas mais precocemente em relação às mulheres, sendo que os homens apresentaram a idade média de 17,8 e as mulheres, 20,2. Em relação ao percentual de pessoas de 18 anos ou mais que dirigiam logo depois de beber, observa-se que foi maior para Minas Gerais (26,6%) em comparação com o Brasil de (24,3%). Ao se analisar por sexo, observa-se que a

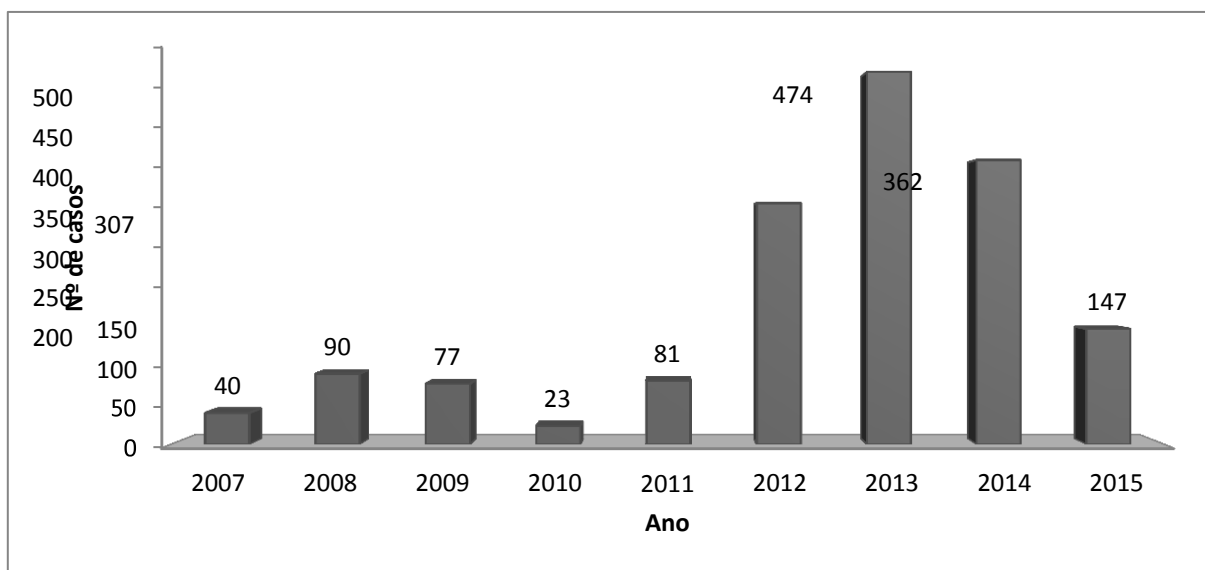
proporção de homens que dirigiam logo depois de beber foi de 29,4% e de mulheres foi de 14%.

Um dos principais fatores evitáveis de risco à saúde é o tabagismo que pode contribuir para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas, tais como: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, dentre outras. Em Minas Gerais, a PNS (2013) apontou que a proporção de indivíduos de 18 anos de idade ou mais fumantes diários de tabaco foi de 15,2%, sendo que o sexo masculino (19,7%) apresentou percentual mais elevado de fumantes diários do que para o sexo feminino (11,2%).

Doenças transmissíveis

Em Minas Gerais, a **coqueluche** vem apresentando nos últimos dois anos uma alteração em seu perfil. Nos primeiros seis meses de 2015 foram confirmados 147 casos, enquanto que no mesmo período do ano de 2014 foram confirmados 191 casos, representando uma diminuição de 23%, conforme figura abaixo:

Figura 8: Série história de casos confirmados de coqueluche - Minas Gerais, 2007 a 2015.



Fonte: Sinan/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

O **sarampo, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita** são doenças de eliminação, conforme acordo internacional.

No país, o **sarampo** foi eliminado em 2000 e, até que a erradicação global ocorra, todos os casos suspeitos devem ser investigados laboratorialmente para o encerramento adequado (confirmado e descartado).

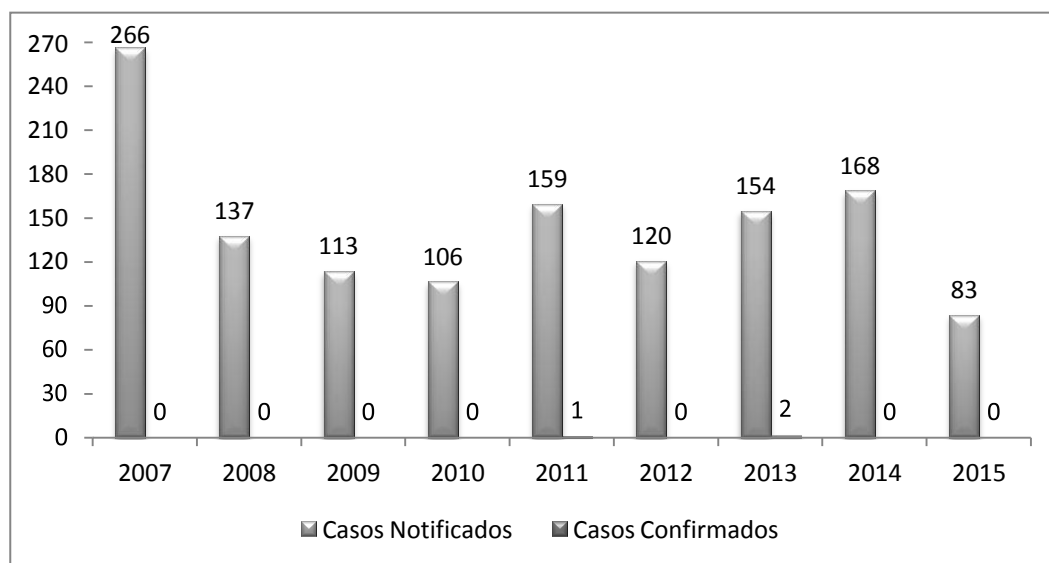
No ano de 2014 o número total de casos de sarampo no Brasil, ficou em N=781; evento que acometeu os estados de Pernambuco (24), Rio de Janeiro (3), São Paulo (7) e Ceará (747). No ano de 2015, o número total de casos de sarampo no Brasil foi N=169; evento que acometeu os estados de Roraima (1) e Ceará (168), cujo último caso registrado ocorreu em agosto do referido ano.

Em Minas Gerais, na série histórica que compreende os anos de 2007 a 2015, tem-se um total de N= 1.306 notificações de casos suspeitos de sarampo (Figura 8).

Dos casos notificados, ao longo do período acima descrito, têm-se apenas N=3 casos confirmados para sarampo, ocorridos nos anos de 2011 (N=1) e 2013 (N=2).

O ano de 2014 apresentou o maior número de registros (casos notificados), depois de 2007; situação que pode ser atribuída a diversos fatores, como o surto de sarampo vivenciado na região nordeste do país, que possibilitou melhor sensibilização dos profissionais de saúde das demais regiões.

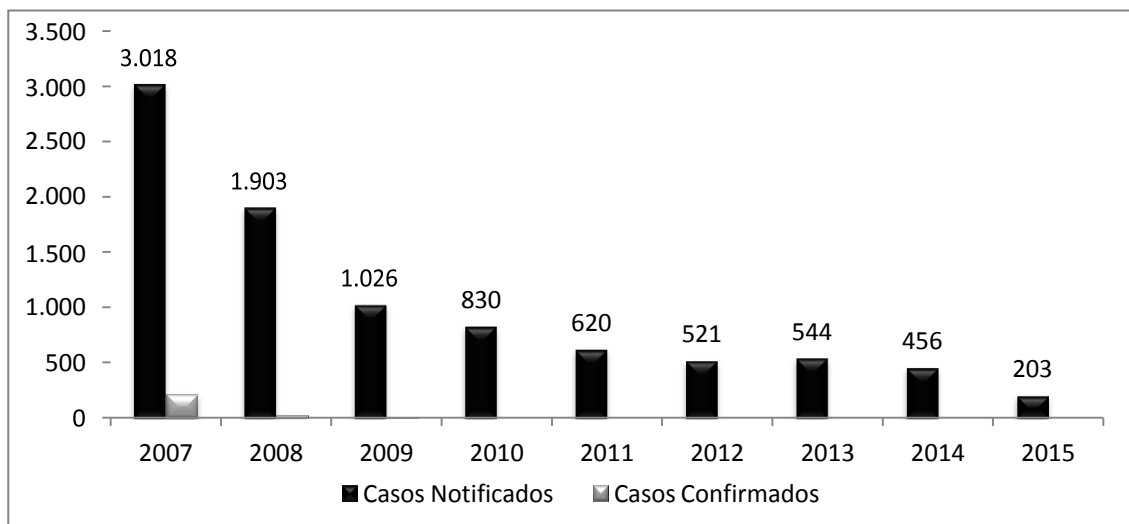
Figura 9: Distribuição de casos notificados e confirmados de sarampo, Minas Gerais, 2007 – 2015.



Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG.

As notificações de casos suspeitos de **rubéola** no período de 2007 a 2015 podem ser vistas na Figura 8. O decréscimo no número de notificações é perceptível ao longo da série histórica, sobretudo, nos últimos 4 anos. Fator atribuído ao êxito da maior campanha contra a rubéola, realizada no ano de 2008, com mobilização nacional.

Figura 10 - Distribuição de casos notificados e confirmados de rubéola, Minas Gerais, 2007- 2015.

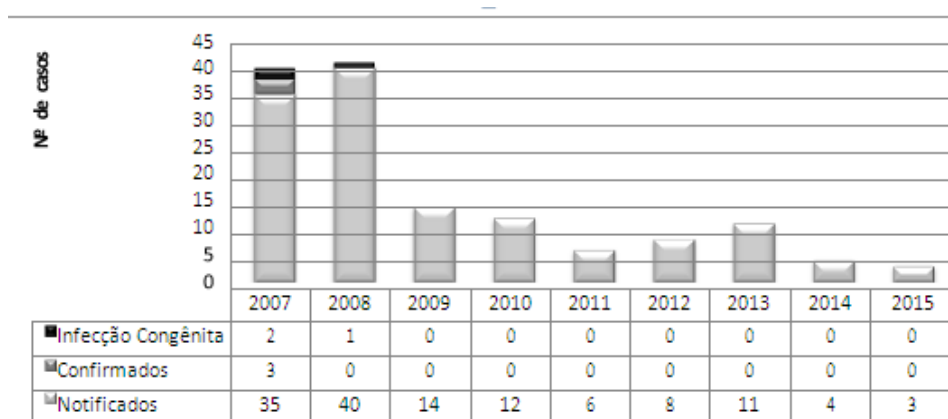


Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG.

Quanto a **Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)**, é sabido que esta é uma importante complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante o período gestacional, sobretudo, no primeiro trimestre; podendo comprometer o desenvolvimento fetal e causar aborto, além de morte fetal e anomalias congênitas. No decorrer dos últimos anos, a SRC apresentou decréscimo como se pode notar na figura 8; fator que também decorre da grande Campanha Nacional realizada em 2008.

No ano de 2015, vê-se a notificação de 3 casos suspeitos de SRC, em que é cabível atentar aos critérios preconizados no Guia de Vigilância em Saúde.

Figura 11: Distribuição de casos notificados de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), Minas Gerais, 2007- 2015.



Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG.

A avaliação dos casos de **meningites** no Estado de Minas Gerais, primeiro semestre de 2015, aponta o seguinte panorama: Foram notificados um total de *722 casos, destes, 424 confirmados, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,03/100 mil habitantes. Esta taxa representa uma redução de 21,3% quando comparado ao mesmo período do ano de 2014, conforme demonstrado na tabela 7.

*Na tabela, de fato, não terá o valor em questão, uma vez que trabalha apenas, a frequência de casos confirmados. Nesse sentido, o texto acima somente contextualiza que foram notificados 722 casos, dos quais 424 foram confirmados, no período avaliado.

Tabela 7 - Frequência de casos confirmados, óbitos, incidência e letalidade das Meningites por etiologia, Minas Gerais, 1º semestre de 2014 e 2015.

ETIOLOGIAS	2014				2015			
	CASOS	INCID %	ÓBITOS	LETAL %	CASOS	INCID %	ÓBITOS	LETAL %
Doença meningocócica	56	0,27	13	23,2	31	0,15	13	41,9
M. Tuberculosa	17	0,08	1	5,9	13	0,06	3	23,1
M. Outras Bactérias	97	0,47	14	14,4	81	0,39	16	19,8
M. Hemófilo	5	0,02	0	0	2	0,01	0	0
M. Pneumocócica	37	0,18	7	18,9	36	0,17	10	27,8
M. Não Especificada	142	0,68	13	9,2	116	0,56	15	12,9
M. Viral	131	0,63	3	2,3	102	0,49	2	2
M. Outras Etiologias	50	0,24	14	28	43	0,21	11	25,6
Total	535	2,58	65	12,1	424	2,03	70	16,5

Fonte: Sinan/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

Nota: Doença meningocócica, M. Tuberculosa, M. Outras Bactérias, M. Hemófilo, M. Pneumocócica, compõem o elenco das M. Bacterianas.

No que se refere aos óbitos avaliados no mesmo período, foram registradas 70 ocorrências; o que representou um aumento de 7,1% quando comparado ao primeiro semestre de 2014 com aumento da taxa de letalidade.

Diante das informações percorridas, é nítido que a meningite continua sendo uma doença grave, com grande potencial para causar óbitos. Este fato aumenta a responsabilidade dos profissionais de saúde em realizar as notificações de todo caso suspeito, bem como da vigilância epidemiológica municipal em investigar adequadamente cada caso notificado, além de encerrar, em tempo oportuno, as fichas com todas as informações necessárias (completude).

O monitoramento da erradicação da poliomielite é feito a partir da vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA). Por isso, todo caso de deficiência motora aguda e flácida, em menores de 15 anos, deve ter

acompanhamento sistemático dos casos suspeitos de poliomielite. O monitoramento é realizado por indicadores e metas mínimas a seguir:

- Taxa de notificação de paralisia flácida aguda – identificar por ano, no mínimo, um caso de PFA para cada 100 mil hab. menores de 15 anos de idade; o estado atingiu 0,5 por 100 mil habitantes para o ano de 2014.
- Proporção de casos investigados em 48 horas – pelo menos 80,0% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas após a notificação; Minas Gerais investigou oportunamente 100,0% dos casos notificados.
- Proporção de casos com coleta oportuna de fezes – pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise; o estado atingiu 57,0%.
- Proporção de notificação negativa/positiva semanal – pelo menos 80% das unidades notificantes devem informar a ocorrência ou não de casos de paralisia flácida aguda, semanalmente, o estado notificou 95,0%.

Abaixo, segue serie histórica para melhor ilustrar as informações concernentes aos Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das PFA, no estado de Minas Gerais, nos anos de 1990 a 2014.

Tabela 8 - Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das PFA – Minas Gerais, 1990 a 2014.

Ano	Nº de Casos	Notificação Negativa	Investigação o 48 horas	Coleta Adequada de Fezes	Taxa de Notificação
1990	33	80	58	73	0.6
1991	55	56	84	44	1.0
1992	45	78	87	49	0.8
1993	52	83	90	37	0.9
1994	67	90	84	49	1.2
1995	44	90	86	55	0.8
1996	31	84	94	45	0.5
1997	35	79	74	51	0.6
1998	37	81	86	46	0.6
1999	38	71	89	42	0.7
2000	53	71	83	28	1.0
2001	82	83	98	46	1.5
2002	90	81	97	54	1.7
2003	95	94	92	74	1.8
2004	76	87	96	70	1.4
2005	69	91	96	77	1.3
2006	60	93	93	88	1.1
2007	71	92	93	86	1.3
2008	62	87	100	85	1.3
2009	60	83	96	82	1.2
2010	57	80	100	93	1.3
2011	59	95	100	85	1.3
2012	44	95	100	84	1.0
2013	20	96	100	80	0.4
2014	23	96	100	57	0.5

Fonte: PESS/ ISIS/UVRI/CGDT/DEVIT/SVS/MS

A partir da tabela 6 é importante atentar que, todo caso de deficiência motora aguda e flácida em menores de 15 anos deve ser imediatamente notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Ficha de Investigação de PFA/Poliomielite. São consideradas ações primordiais para a vigilância do agravo: proceder com a investigação epidemiológica em até 48 horas da notificação; coletar uma amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor; realizar a revisita do caso em até 60 dias do início da deficiência motora. O acompanhamento sistemático dos casos suspeitos de poliomyelite em todo território brasileiro é fundamental para o sucesso do Sistema de Vigilância Epidemiológica-PFA.

Como estratégias para manter o Brasil, bem como o estado de Minas Gerais livre da poliomyelite têm-se:

Ações de Imunização:

- Manter elevadas e homogêneas as coberturas vacinais contra poliomyelite na rotina e nas campanhas.
- Ações de Vigilância Epidemiológica:
- Manter um sistema sensível de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA);
- Notificar todos os casos de PFA em até 48 horas, a partir do conhecimento do caso;

Suporte da Vigilância Laboratorial:

- Garantir qualidade das amostras de PFA = quantidade e temperatura adequadas;
- Garantir Coleta e envio adequado e oportuno de amostras de fezes;

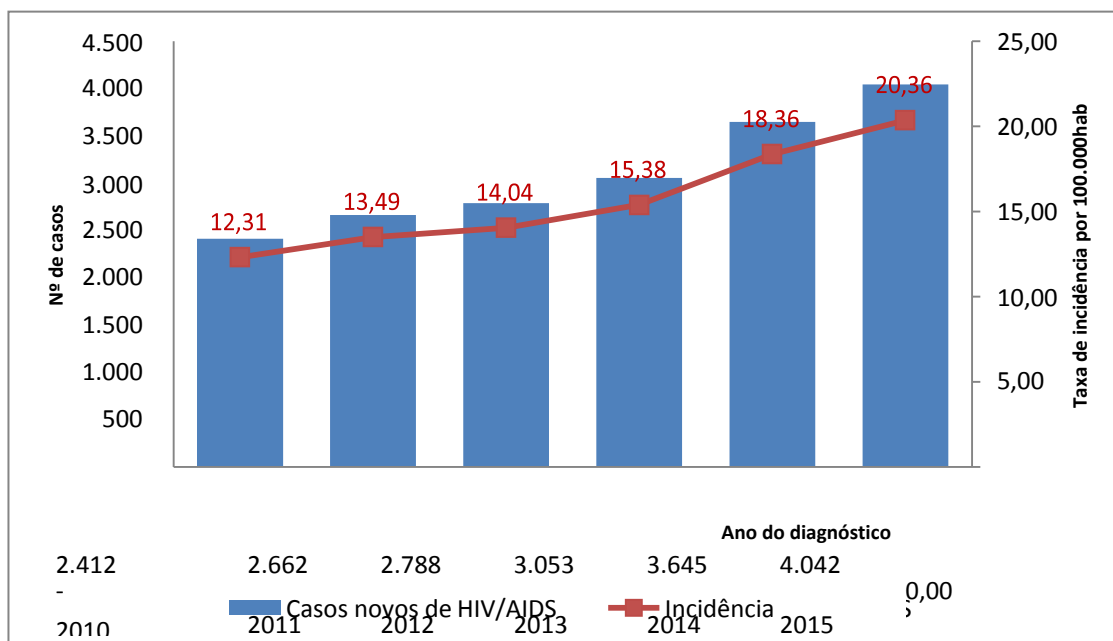
O exame laboratorial da amostra de fezes em tempo oportuno (até 14 dias da deficiência motora) é a única forma de identificar casos importados de poliovírus selvagem e PVDV.

As doenças sexualmente transmissíveis ainda apresentam altas taxas de incidência apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento representando um grande problema de saúde pública.

No ano de 2015, foram diagnosticados no estado de Minas Gerais 3.472 novos casos de **HIV/AIDS**, com taxa de incidência de aproximadamente 31,6 para cada 100.000 habitantes.

A análise da série histórica de 2010 a 2015 mostra um aumento progressivo de 68,0% do agravo no estado de Minas Gerais em relação ao ano de 2010.

Figura 12 - Incidência (por 100.000 hab)/ Frequência de casos novos de HIV/AIDS por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2015.



Fonte: SINAN/DATASUS/CE-DST/AIDS/DVE/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG.ados parciais (05/09/2016)

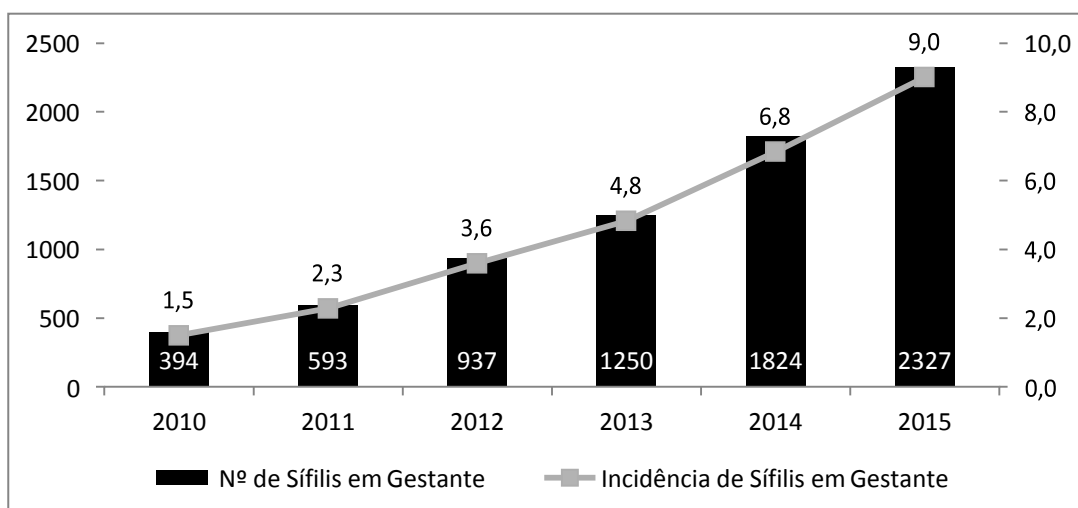
Em relação à transmissão vertical no ano de 2015 foram diagnosticados 09 casos. Para evitar a transmissão vertical do HIV/AIDS há ações nas maternidades, como testagem antes e no momento do parto e caso haja resultado positivo inicia-se a profilaxia para diminuir as chances de transmissão ao recém-nascido, assim como distribuição de fórmula infantil até os 6 meses de idade e acompanhamento da criança até 5 anos de idade.

O HIV/AIDS foi responsável por 213 mortes no ano de 2015, uma redução de 32 óbitos em relação a 2014. A queda no número de óbitos é resultado do acesso universal ao tratamento antirretroviral e das políticas de prevenção interferindo diretamente na sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O estado de Minas Gerais trabalha com a proposta de ações focadas na prevenção, tais como: ampliação do acesso aos insumos de prevenção; estratégias de combate ao estigma e parceria interinstitucionais.

Em 2015 foram notificados 2.327 casos de **sífilis em gestantes** no Estado. O período de 2010 a 2015 mostra um aumento significativo dos casos notificados, conforme figura 10:

Figura 13: Incidência (por 1.000 NV)/ Freqüência de casos de sífilis em gestante por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2015.

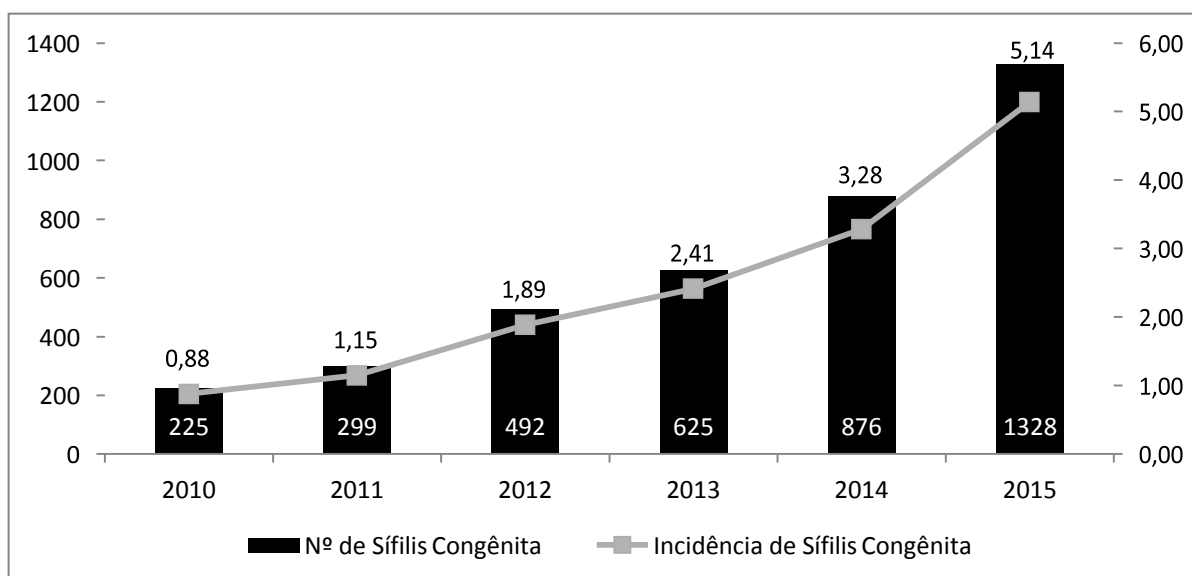


Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

Dados parciais sujeitos a alteração de banco de dados (acesso em abril de 2016).

Foram ainda notificados 1.328 casos de **sífilis congênita** no estado de Minas Gerais representando uma incidência de 5,14 por 1.000 nascidos vivos.

Figura 14: Incidência (por 1.000NV)/freqüência de casos de Sífilis Congênita por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2015.



Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG.

Dados parciais sujeitos a alteração de banco de dados (acesso em abril de 2016).

As ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis estão diretamente relacionadas à assistência ao pré-natal e ao parto. Porém, apesar da disponibilidade de testes para diagnóstico de sífilis nos serviços de saúde, bem como tratamento, ainda existem gestantes sem diagnóstico e tratamento oportunos, impedindo prevenção da transmissão vertical.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam, que existem 170 milhões de indivíduos infectados pelo **vírus da Hepatite C**, em todo o mundo, e cerca de 2 bilhões de pessoas tiveram contato com o **vírus da hepatite B**. A distribuição das hepatites virais B e C ocorre em todo o planeta, atingindo todos os continentes.

As hepatites são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo em vista a alta transmissibilidade dos vírus e o impacto socioeconômico negativo na qualidade de vida dos portadores.

O Inquérito Estadual de Hepatites Virais ocorrido nas treze Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do estado de Minas Gerais (2010) apontou direcionamentos necessários para a atuação efetiva da Vigilância em Saúde. Baseando-se nos resultados desse estudo foram identificados: alta prevalência de infecção pelo VHB e VHC na faixa etária de 10 a 19 anos em Minas Gerais, sendo uma das maiores do país; alta prevalência de infecção passada e presente pelo vírus HBV na RAS Norte; necessidade de produção de informação voltada para públicos específicos, sobre as formas de transmissão da doença.

Em 2015, no estado de Minas Gerais, foram notificados 1.166 casos de Hepatite B, 1.518 casos de Hepatite C e 61 casos de Hepatite B+C. Como as hepatites B e C são doenças crônicas torna-se necessário analisar os dados através da série histórica de 2007 a 2015, conforme tabela 9.

Para as hepatites B e C temos confirmados 20.770 notificações. Já para a hepatite C, o total de notificações é de 9.293. Neste mesmo inquérito, há uma estimativa de aproximadamente 278.000 casos esperados de notificações. De acordo com esse cenário fica evidente o fato de termos um grande número de subnotificações em nosso estado. Não obstante, o total de notificações realizadas até o momento, 54.364 ou 36,99%, possuem inconsistências em seu preenchimento, totalizando 20.109 fichas.

Tabela 9 - Notificações de Hepatites B e C, Minas Gerais, 2007 A 2016*.

Ano	Vírus B	Vírus C	Vírus B + C	Total
2007	1380	711	53	2.091
2008	1312	717	44	2.029
2009	1459	893	65	2.352
2010	1186	886	39	2.072
2011	1535	1192	30	2.727
2012	991	832	40	1.823
2013	1006	935	37	1.941
2014	1309	1312	48	2.621
2015	1166	1518	61	2.684
2016	133	297	10	430
TOTAL	11.477	9.293	427	20.770

Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG2016

Minas Gerais detectou 1.215 casos novos de **hanseníase** em 2014, dos quais 55 (4,5%) em menores de 15 anos. Isso correspondeu a um coeficiente de detecção geral de 5,86/100 mil habitantes e de 1,21/100 mil em menores de 15 anos de idade. Do total de casos novos notificados em 2014, 10,9% foram diagnosticados com deformidades (Grau 2 de incapacidade), indicando um percentual ainda elevado de diagnóstico tardio. O percentual de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase foi de 88,4%; a

proporção de contatos examinados de 90,7%; a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico de 92,1% dos casos novos.

No período de 2009 a 2014, a redução do número de casos novos notificados foi de 35,1% e, em menores de 15 anos de idade, de 34,5%. O número de pacientes em tratamento (Prevalência) reduziu em 48,2%, no mesmo período.

Tabela 10 - Situação Epidemiológica da hanseníase - Minas Gerais - 2009 a 2014

INDICADORES / ANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Coeficiente de Detecção de casos novos de hanseníase	9,35	8,02	7,78	7,45	6,2	5,86
Proporção de casos novos em menores de 15 anos (n)	4,5% (84)	3,7% (51)	4,1% (63)	4% (60)	3,9% (48)	4,5% (55)
Proporção de contatos de casos novos de hanseníase examinados entre os registrados (%)	81,3	76	75,1	82,1	81,9	90,7
Proporção de casos novos de hanseníase curados nos coortes (%)	88,9	90,1	88,9	88,4	87,9	88,4
Proporção de casos novos de hanseníase com avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico (%)	97,1	96,34	96,9	94,8	94,1	92,1
Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade no diagnóstico (%)	9,8	12,3	10,1	12,3	10,5	10,9

Fonte:Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária; 2016

INCIDÊNCIA DOS CASOS NOVOS RESIDENTES EM MINAS GERAIS DE 2010 A 2012

UF Resid.	Ano								
	2010			2011			2012		
	Nº Casos Novos	População	Incidência	Nº Casos Novos	População	Incidência	Nº Casos Novos	População	Incidência
Minas Gerais	3752	19.595.309	19,1	3894	19.728.701	19,7	3600	19.855.332	18,1

FORNTE: SINANNET-TB/CEPCT/SES-MG DATA: 01/09/2016

INCIDÊNCIA DOS CASOS NOVOS RESIDENTES EM MINAS GERAIS DE 2013 A 2015

UF Resid.	ANO								
	2013			2014			2015		
	Nº Casos Novos	População	Incidência	Nº Casos Novos	População	Incidência	Nº Casos Novos	População	Incidência
Minas Gerais	3628	20.593.356	17,6	3632	20.734.097	17,5	3498	20.869.101	16,8

FORNTE: SINANNET-TB/CEPCT/SES-MG
DATA: 01/09/2016

Em Minas Gerais o número de casos novos de tuberculose notificados em 2015 foi de 3.498, com taxa de incidência de 16,8 casos por 100 mil habitantes. Neste ano, 524 municípios tiveram pelo menos 01 caso de tuberculose entre os seus residentes. A análise da série histórica da taxa de incidência da doença mostra uma tendência de declínio nos últimos 20 anos (esta taxa era de 44 casos por 100 mil habitantes em 1990). Embora o estado apresente uma tendência de redução na taxa de incidência, há diferenças importantes na comparação desse indicador por unidade regional de saúde. As regionais de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros e Governador Valadares apresentaram maior número de casos em 2015. O percentual de

cura para os casos novos bacilíferos de tuberculose nos últimos anos ficou em torno de 72%, resultado ainda aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 85%.

O **Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (SVE DTHA)**, implantado no Estado de Minas Gerais, está apto para prevenir, identificar e controlar surtos e epidemias de DTHA por meio de:

- **Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA)** - Vigilância Sindrômica da Diarreia

O registro dos casos de diarreia aguda em unidades sentinelas em todos os municípios do Estado tem como objetivo identificar precocemente surtos e epidemias de diarreia na população seja devido a falhas na cadeia de produção de alimentos ou no sistema de abastecimento de água e saneamento ou por outros fatores ambientais. Embora a transmissão por água decline com medidas de saneamento básico (rede de sistema público de água tratada e de esgoto), a globalização do comércio econômico, viagens internacionais, intensa mobilização das populações, hábitos alimentares e processos tecnológicos de produção de alimentos tem tornado o alimento um importante veiculador de doenças.

Atualmente, no Estado, estão registradas no SIVEP-DDA 5.266 unidades de saúde que atendem doenças diarreicas. De um total de 694 surtos detectados no 1º semestre de 2015, 448 (64,55%) foram investigados. Apenas 187 surtos (26,94%) tiveram amostras coletadas, o que representa um quantitativo aquém do necessário no que se refere à elucidação do agente etiológico causador, comprometendo o encerramento dos surtos. Portanto, é necessário aumentar a sensibilidade e a oportunidade da coleta de amostras clínicas nas situações de surtos de doenças diarreicas agudas.

Sistema de Vigilância de Surtos de DTHA

Embasa-se na notificação espontânea de surtos causados por alimentos e água, com o objetivo de identificar os fatores de risco e agentes causais e implementar medidas de controle e prevenção de novos surtos.

O número de surtos de DTA no Estado, em 2015 (até a 26ª semana epidemiológica), cresceu em comparação com mesmo período de 2014 (88 surtos notificados em 2014 e 100 surtos notificados em 2015). Entretanto, é válido destacar que ainda existe subnotificação sendo de extrema importância a comunicação eficaz e o trabalho integrado entre as vigilâncias (epidemiológica, sanitária e ambiental) na monitorização dos casos suspeitos, bem como a sensibilização das vigilâncias municipais na realização correta e completa da investigação de todos os surtos de DTA que ocorrerem no território municipal.

Os **Acidentes por Animais Peçonhentos** são acidentes de grande importância para a saúde pública devido ao elevado número de pessoas acometidas, à sua gravidade, frequentes sequelas e óbitos decorrentes. Minas Gerais é o estado com o maior número de acidentes por animais peçonhentos no Brasil.

Em 2014, ocorreram 29.773 acidentes em 826 (97%) dos municípios do estado. A RAS Sul possui a maior ocorrência de acidentes 17% (4.944), seguida das RAS Norte e Centro com 14% (4.221) cada, Leste 11% (3.305), Nordeste 8% (2.420), Triângulo do Norte e Leste do Sul 6% (1.887) cada, Triângulo do Sul e Sudeste 5% (1.401) cada, Noroeste 4% (1.177) e Centro Sul, Jequitinhonha e Oeste com 3% (973) cada. No período analisado, ocorreram 38 óbitos por animais peçonhentos em Minas Gerais, sendo que destes 47% foram por acidentes com escorpiões, 26% por serpentes (90% do gênero botrópico), 21,05% por abelhas e

5,3% por outros animais peçonhentos.

A **Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)** caracteriza-se pela capacidade de produzir deformidades nos indivíduos, o que lhes confere prejuízos psicológicos, sociais e econômicos. A LTA está amplamente distribuída em Minas Gerais. Há registro de casos autóctones em todas as RAS. Algumas áreas apresentam intensa concentração de casos, em outras, aparece de forma isolada com diferentes padrões de transmissão.

Em 2014, 1.060 casos novos da doença foram confirmados, distribuídos em 252 municípios (29,5%).

Considerando a transmissão da doença, as RAS Norte (27,8%), Centro (17,1%) e Leste (11,8%) apresentaram maior percentual de casos novos de LTA, sendo que a RAS Norte contribuiu com os maiores percentuais de casos notificados em todo Estado e conseqüentemente com as taxas de detecção mais elevadas.

A forma clínica cutânea foi a predominante (93,8%) e o diagnóstico realizado através do critério clínico laboratorial (Intradermorreação de Montenegro, parasitológico direto e/ou histopatológico), ocorreu em 86,5% dos casos.

A **Leishmaniose Visceral (LV)** é uma endemia de relevância no Brasil e em Minas Gerais, em franca expansão geográfica e de urbanização nos últimos anos. Em 2014 ocorreram 360 casos novos de LV, distribuídos em 117 municípios (13,7%), confirmados no Estado, dos quais 34 deles evoluíram para óbito.

A incidência da doença foi de 1,7/100.000 habitantes, casos encontrados principalmente nas RAS Centro, Leste e Norte do Estado (Tabela 3). A distribuição geográfica da LV no Estado é diversificada, observada em 162 municípios (18,9%) com transmissão esporádica (média de casos no período 2010-2013 <2,4 casos), em 11 municípios (1,3%) com transmissão moderada (média de casos no período 2010-2013 $\geq 2,4$ e <4,4 casos), em 22 municípios (2,6%) com transmissão intensa (média de casos no período 2010-2013 $\geq 4,4$ casos) e outros 23 municípios (2,7%) com registro de primeiro caso humano.

Tabela 11 – Frequência de casos novos confirmados e óbitos por LV segundo região ampliada de saúde de residência, Minas Gerais – 2014.

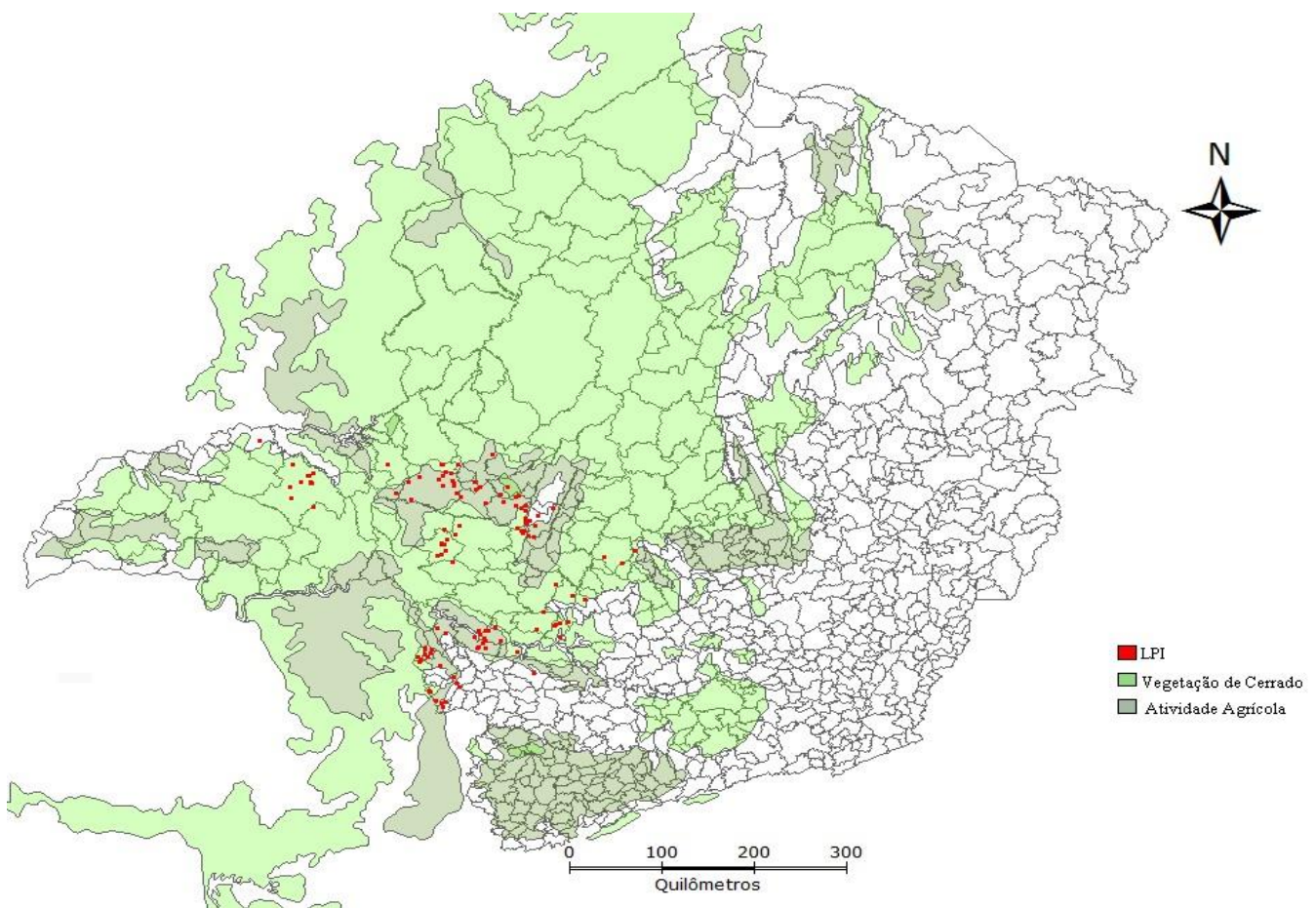
Região Ampliada de Saúde de residência	Casos	Óbitos por LV
Centro	127	12
Leste	76	7
Norte	60	7
Nordeste	26	4
Noroeste	20	0
Jequitinhonha	19	2
Oeste	16	1
Triângulo do Norte	6	0
Centro Sul	3	0
Leste do Sul	3	1
Triângulo do Sul	3	0
Sul	1	0
Sudeste	0	0

Fonte: *Sinan*, DVA/SES-MG, Março/2016.

A **leptospirose** é uma doença infecciosa febril que pode ocasionar óbito, causada por *leptospiras* patogênicas transmitidas pelo contato com urina de animais infectados ou por meio de água, lama e solo contaminado pela bactéria. Pode apresentar-se tanto em áreas rurais como urbanas, desenvolvidas ou não. Possui grande relevância social, pois apresenta casos durante todo o ano. O número de casos confirmados aumenta nos períodos chuvosos, quando comparado com os períodos de seca. No ano de 2014, foram confirmados 125 casos da doença, distribuídos em 81 municípios. Encontra-se amplamente distribuída em Minas Gerais, com registro de casos autóctones em todas as Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do Estado. Porém, algumas áreas apresentam maior concentração de casos, Região Ampliada de Saúde Centro (39,23%); Sul (17,88%) e Leste (10,95%). A doença apresenta manifestações clínicas variáveis, desde formas assintomáticas e oligossintomáticas até quadros clínicos graves associados a manifestações fulminantes. Assim, é importante o seu diagnóstico diferencial com as outras febres hemorrágicas para definição do diagnóstico final pelo Protocolo de Febres Hemorrágicas em Minas Gerais.

A **hantavirose**, doença emergente no Estado desde 1998, com aproximadamente 50% de letalidade, apresenta casos confirmados em cerca de 46 municípios predominantemente em 6 RAS: Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Sul, Centro, Noroeste e Oeste. No ano de 2014, foram notificados 28 casos confirmados da síndrome cardiopulmonar por hantavírus em 9 municípios com registro predominantemente nas Regiões Ampliadas de Saúde, Triângulo do Sul com 44,83% dos casos e Triângulo do Norte e Sul com 17,24%. Dos casos que confirmaram para hantavirose no ano de 2014, 4 evoluíram para óbito (13%). A doença encontra-se distribuída em Minas Gerais, principalmente em áreas de vegetação de Cerrado associada à presença do roedor silvestre. Estes locais prováveis de infecção estão relacionados às áreas rurais e periurbanas com atividade agrícola e de lazer. Os sinais e sintomas iniciais são inespecíficos sendo importante o seu diagnóstico diferencial com as outras febres hemorrágicas para definição do diagnóstico final pelo Protocolo de Febres Hemorrágicas em Minas Gerais.

Figura 12: Locais Prováveis de infecção dos casos confirmados de Hantavírus (SCPH) em MG, no ano de 2014.



A certificação da interrupção da transmissão vetorial da **doença de Chagas** pelo *Triatoma infestans*, algumas espécies em Minas Gerais tem merecido atenção nos levantamentos entomológicos. No ano de 2014 foram capturados 16 espécies de triatomíneos (n= 29228 espécimes), com potencial para manutenção do ciclo de transmissão da doença de Chagas. Verifica-se que do total de espécimes capturados, 45,9% (n=13411) correspondiam a ninfas. Destas, 3,9% (n=517) foram capturadas no interior das residências, mostrando a proximidade entre o vetor e o homem. A espécie prevalente foi o *Triatoma sordida*, representando 91,7% dos espécimes capturados (n=26792, sendo 1617 dentro das casas), seguido do *Panstrongylus megistrus* (n=1572) e outras espécies (n=864).

O Programa de Controle da **Esquistossomose** em Minas Gerais baseia-se no inquérito coproscópico realizado em 116 municípios da área endêmica da doença, distribuídos em 09 RAS: Norte de Minas, Nordeste, Jequitinhonha, Leste, Centro, Leste do Sul, Oeste, Centro Sul e Sudeste. Além disso, há áreas de foco da doença em 5 municípios distribuídos nas RAS Noroeste, Triângulo do Sul e Sul. No ano de 2014, 92 destes municípios apresentaram positividade menor que 5%, situação considerada baixa positividade e um município apresentou positividade acima de 25%, considerada alta positividade.

No ano de 2014, em Minas Gerais foram notificados 47 casos confirmados de **malária**, o que representou uma redução de 48,5% casos de malária em relação ao ano anterior. A redução do número de casos em 2014 quando comparada ao ano de 2013 pode ser atribuída a redução de casos de malária notificada na região endêmica do Brasil. Todos os casos importados foram provenientes de áreas endêmicas para a doença. Neste mesmo período, três indivíduos evoluíram para o óbito o que representou uma taxa de letalidade alta (6,25%). Nos três casos, a média de tempo entre os primeiros sintomas e o óbito foi de 8,6 dias e o intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial e o início do tratamento, foi menor que 24 horas em 100% dos casos. O diagnóstico diferencial pelo protocolo de febres hemorrágicas é fundamental.

Os casos de malária notificados ocorreram em 19 municípios, tendo a capital, Belo Horizonte, concentrado 12 casos (25,5%).

O Sistema de Vigilância, Prevenção e Controle da **Febre Amarela** atua de forma articulada com distintas áreas, entre elas: vigilância de casos humanos suspeitos, vigilância de síndromes febris íctero-hemorrágicas, imunização, vigilância de eventos adversos pós-vacinais (EAPV) graves, vigilância entomológica (vetores urbanos e silvestres), vigilância ambiental (ecoepidemiologia), além de ações de informação, educação e comunicação. A Vigilância de Epizootias, baseada na notificação da morte de macacos deve servir como evento sentinela para o risco de febre amarela silvestre, e após investigada, pode subsidiar planos de ações em áreas com transmissão ativa ou áreas próximas, para efeito da intensificação da vigilância e adoção, oportuna e adequada, das medidas de prevenção e controle. Foram notificados, no estado de Minas Gerais, 19 casos humanos suspeitos de febre amarela silvestre (FAS) e 11 epizootias envolvendo primatas não humanos, no ano de 2014, dos quais todos foram descartados. No ano de 2015, foram notificados 14 casos humanos suspeitos de febre amarela silvestre que após investigação foram descartados para tal e, 59 epizootias envolvendo primatas não humanos, dos quais três (03) foram positivos para febre amarela silvestre.

A **raiva** é uma zoonose de grave impacto em uma sociedade, visto ser uma enfermidade com potencial para afetar todos os mamíferos e de evolução quase sempre fatal. Observa-se, no estado, assim como no cenário nacional, redução dos casos humanos e caninos e uma mudança no perfil de ocorrência e transmissão com a maioria dos casos humanos transmitidos por morcegos, além do aumento na detecção

de casos em espécies silvestres. Em Minas Gerais, casos isolados da doença em humanos têm ocorrido de forma ocasional. Os dois últimos casos foram registrados no ano de 2006, no município de Prados, transmitido por herbívoro e, no ano de 2012, transmitido por morcego. Entre as principais medidas que têm mantido a baixa incidência de raiva humana, em Minas Gerais, estão: realização de campanha de vacinação antirrábica animal; intensificação da vigilância, controle e profilaxia desencadeados por instituições dos governos municipal, estadual e federal; participação da população através da adesão às campanhas de vacinação antirrábica animal e à procura de atendimento médico em caso de acidente/agressão; intensificação de capacitações dos profissionais de saúde sobre a indicação adequada dos esquemas de profilaxia e vigilância da doença e ações educativas.

A **Febre Maculosa Brasileira (FMB)** é uma doença infecciosa febril causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii* e transmitida pela picada de carrapatos infectados. Sua ocorrência é identificada em Minas Gerais desde a década de 1930 em diversas regiões do Estado. Seus sintomas iniciais são inespecíficos (facilmente confundidos com outras doenças) e sua evolução é aguda, caracterizada por altas taxas de letalidade. Em 2014, 10 casos da doença, distribuídos em 9 municípios foram confirmados no Estado, dos quais 4 evoluíram para óbito (40,0%). Os casos ocorreram nas regiões ampliadas Centro (40,0%), Sudeste (30,0%), Leste (10,0%), Triângulo do Sul (10,0%) e Jequitinhonha (10,0%) e foram confirmados em sua maioria através de critério laboratorial (90,0%). O período de Março a Outubro concentrou 80,0% dos casos de FMB, evidenciando sua sazonalidade, relacionada à predominância das formas de larva e ninfa do carrapato *Amblyomma sculptum*, principal vetor envolvido no ciclo da doença. A detecção de casos suspeitos de FMB e o início do tratamento empírico nas fases iniciais da doença são fundamentais para a prevenção de formas graves e óbitos.

Emergências em Saúde Pública

Nos últimos anos tem ocorrido uma maior preocupação internacional com a disseminação ou propagação de agentes etiológicos e doenças de natureza infecciosa, química, ambiental e radionuclear. Visando adequar os conceitos e medidas para evitar ou reduzir o risco dessa disseminação foi adotado o conceito de emergências em saúde pública com o objetivo de implementar novas estratégias para preparação e resposta a esses eventos. A adaptação desse conceito para o propósito da vigilância e da rede de atenção permite um melhor gerenciamento dos eventos que constituem risco de disseminação ou propagação de doenças ou agravos, além de oferecer uma resposta mais oportuna (CARMO, 2008).

As emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta. Caracterizam-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos, em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres ou desassistência a população (BRASIL, 2014).

Para minimizar o impacto desses eventos é necessário implantar um sistema de coordenação e de controle para operacionalização da resposta dos serviços em situações críticas, com elaboração de fluxos, protocolos e planos de contingência. É de extrema importância a articulação entre diferentes atores envolvidos nesses processos. No monitoramento das emergências em saúde pública no estado de Minas Gerais serão considerados os eventos: doenças emergentes/reemergentes, acidentes QBRN e acidentes naturais e/ou antropogênicos.

Doenças emergentes/reemergentes

As doenças infecciosas emergentes e reemergentes são aquelas cuja incidência em humanos vem aumentando nas últimas décadas ou ameaça aumentar em futuro próximo. Caracterizam-se pela mudança de comportamento epidemiológico (aumento de casos graves e/ou óbitos) ou pela introdução de novos agentes ou recirculação desses agentes. Um grande número de fatores pode estar envolvido na determinação da emergência e reemergência das doenças infecciosas, como fatores demográficos; sócio-políticos; econômicos; ambientais; mudanças e adaptação de microrganismos. Para enfrentamento dessas doenças é necessário aperfeiçoar a capacidade do serviço de vigilância na detecção desses eventos; aprimorar a rede laboratorial; valorizar os serviços de vigilância epidemiológica e atividades do campo da saúde ambiental e vigilância sanitária; utilizar mecanismos ágeis e eficientes de informação e comunicação; e integrar os serviços (LUNA, 2002).

No estado de Minas Gerais os seguintes eventos serão considerados como doenças emergentes e reemergentes e serão alvo de monitoramento permanente: dengue, chikungunya e zika; influenza e outros vírus respiratórios; eventos inusitados (exe.: febre amarela, Ebola, malária) e ocorrência de surtos por processos infecciosos.

Dengue

A dengue é uma doença febril aguda causada por um vírus de genoma RNA do gênero *Flavivirus* e transmitida via picada de mosquitos infectados do gênero *Aedes*, sendo o *Ae. aegypti* seu principal vetor (RIGAU-PEREZ, 1998). São conhecidos quatro sorotipos DENV – 1, 2, 3 e 4, com manifestações clínicas da doença variando desde infecções assintomáticas até formas mais graves, com quadros de hemorragia e choque, podendo evoluir para óbito (WHO, 2009).

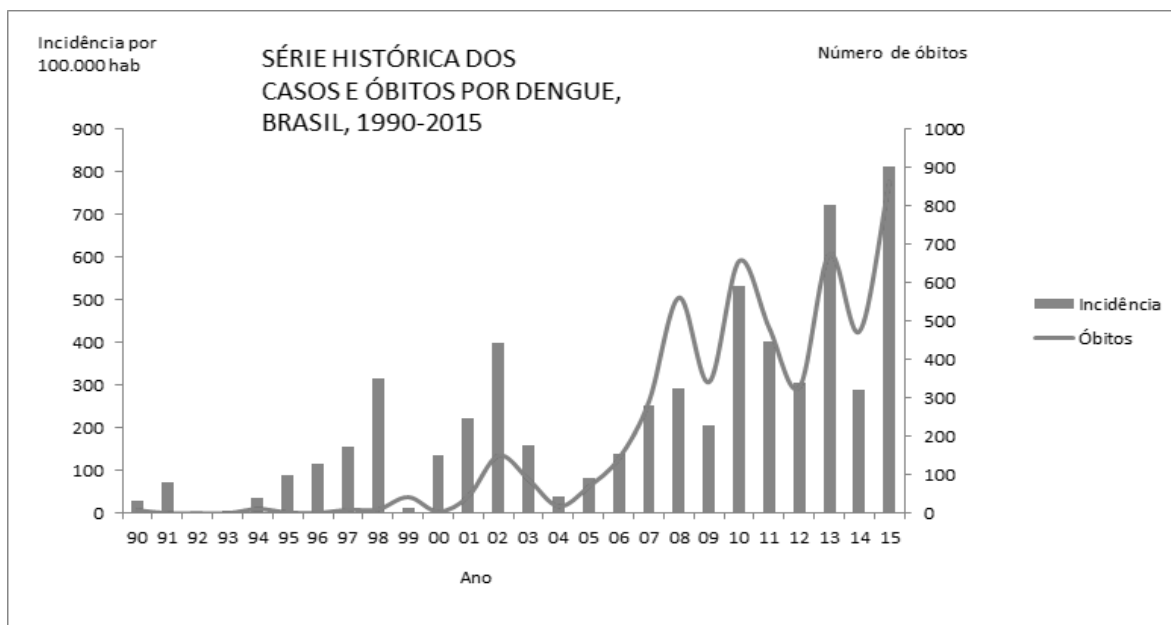
A Organização Mundial de Saúde, em 2012, classificou a dengue como a mais importante virose transmitida por artrópodes. Nas últimas cinco décadas a incidência da doença aumentou trinta vezes, variando de 908 casos no final da década de 1950 até mais de dois milhões de casos no ano de 2010. Atualmente, mais de 100 países são endêmicos e estima-se entre 50-100 milhões de novas infecções por ano, incluindo milhares de formas graves e 20.000 óbitos por ano, gerando uma sobrecarga para os sistemas de saúde e a economia dos países afetados (WHO, 2012). Nas Américas, a reemergência da dengue tornou-se um grave problema de saúde pública a partir da década de 1960 (GUZMAN, 2003).

No Brasil, a dengue foi documentada laboratorialmente em 1982, com a primeira epidemia em Boa Vista, Roraima, causada pelos sorotipos 1 e 4 (OSANAI, 1983). Em 1986, ocorreram epidemias atingindo o Rio de Janeiro e capitais da região Nordeste. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes e/ou alteração do sorotipo predominante (BRASIL, 2009). No período entre 2002 a 2011, a dengue se consolidou como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil, com aumento no número de casos e hospitalizações, com epidemias de grande magnitude, agravamento do processo de interiorização da transmissão, com registro de casos em municípios de diferentes portes populacionais e a ocorrência de casos graves acometendo pessoas em idades extremas. Ao longo destes 10 anos foram registrados aproximadamente 4,8 milhões de casos prováveis (casos notificados, exceto os descartados) de

dengue, o que representa um número quatro vezes maior em relação aos dez anos anteriores (BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012).

O gráfico abaixo ilustra a expansão da doença no cenário nacional, assim como o crescente número de óbitos.

Gráfico 1 – Série histórica da incidência de casos prováveis e óbitos por dengue, de 1990 a 2015; Brasil.

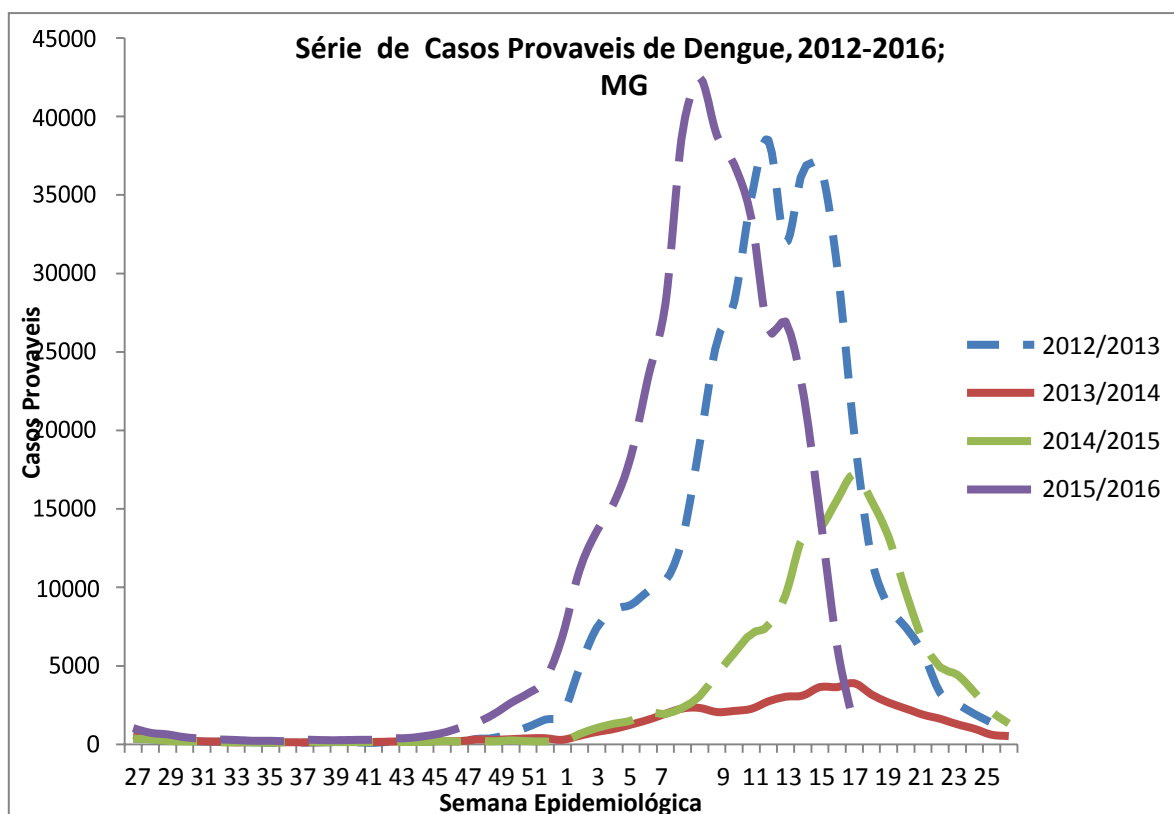


Fonte: Sinan / MS – dados sujeitos à alterações. 2015. Atualizado em 01/03/2016.

O estado de Minas Gerais também apresenta aumento de casos de dengue nos últimos anos com alternância de períodos epidêmicos e não epidêmicos. Já foi identificada a circulação dos quatro sorotipos, mas desde ano de 2010 o sorotipo DENV1 tem a circulação predominante identificada pelo laboratório de referência estadual.

A primeira epidemia no estado ocorreu em 1998, com um total de 147.418 casos notificados. A partir de 2006 com a cocirculação dos sorotipos DENV1, 2 e 3, ocorreu um aumento significativo na transmissão viral. Aproximadamente 79.000 casos notificados em 2008, 83.000 casos em 2009 e 260.000 casos em 2010 (CAMPOS, 2014). A partir de 2011, com a introdução do sorotipo DENV4, os quatro sorotipos circulam no estado, e em 2013, ocorreu a maior epidemia com aproximadamente 500.000 casos notificados (AMANCIO, 2015). O gráfico abaixo ilustra o número de casos prováveis de dengue, no estado de Minas Gerais, de 2012 a 2016 (até 01 de maio de 2016).

Gráfico 2 – Série de casos prováveis de dengue. por semana epidemiológica, de 2012 a 2016; Minas Gerais.



Fonte: Sinan / MS – dados sujeitos à alterações. 2016. Atualizado em 01/05/2016.

Chikungunya

O CHIKV é um vírus RNA que pertence ao gênero Alphavirus da família Togaviridae. O nome “chikungunya” deriva de uma palavra em Makonde que significa aproximadamente “aqueles que se dobram”, descrevendo a aparência encurvada de pacientes que sofrem de artralgia intensa. A infecção pelo vírus Chikungunya provoca febre alta, dor de cabeça, dores articulares e dores musculares. O período médio de incubação da doença é de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias). Não existem tratamento específico nem vacina disponível para prevenir a infecção por esse vírus. O tratamento sintomático é o indicado. A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. Na fase aguda, os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta, cefaleia, mialgia e artralgia (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações). Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular. Os sintomas costumam persistir por 7 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante para algumas pessoas (BRASIL, 2015).

No final de 2013, foi registrada a transmissão autóctone da doença em vários países da região do Caribe. Em 2014, foram confirmados casos autóctones no Brasil e em vários países do continente americano. Após essa introdução, ainda ocorre expansão de áreas geográficas com transmissão autóctone no país. De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico, volume 47, n.º18/2016, do Ministério da Saúde, 25 unidades federadas apresentam casos autóctones da doença. Em Minas Gerais, a transmissão autóctone foi confirmada laboratorialmente em 2016, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Vale do Aço e

Zona da Mata.

Zika

É uma doença viral aguda, transmitida principalmente por mosquitos, tais como *Aedes aegypti*, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em primatas não humanos em Uganda, na floresta Zika em 1947, por esse motivo esta denominação. Entre 1951 a 2013, evidências sorológicas em humanos foram notificadas em países da África (Uganda, Tanzânia, Egito, República da África Central, Serra Leoa e Gabão), Ásia (Índia, Malásia, Filipinas, Tailândia, Vietnã e Indonésia) e Oceania (Micronésia e Polinésia Francesa). Nas Américas, o Zika Vírus somente foi identificado na Ilha de Páscoa, território do Chile no oceano Pacífico, 3.500 km do continente no início de 2014. O Zika Vírus é considerado endêmico no Leste e Oeste do continente Africano. Evidências sorológicas em humanos sugerem que a partir do ano de 1966 o vírus tenha se disseminado para o continente asiático. Foi confirmada transmissão autóctone de febre pelo vírus Zika no país a partir de abril de 2015. Atualmente, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico, volume 47, n.º18/2016, do Ministério da Saúde, somente o estado de Santa Catarina não apresenta casos autóctones da doença. No final de 2015, foi confirmada a circulação laboratorial do zika em Minas Gerais, e atualmente, o estado apresenta 10.750 casos notificados da doença, até 27 de abril de 2016.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a infecção pelo zika vírus como responsável pelo aumento de casos de microcefalia e óbitos em recém-nascidos, declarando como evento de Emergência de Saúde pública de Importância Internacional. De acordo com, o último boletim epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde, até 27 de abril de 2016, o estado de Minas Gerais, confirmou a ocorrência de um aborto espontâneo causado pelo vírus e um feto com diagnóstico de imagem sugestivo de infecção congênita.

Influenza e outros vírus respiratórios

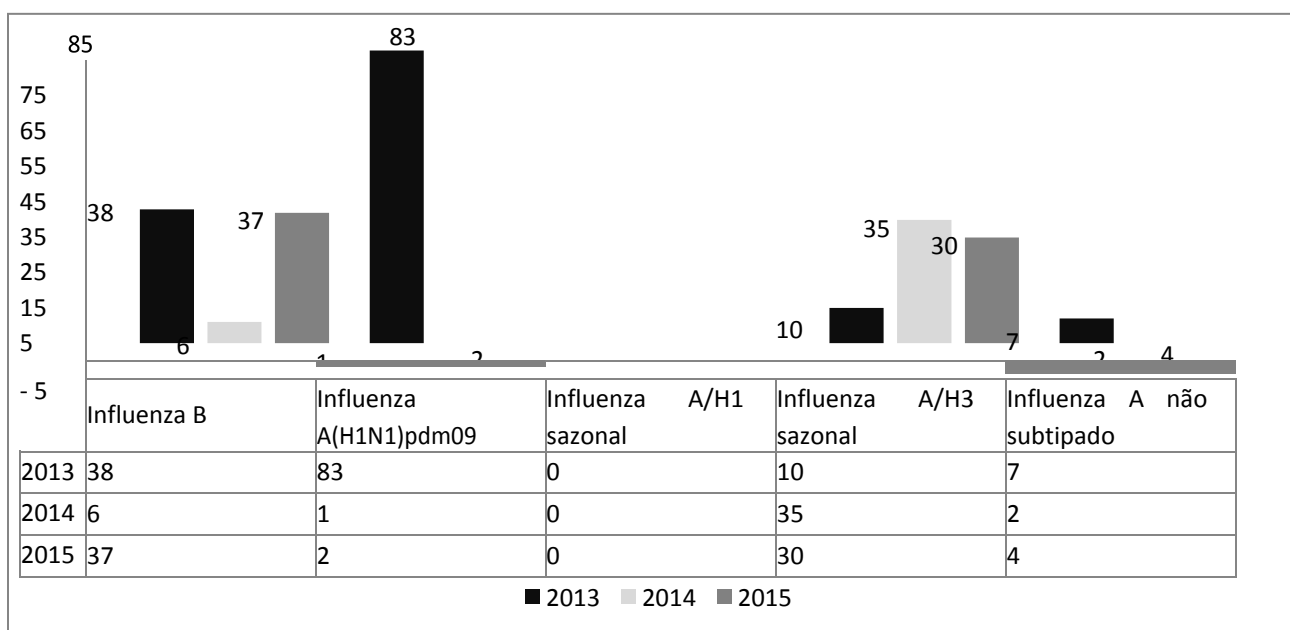
Influenza, comumente conhecida como gripe, é uma doença viral febril, aguda, geralmente benigna e autolimitada. Frequentemente é caracterizada por início abrupto dos sintomas, que são predominantemente sistêmicos, incluindo febre, calafrios, tremores, dor de cabeça, mialgia e anorexia, assim como sintomas respiratórios com tosse seca, dor de garganta eiza. A infecção geralmente dura uma semana e com os sintomas sistêmicos persistindo por alguns dias, sendo a febre o mais importante. Algumas pessoas, como idosos, crianças novas, gestantes e pessoas com alguma comorbidades possuem um risco maior de desenvolver complicações devido à influenza. A vacinação é a intervenção mais importante na redução do impacto da influenza.

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG. A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram

novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A vigilância laboratorial permite a identificação do vírus Influenza, Parainfluenza, Adenovírus, Metapneumovírus e Vírus Sincicial Respiratório.

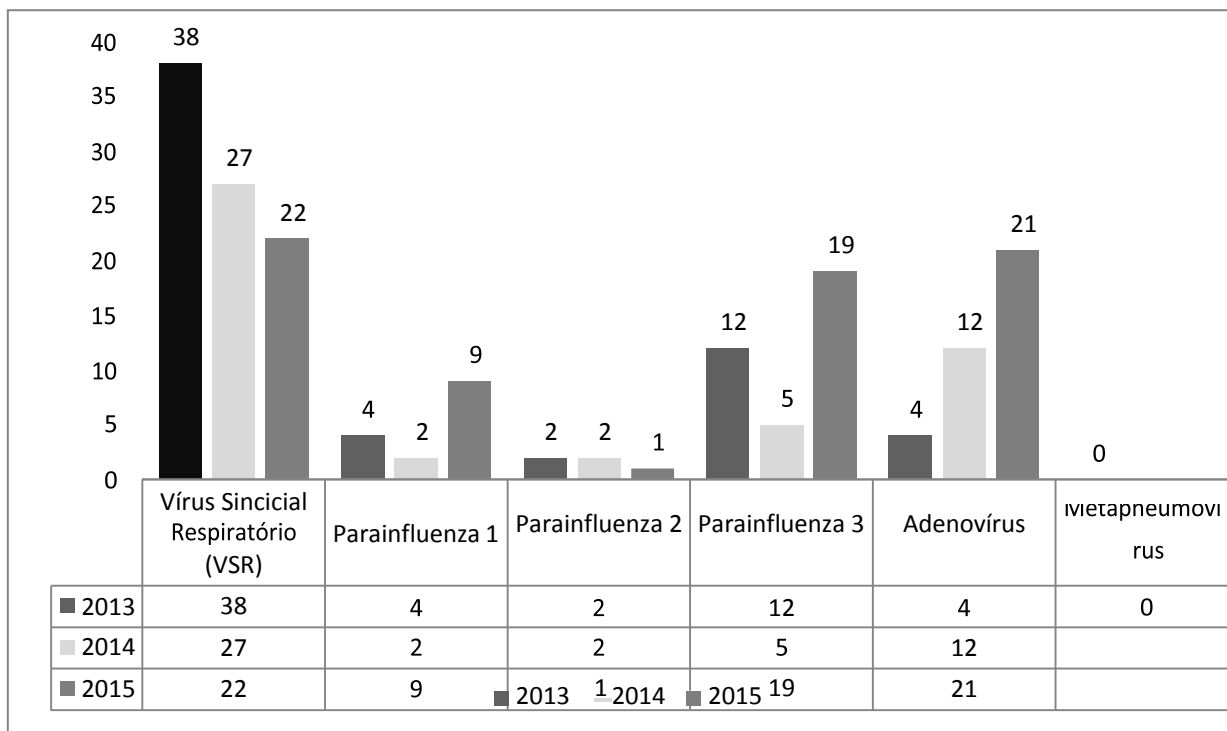
No estado de Minas Gerais, o padrão de circulação desse agente é bem diversificada com alterações anuais de vírus predominante. As unidades sentinelas tem papel relevante para detectar oportunamente essas alterações e encaminhar amostras para avaliação internacional e composição de vacinas. Os gráficos 3 e 4 ilustram a padrão de circulação dos vírus respiratórios, de 2013 a 2015, no estado de Minas Gerais, com as amostras coletadas nas unidades sentinelas de síndrome gripal. Os gráficos 5 e 6 demonstram o padrão de circulação dos vírus respiratórios, de 2013 a 2015, no estado de Minas Gerais, com as amostras coletadas na vigilância universal de SRAG.

Gráfico 3 – Síndrome Gripal por Influenza, 2013 a 2015, Minas Gerais.



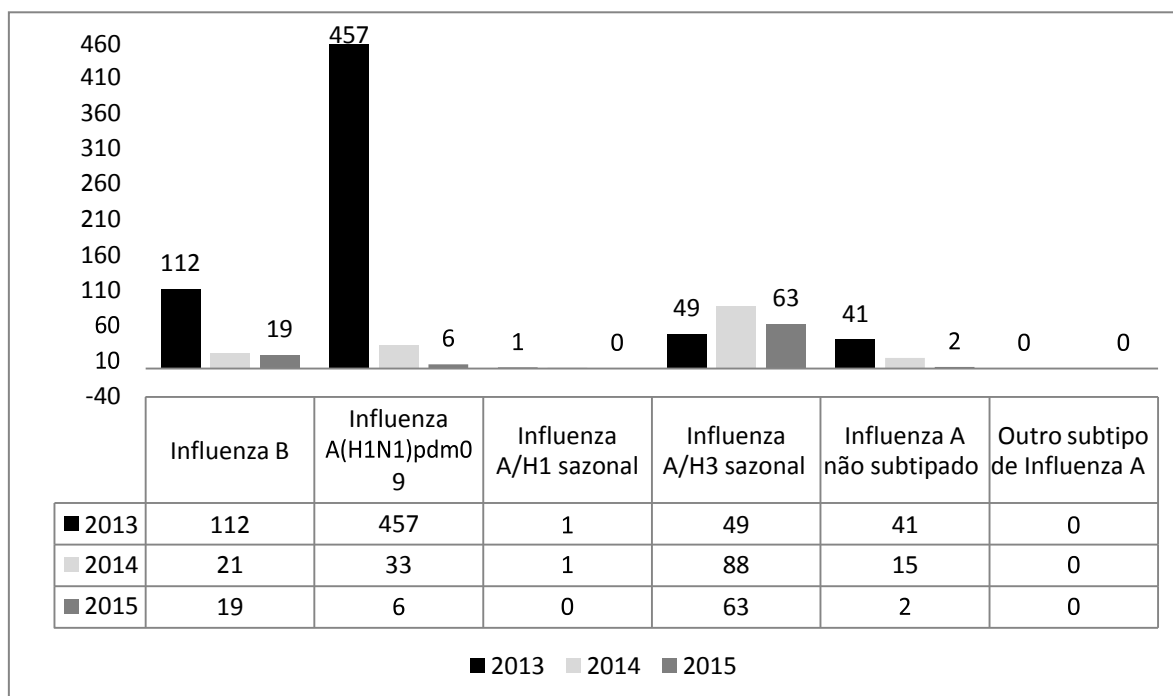
Fonte: Sinan Influenza on line, consulta em 29/04/2016. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 4 – Síndrome Gripal por outros vírus respiratórios, 2013 a 2015, Minas Gerais.



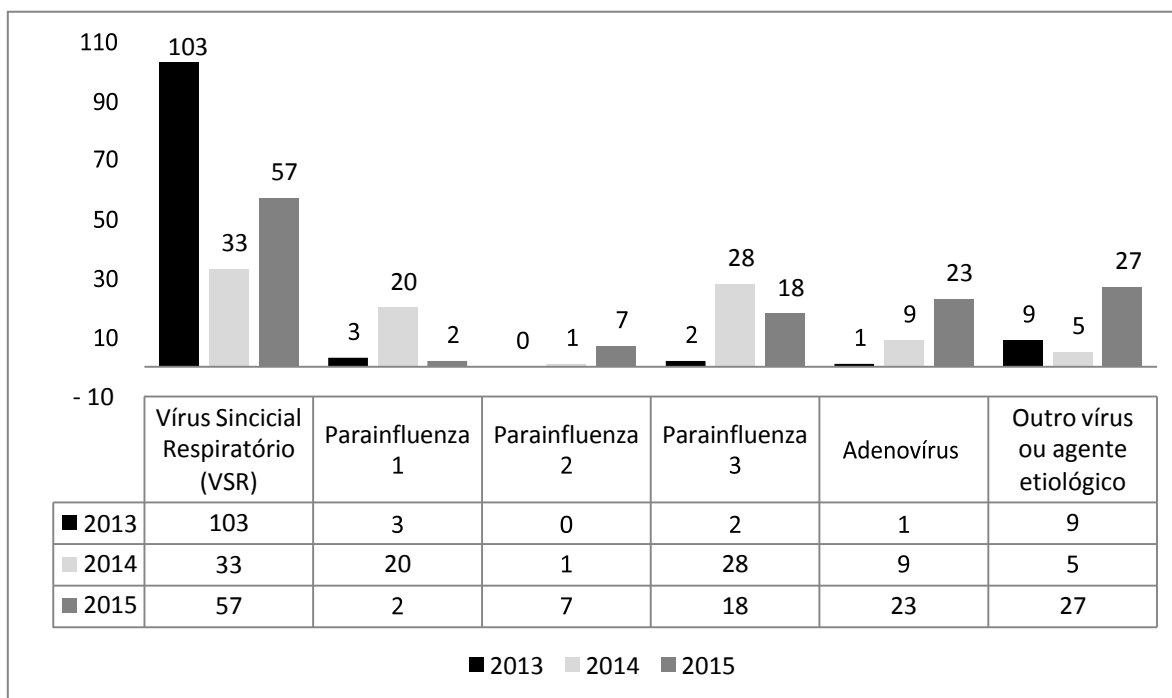
Fonte: Sinan Influenza on line, consulta em 29/04/2016. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 4 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, 2013 a 2015; Minas Gerais.



Fonte: Sinan Influenza on line, consulta em 29/04/2016. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 5 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por outros vírus respiratórios, 2013 a 2015; Minas Gerais.



Fonte: Sinan Influenza on line, consulta em 29/04/2016. Dados sujeitos a alterações.

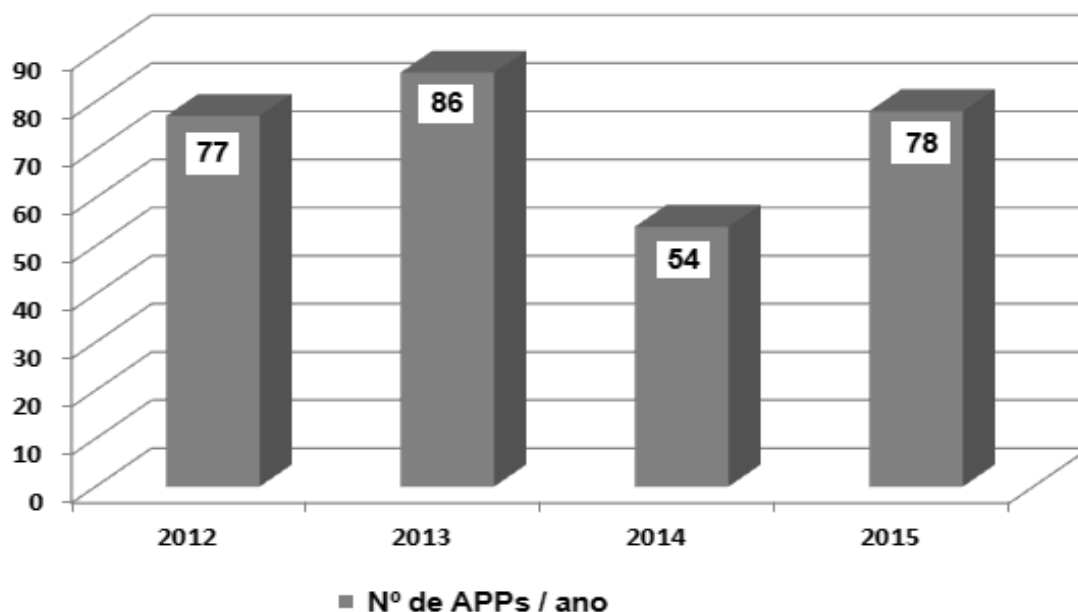
- Acidentes Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares explosivos(QBRNe)

Um grande número de substâncias químicas fabricadas e as numerosas fontes radioativas existentes para uso médico e industrial, somadas ao adensamento das populações nos centros urbanos, ilustram quão sensíveis estão às populações modernas as ameaças químicas, biológicas, radiológicas e nucleares (QBRN). Os incidentes/acidentes por agentes QBRN podem ocorrer como resultado de eventos adversos, provocados ou não, causando grande impacto material, ambiental e a saúde pública, resultando perdas sociais e econômicas. A resposta para tais situações precisa ser rápida, coordenada e integrada com diferentes atores. As equipes envolvidas na resposta devem ter capacidade para atender as situações que combinem elementos perigosos e, para isso, necessitam de estrutura, profissionais qualificados, equipamentos e um arcabouço de informações que darão suporte as operações de contramedidas e exames laboratoriais (BRASIL, 2014).

Os impactos decorrentes de uma emergência em saúde por agentes QBRN dependem do agente empregado e da dimensão alcançada do evento. Vale a pena ressaltar que os impactos a saúde não estão relacionados somente a segurança e a integridade física da população, mas também as questões psicológicas que podem ser desencadeadas, muitas vezes pela ameaça de uma emergência QBRN (FORTES, 2012).

A atribuição do setor saúde nesse contexto deve estar focada, principalmente, no desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde, no monitoramento ambiental e epidemiológico e na prestação de assistência médica (pré-hospitalar e hospitalar) na zona fria do evento. A principal atividade monitorada pela Secretaria de Estado da Saúde é o transporte/acidentes com produtos perigosos, devido à extensa malha rodoviária do estado. O gráfico 07 ilustra o número de acidentes com produtos perigosos ocorridos em Minas Gerais de 2012 a 2015.

Gráfico 6 – Número de acidentes com produtos perigosos (APP), de 2012 a 2015; Minas Gerais.



Fonte: SEMAD-MG – Comunicados de Acidentes, 2015.

Acidentes naturais e/ou antropogênicos

Eventos de origem natural, como terremotos, ciclones tropicais, tornados, vendavais, inundações, estiagem e secas tendem a se constituir em uma ameaça ou um perigo, podendo resultar em desastres quando houver ruptura do funcionamento normal de um sistema ou de uma comunidade, devido aos danos e efeitos ao bem-estar físico, social, mental, econômico e ambiental de uma determinada localidade (EIRD, 2005). O número de desastres no mundo por eventos climatológicos (seca, estiagem, ondas de calor e frio, chuvas de granizo e geadas) e hidrológicos (inundações bruscas e graduais, alagamentos e deslizamentos de terra) tem aumentado em intensidade e frequência nas últimas décadas, causando mortes e prejudicando a saúde física e mental das pessoas (WHO, 2012).

A *seca e estiagem* são algumas das principais ameaças de desastres naturais, principalmente quando associadas às condições precárias de subsistência e a vulnerabilidade socioeconômica de uma determinada população. A ocorrência de seca e estiagem causa, portanto, maiores impactos em regiões pobres ou em desenvolvimento, onde os fatores condicionantes e determinantes de saúde já se encontram comprometidas. Os desastres decorrentes de sua ação prolongada afetam, portanto, dezenas de milhões de pessoas, contribuindo para a fome, a pobreza e a desnutrição, causando também surtos de doenças infectocontagiosas e respiratórias, entre outros agravos, além de contribuir para migração de populações (UNITED NATIONS, 2007).

A tabela 12 ilustra o número de municípios que relataram a Defesa Civil-MG problemas relacionados à seca e/ou estiagem nos últimos anos. Observa-se o número crescente nos últimos anos.

Tabela 12 – Número de municípios com decretos publicados por seca e estiagem, por ano; Minas Gerais.

Ano	Estado de Calamidade Pública	Situação de emergência
2012	0	125
2013	1	146
2014	0	173
2015	0	176

Fonte: Defesa Civil – Minas Gerais. Atualizado em 04/04/2016, dados sujeitos a alterações.

Nas *inundações* ocorre o transbordamento de água da calha normal de rios, mares, lagos e açudes, ou acúmulo de água por drenagem deficiente. Podem ser classificadas em função do seu padrão evolutivo, como: enchentes ou inundações graduais, enxurradas ou inundações bruscas, alagamentos e inundações litorâneas. Na maioria das vezes, o incremento do fluxo de água é provocado por precipitações pluviométricas intensas e concentradas, pela intensificação do regime de chuvas sazonais ou pela saturação do lençol freático. O desastre associado à inundação tem como característica relevante à possibilidade de abranger uma grande área. A ocorrência de inundação de forma brusca figura-se entre os desastres que proporcionam maiores danos a saúde, podendo causar óbitos e traumas, ou alteração no comportamento das doenças, além de grandes prejuízos ao patrimônio público, ambiente e bens materiais individuais (BRASIL, 2014). A tabela 13 ilustra o número de ocorrências registradas por inundações no estado de Minas Gerais nos últimos anos. Observa-se comportamento diferenciado quando comparado com os decretos por seca e/ou estiagem.

Tabela 13 – Número de municípios com eventos registrados por inundações, de 2012- 2015; Minas Gerais.

Ano	Municípios
2012 /2013	87
2013 / 2014	136
2014 / 2015	24

Fonte: Defesa Civil – Minas Gerais. Atualizado em 04/04/2016, dados sujeitos a alterações.

Os *acidentes humanos ou antropogênicos* são aqueles provocados pelas ações ou omissões humanas. Relacionam-se com a atuação do próprio homem, enquanto agente e autor. Esses desastres podem produzir situações capazes de gerar danos à natureza, aos habitats humanos e a própria saúde. Normalmente, os desastres humanos são consequências de ações desajustadas geradoras de desequilíbrios no relacionamento sócio-econômicos e político entre os homens; ou de profundas e prejudiciais alterações em seu ambiente ecológico.

A atribuição do setor saúde envolve ações de preparação, monitoramento, alerta e resposta. O monitoramento dos riscos associados deve ser uma atividade contínua da Vigilância em Saúde para a emissão de alertas, a adoção de medidas necessárias para proteção de saúde da população vulnerável, minimização dos riscos e a continuidade da prestação dos serviços de saúde. Vale destacar que muitas das atividades a serem executadas competem a outras áreas e setores, sendo necessário a articulação intra e interinstitucional para definição de responsabilidades e atuação integrada.

Para ilustrar a importância do monitoramento de desastres por causas antropogênicas, no dia 5 de novembro de 2015, a barragem de Fundão, localizada na unidade industrial de Germano, no subdistrito de Bento Rodrigues, no Município de Mariana, na Região Central de Minas Gerais, se rompeu, causando uma enxurrada de lama e rejeitos de mineração que provocou a destruição do subdistrito, deixou 17 mortos, mais de 600 pessoas desabrigadas e desalojadas, milhares de pessoas sem água e gerou graves danos ambientais e socioeconômicos a toda a Bacia do Rio Doce.

A barragem, de responsabilidade da mineradora Samarco, possuía 55 milhões de metros cúbicos de rejeitos de minério, retirado de extensas minas na região, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA, que se espalharam pelo leito do Rio Doce, por 600 quilômetros, até chegar ao litoral capixaba, comprometendo com a qualidade de vida da população.

A **imunização** representa uma das medidas mais efetivas na prevenção de doenças, principalmente na faixa etária de zero a cinco anos de idade, por reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Muitas das doenças que assolavam o país nas três últimas décadas foram erradicadas ou estão sob controle graças à adoção destas medidas de imunização específica, tais como: poliomielite, doenças exantemáticas (sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita), varíola e a raiva humana.

Para o controle do repasse dos imunobiológicos dentro de Minas Gerais utiliza-se o Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES), responsável pelo fluxo e distribuição até os municípios e que se encontra em fase de descentralização, sendo que, até então, somente o Estado e as regionais de saúde o estão utilizando em sua plenitude.

Em 2015, 812 municípios (95,19%) do Estado de Minas Gerais estavam utilizando o SIPNI desktop, com a digitação da vacinação e exportação dos dados para alimentação do banco no nível federal. Essa alimentação de dados na esfera municipal permite a extração dos dados e análise da situação do estado em seus diversos cenários: qualidade dos recursos humanos empregados, infraestrutura das salas de vacinas e redes de frio, através das notificações registradas.

A tabela 10 se refere a quantidade de doses distribuídas e aplicadas no estado no ano de 2015 por Imunobiológico. A diferença existente entre os dados registrados em doses aplicadas e distribuídas pelo Estado reflete três situações importantes: a dificuldade de adesão dos municípios em alimentar sistematicamente os dados referentes à distribuição das vacinas recebidas, bem como perdas técnicas e perdas físicas.

Tabela 14 - Doses distribuídas e aplicadas por Imunobiológico, Minas Gerais, 2015.

Imunobiológico	Distribuídas	Aplicadas
BCG (BCG)	782.600	261.546
Dupla Adulto (dT)	1.201.510	1.085.911
Febre Amarela (FA)	3.247.040	572.894
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	3.826	1.013
Hepatite A (HA)	238.665	259.601
Hepatite B (HB)	2.157.740	731.540
HPV	728.850	618.728
Influenza (INF)	5.350.610	4.056.144
Meningocócica Conjugada - C (MncC)	779.145	771.404
Oral de Rotavírus Humano (VORH)	518.230	523.775
Pentavalente (DTP+HB+Hib) (PENTA)	853.945	789.892
Pneumocócica 10valente	1.035.739	1.025.015
Pneumocócica Polissacarídica 23 Valente (Pn23)	33.243	5.994
Poliomielite	4.263.495	2.305.747
Tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela)	148.251	138.187
Tríplice Acelular (DTPa)	206.435	273.337
Tríplice Bacteriana (DTP)	818.060	355.918
Tríplice Viral (SCR)	1.320.510	433.853
Varicela	71.722	50.221
Total	23.759.616	14.260.720

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

Os imunobiológicos percorrem um longo caminho até chegar a sua unidade de destino para ser disponibilizada à população. O PNI determina que os Imunobiológicos devam estar acondicionados em temperatura adequada desde o laboratório fabricante até o momento em que a vacina é administrada. Sendo um produto com particularidades bem definidas, são necessários cuidados específicos para garantir sua qualidade e eficácia.

O PNI define perdas físicas de vacina por quebra de frasco, falha do equipamento de refrigeração, problemas no transporte, armazenamento inadequado na caixa térmica, falta de energia elétrica e procedimento impróprio. As perdas técnicas são definidas como: perda por validade do frasco após aberto

e validade do fabricante.

No que se refere as perdas técnicas, as vacinas podem ficar inutilizáveis pela ruptura do frasco onde está armazenada, o que torna impossível a retenção do medicamento para uso futuro, uma estratégia orientada afim de reduzir essas perdas por frascos seria vacinações programadas. No entanto, dados analisados das notificações de Imunobiológicos expostos à temperatura inadequada nos mostram que as causas mais frequentes estão relacionadas a perdas físicas de vacinas. É necessário que o profissional que atue em sala de vacina seja treinado e realize periodicamente cursos de atualizações profissionais.

O setor de Vigilância Epidemiológica tem como estratégia oferecer treinamentos, buscando preparar os profissionais para avaliar as condições de armazenamento dos Imunobiológicos e verificar se estão em temperatura adequada para o uso ou não. Uma das formas que tem contribuído com essa iniciativa é empoderar as regionais a implantar de forma sistemática atividades de supervisão, monitoramento e avaliação nas salas de vacinas com intuito de conhecer a realidade do município afim de que possamos trabalhar em equipe, organizar estratégias de educação permanente que provavelmente proporcionarão o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais. Essa iniciativa com potencial de mudança visa assegurar a qualidade das vacinas e a imunização da população com certeza da eficácia dos Imunobiológicos, além da conscientização que os custos dessas perdas poderiam beneficiar outras áreas importantes.

Em 2015, as coberturas de rotina em menores de um ano de idade com as vacinas BCG, contra a poliomielite, pentavalente e tríplice viral (D1), mostram-se elevadas, alcançando resultados acima da meta de 95% (Tabela 12).

Os dados referentes às vacinas de reforço não atingiram a meta específica (em menores de 02 anos). Os dados consolidados ainda passam por análise pelo Ministério da Saúde, sendo até então liberados como dados parciais. Entretanto, os dados da cobertura vacinal podem refletir o panorama no qual o Estado e o país passaram por desabastecimento de algumas vacinas, prejudicando os altos índices como, por exemplo, para a vacina Tetra Viral. Apesar do registro de aplicação de mais de 93% da Tetra viral, o quantitativo distribuído pode não ter sido próximo à quota anual necessária para a imunização da população. Assim, na análise geral, as taxas de coberturas mais baixas ou número de doses registradas maior que o número de doses distribuídas podem ser influenciados tanto pelo recebimento da quota anual necessária, bem como pelo estoque anterior que não foi contabilizado na tabela acima.

Tabela 15 - Coberturas Vacinais em menores de 02 anos de idade por tipo de vacinas, 2015.

Vacina	População	Doses	Cob. %	Meta %
BCG	258.567	261.140	101,00	90,0
DTP REF	258.567	232.895	90,07	95,0
Febre Amarela	258.567	232.375	89,87	100,0
Hepatite A REF	258.567	256.023	99,02	95,0
Meningite C	258.567	263.579	101,94	95,0
Meningo C REF	258.567	235.805	91,20	95,0
Pentavalente	258.567	256.650	99,26	95,0
Pneumo10v REF	258.567	240.314	92,94	95,0
Pneumocócica 10 V	258.567	257.307	99,51	95,0
Poliomielite	258.567	247.829	95,85	95,0
Poliomielite REF	258.567	215.521	83,35	95,0
Rotavírus Humano	258.567	258.508	99,98	90,0
Tetra Viral (1)	258.567	138.100	53,41	95,0
Tríplice Viral D1	258.567	254.930	98,59	95,0
Tríplice Viral D2 (1)	258.567	183.053	70,80	95,0

1 - Devido a falta da vacina Tetraviral, foi utilizada a vacina Tríplice Viral + Varicela Monovalente em crianças de 01 ano de idade

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) - Acesso em 08/04/2016

Na avaliação do período de 2013 a 2015, verifica-se um nível de regularidade na cobertura das vacinas de rotina em menores de um ano de idade como as vacinas BCG, contra a poliomielite, penta valente e tríplice viral (D1).

Observa-se que vacinas como Tetra Viral, reforços de Poliomielite, Pneumocócica 10 valente não atingiram a meta e ainda apresentaram queda nas taxas de cobertura ao longo dos anos.

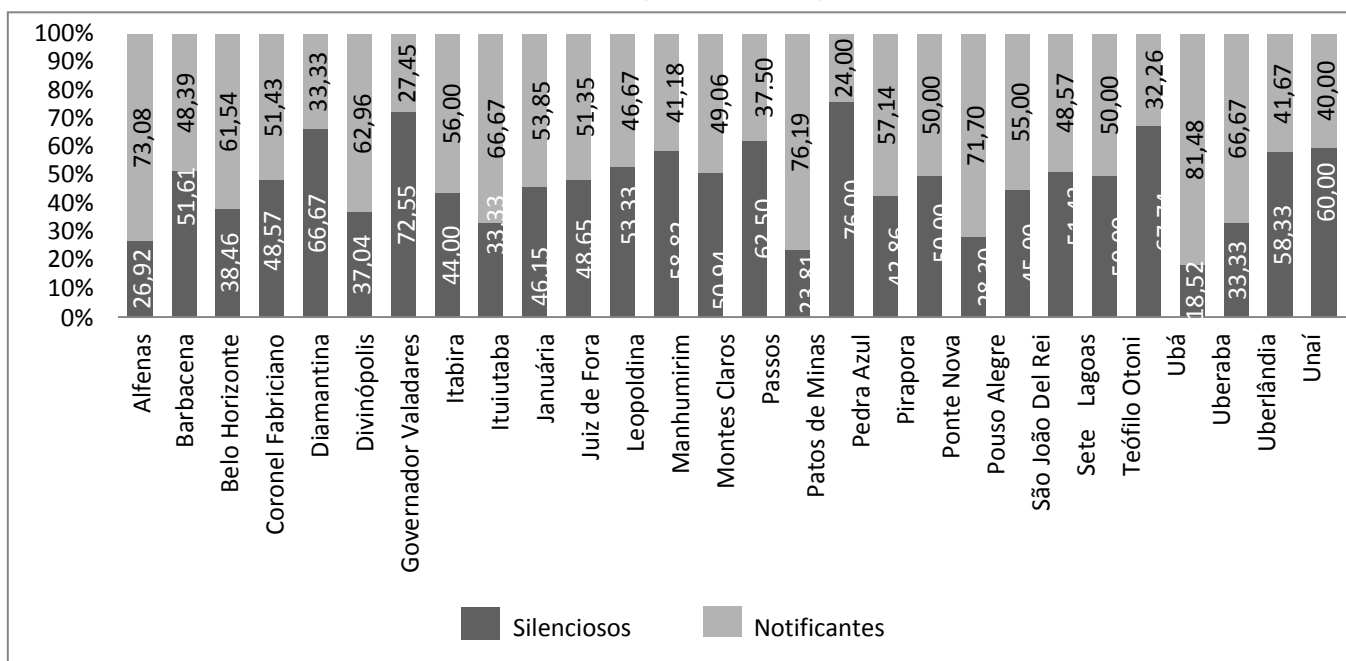
O **Sistema de Vigilância em Eventos Adversos Pós-Vacinais (SVEAPV)** tem a finalidade de monitorar a segurança das vacinas e investigar oportunamente casos suspeitos de reações adversas, para desenvolvimento de medidas adequadas.

No ano de 2015, 2755 casos foram registrados. Destes 240 casos relacionados a Erros de Imunização (8,71%), 59 casos a Erro de Imunização com EAPV Associado (2,14%), 335 casos classificados como graves (12,16%) e 2121 casos classificados como Não-graves (77%), o que configura MG como o estado com mais notificações absolutas no país. Abaixo, a tabela mostra a distribuição do número de notificações por regional de saúde e tipo de eventos registrados em

2015.

Verifica-se que 417 municípios não notificaram nenhum caso de EAPV. Esse dado não reflete a falta de notificações reais de cada regional de saúde no Estado, mas poderia englobar a questão da subnotificação, o que é preocupante, dentro de cada regional de saúde. A figura abaixo mostra a porcentagem de municípios notificantes e silenciosos dentro de cada regional de saúde no ano de 2015.

Figura 15: Percentual de municípios silenciosos, sem nenhuma notificação de EAPV por Unidade Regional de Saúde, Minas Gerais, 2015.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI online) Acesso em 01/04/2016

O levantamento de dados para o ano de 2015 mostra que avanços necessitam ser feitos para melhorar a adesão dos municípios à alimentação das bases de informação. Apesar dos esforços para a implantação e descentralização dos sistemas, essa adesão não é homogênea no Estado e a qualidade da informação inserida pode refletir nas análises da gestão da informação de saúde. Tais dados fortalecem a compreensão da vigilância epidemiológica como componente estratégico para a manutenção de elevados níveis de adesão à vacinação, à medida que é um dos instrumentos indispensáveis de garantia da segurança e confiabilidade de um programa de imunização.

- Doenças e Agravos Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (**DCNT**), como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, produzem significativo impacto socioeconômico, uma vez que a assistência às doenças crônicas gera elevado custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, um adequado controle destas doenças é essencial ao bom desenvolvimento dos indivíduos e das sociedades.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no ano de 2013, mostrou que, no total da população residente em Minas Gerais, 24% afirmou ter diagnóstico médico de hipertensão arterial, correspondendo a 5.008.584 pessoas. O percentual de mulheres hipertensas (28%) é maior do que o de homens (19,5%) e

aumenta com a idade: 21,2% para a população de 30 a 59 anos de idade e 58,8% na população de 65 anos ou mais de idade.

Quanto à diabetes mellitus a PNS mostrou que, no total da população residente em Minas Gerais, 6,4% afirmou ter diagnóstico médico de diabetes mellitus, correspondendo a 1.335.622 pessoas. O percentual de mulheres diabéticas (7,1%) é maior do que o de homens (5,5%) e aumenta com a idade: 4,7% para a população de 30 a 59 anos de idade e 26,8% na população de 65 anos ou mais de idade.

Dessa forma a atenção voltada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) deve ser intensificada e, também, contínua, pois além de todos os impactos orgânicos, o impacto financeiro é importante na medida em que o custo econômico dessas condições é muito alto, acumulado às consequências negativas relativas ao processo de trabalho e qualidade de vida que também ficam prejudicados.

A **violência**, nos últimos anos, vem se apresentando como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Sabe-se que se trata de um fenômeno socio-histórico que faz parte da experiência humana há longo tempo, afetando não somente a saúde individual, mas também a coletiva. As expressões da violência que ocorrem no Brasil são muito complexas, envolvendo questões sociais, culturais, familiares e individuais.

A partir de 2006, em consonância com a legislação vigente (Estatuto da Criança e Adolescente, Lei Federal no 10.778/03 e Lei Estadual no 10.498/03), foi implantado o sistema de notificação de violências doméstica, sexual e outras, que se tornou universal em 2009. A Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, assim como o instrutivo, foram revisados em 2014, tornando-se de notificação intersetorial e abrangendo o racismo, sexismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, e outros grupos populacionais: população LGBT, pessoas com deficiência, indígenas e pessoas em situação de rua.

Em relação ao perfil das notificações no ano de 2015, a análise das 44.830 notificações registradas mostrou a predominância do sexo feminino, com 31.189 casos (69,6% do total), enquanto as notificações no sexo masculino foram 13.637 (30,4% do total). Segundo sexo e faixa etária observa-se o maior número de notificações (58,1%) para ambos os sexos entre 20 a 49 anos de idade. Cabe ressaltar que as notificações entre crianças e adolescentes menores de 19 anos representaram 28,3% do total. Com relação ao preenchimento do campo raça/cor, foi identificado um elevado percentual (15,15%) de campo em branco ou ignorado. Considerando a insuficiência explicativa das categorias presentes no campo raça/cor para o fenômeno da violência, será utilizada a categoria “negro”, somando-se “pardos” e “pretos”, e assim, obtém-se 50,01% dos casos notificados para essa categoria para o ano de 2015.

Tabela 16 - Proporção de casos notificados de violência, por tipo de violência, considerando as regiões ampliadas de saúde, 2015.

Região Ampliada de Saúde	População Residente - Estimativas para o TCU 2015	Lesão auto provocada	Física	Psico/moral	Tortura	Sexual	Tráfego de seres humanos	Financeira /Econômica	Negligência /Abandono	Trabalho Infantil	Intervenção Legal
Centro	6528740	128,6	416,2	120,7	14,5	84,2	0,4	4,7	24,3	0,7	1,5
Centro Sul	784283	168,8	889,5	277,7	33,7	44,1	1,3	7,9	12,5	0,5	2,0
Jequitinhonha	389039	55,8	480,4	171,4	22,6	85,1	0,8	7,7	26,2	0,8	1,5
Leste	1530013	92,2	419,9	160,4	15,8	69,0	0,4	10,2	30,4	2,1	1,8
Leste do Sul	697416	170,3	1028,2	652,0	36,9	103,1	0,3	70,1	22,8	0,3	3,6
Nordeste	842554	98,3	720,0	245,8	37,1	45,7	0,4	11,6	39,8	1,4	1,8
Noroeste	695638	123,2	944,5	140,9	17,7	49,9	0,7	4,5	7,0	0,4	1,9
Norte	1670268	82,6	689,3	208,8	32,7	72,0	1,0	6,3	18,9	1,2	2,3
Oeste	1266025	274,4	732,7	196,6	23,9	32,5	0,6	7,7	15,2	0,9	3,0
Sudeste	1660844	126,0	546,0	187,2	12,5	98,2	0,5	7,9	25,5	2,3	1,9
Sul	2771764	218,5	926,2	323,1	28,5	49,6	0,3	8,9	27,0	0,8	3,1
Triângulo do Norte	1271462	159,4	450,8	205,6	19,9	90,8	0,0	1,9	76,8	0,2	1,5
Triângulo do Sul	761055	289,3	894,7	385,5	53,3	119,0	1,1	16,8	51,5	1,4	3,0

Fonte: CDANT/DVDCANT/SESMG/VIVA/SINAN/MS

As notificações segundo os diferentes tipos de violência no ano de 2015 mostram que a violência física isolada foi predominante, respondendo por 62,8% dos casos. O segundo lugar foi ocupado pela psicológica, que responde por 24,5% dos casos. O terceiro lugar foi ocupado pela violência sexual isolada, responsável por 5,6% das notificações com maior proporção para o sexo feminino perfazendo 85,5%. Seguiu-se por outras violências com 7,3% e negligências 3,2%.

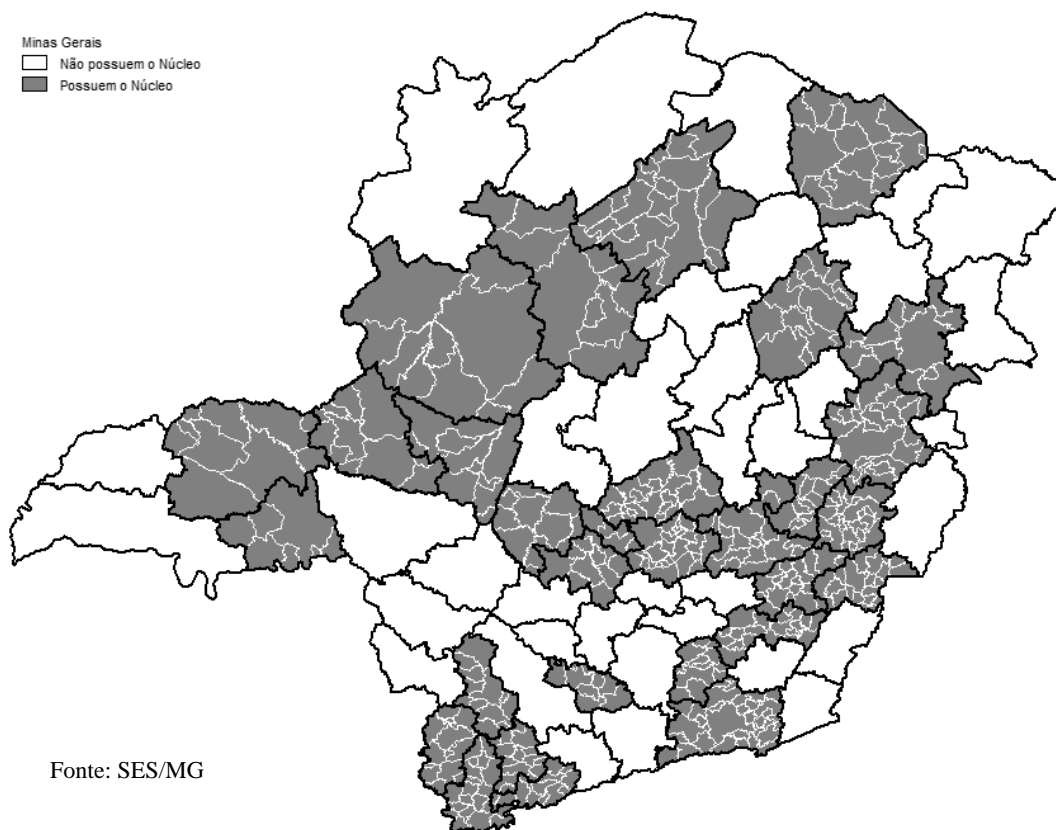
As notificações apresentadas referentes ao local de ocorrência para o mesmo ano são de 74,4% ocorridas na residência, seguido de 20,0% na via pública e 4,6% em outros locais.

O trabalho de enfrentamento às violências contempla a notificação, acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

Os **Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz** é uma das estratégias estimuladas para o enfrentamento da violência em nível local. Os núcleos possuem um caráter intersetorial, e a diretoria possui uma metodologia que orienta os municípios na instituição e manutenção dos mesmos. A finalidade de discutir assuntos referentes à prevenção da violência e promoção da cultura da paz no âmbito local, e articular a rede de proteção às pessoas em situação de violência no município.

A figura abaixo apresenta o atual cenário dos Núcleos em Minas Gerais, cuja intensificação na criação dos mesmos se deu também a partir da implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Figura 14: Cenário dos Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz em Minas Gerais em 2015.



São 54 Núcleos¹ Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz criados por meio de metodologia específica, contemplando todas as RAS do Estado, o que aponta para a criação da Rede Estadual de Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz de Minas Gerais. A principal atribuição dos Núcleos é a articulação de redes intersetoriais de cuidado e de proteção social para o enfrentamento à violência nos territórios e garantia de direitos de cidadania das pessoas em situação de violência, qualificando as práticas de atenção à saúde segundo as dimensões do cuidado.

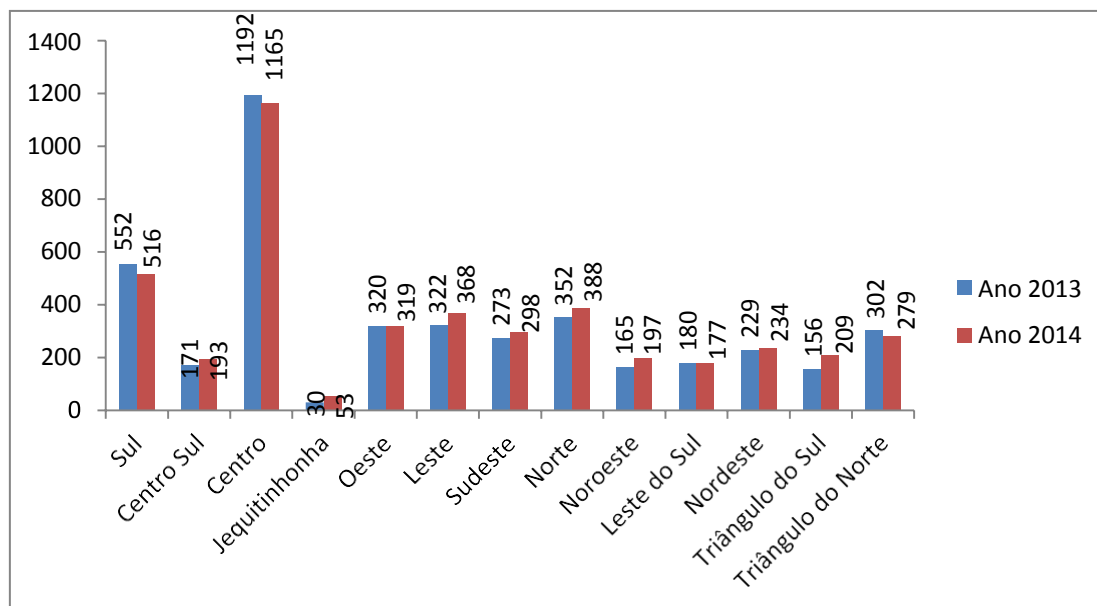
Os acidentes de trânsito constituem um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de óbito no Brasil, e o Estado de Minas Gerais acompanha essa tendência. Os acidentes também provocam vários tipos de lesões, causando sequelas graves e incapacitação. Alguns cuidados são importantes, ou até mesmo suficientes para prevenir ou minimizar esse tipo de agravo, como o uso de cintos de segurança, para os ocupantes de automóvel, van, táxi ou ônibus rodoviários intermunicipais, e o uso de capacete para os ocupantes de motos (motociclistas e garupas). Segundo dados regionalizados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a proporção das pessoas com 18 anos ou mais de idade que usavam cinto de segurança no banco da frente quando andavam de automóvel, van ou táxi, foi de 86,5% para a região sudeste. Esse dado aponta para a necessidade de que o hábito de usar o cinto de segurança seja estendido para a sua utilização pelos ocupantes do banco de trás dos veículos. Homens e mulheres apresentaram percentuais semelhantes, que aumentam à medida que se eleva o nível de instrução.

Também de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a proporção de pessoas que sempre usavam capacete quando dirigiam motocicleta, na população de 18 anos ou mais de idade foi de 90,4%, na região sudeste. Ainda representa um desafio que esse hábito seja mais desenvolvido na população residente em área rural.

Para Minas Gerais, observando-se a distribuição dos óbitos relacionados a acidente de transporte segundo Região Ampliada de Saúde (Figura 16), verifica-se que, em 2013, a Região Ampliada Centro tinha 28% dos casos, seguida da região ampliada Sul com 13%. Em 2014, as mesmas regiões ampliadas de saúde Centro e Sul foram as que tiveram maior percentual com 27,4% e 16,2%, respectivamente.

¹ Alterosa, Andradas, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Bom Despacho, Cambuí, Capelinha, Caratinga, Carmo do Paranaíba, Cláudio, Contagem, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Extrema, Governador Valadares, Ibirité, Igarapé, Inhapim, Ipatinga, Itabira, Itajubá, Itaúna, Jacutinga, João Pinheiro, Juiz de Fora, Lagamar, Lavras, Manhuaçu, Monte Sião, Montes Claros, Pará de Minas, Paracatu, Paraisópolis, Patos de Minas, Poços de Caldas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Rio Paranaíba, Santa Margarida, Santa Rita do Sapucaí, São Gonçalo do Abaeté, São Gotardo, São Joaquim de Bicas, Serra do Salitre, Sete Lagoas, Taiobeiras, Teófilo Otoni, Uberaba, Uberlândia, Varjão de Minas, Várzea da Palma, Vazante, Viçosa

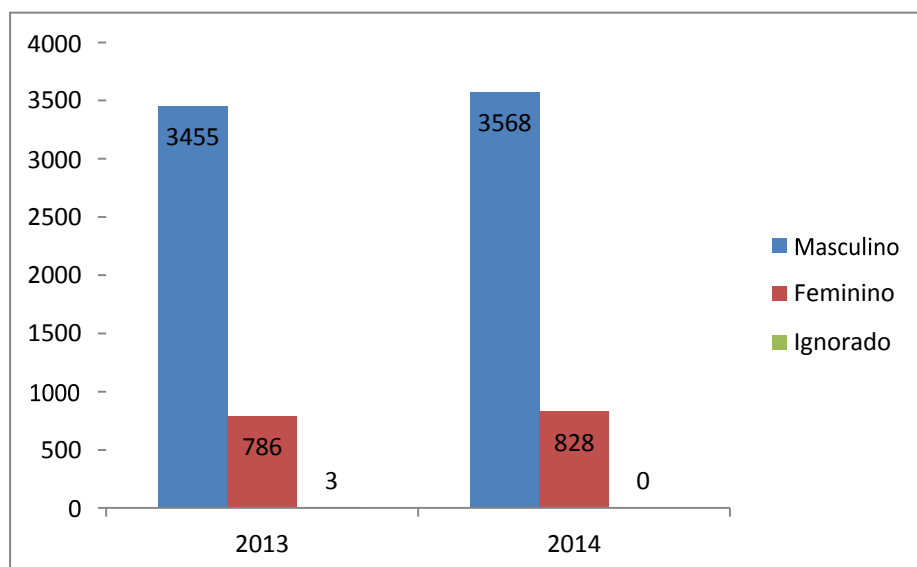
Figura 16: Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Região Ampliada de Saúde. Minas Gerais, 2013-2014



Fonte: SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Ao analisar a figura 17 verifica-se que o sexo masculino apresenta um maior número de mortes por acidentes de trânsito terrestre com 81,5% dos óbitos para 2013 e 81,1% para 2014.

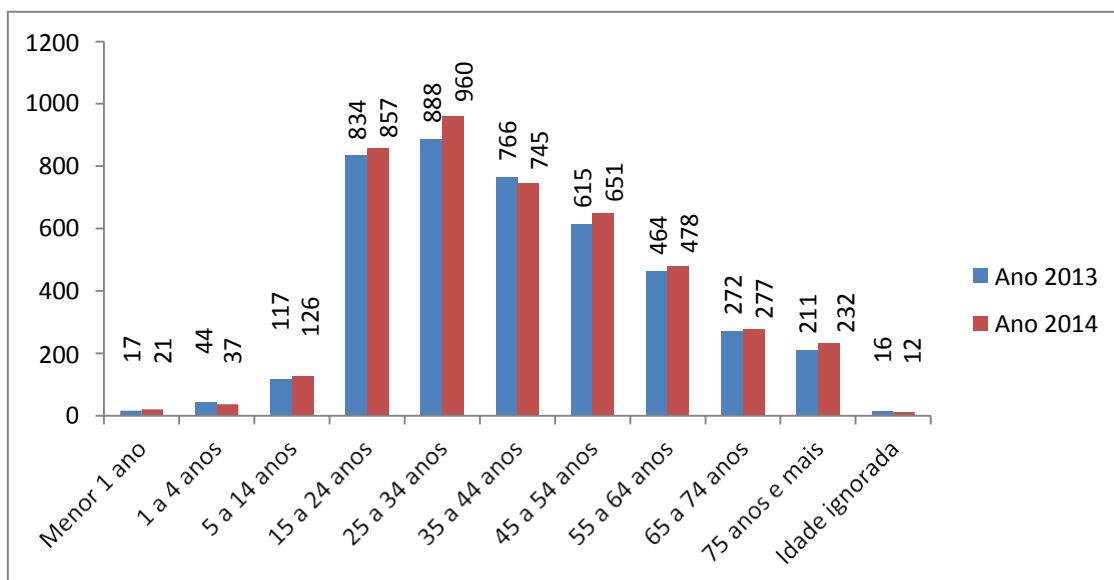
Figura 17: Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Sexo. Minas Gerais, 2013-2014.



Fonte: MS/SVS/CGIAE/ SIM

A figura abaixo apresenta a distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo faixa etária, tanto no ano de 2013 quanto no ano de 2014 a faixa etária que apresentou maior número de óbitos foi de 25 a 34 anos com 21% e 22% respectivamente, seguida da faixa etária de 15 a 24 anos com 20% dos óbitos em 2013 e 19,4% em 2014.

Figura 18: Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Faixa Etária. Minas Gerais, 2013-2014.



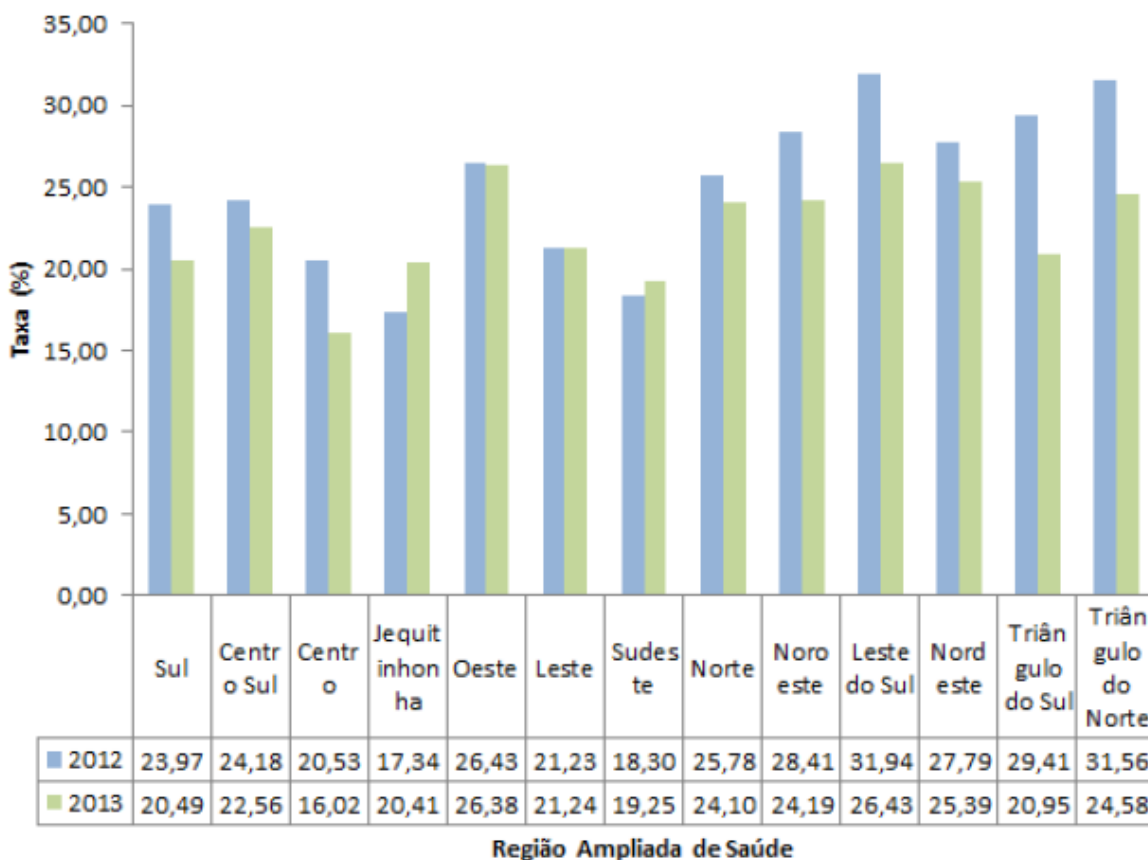
Fonte: SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG.

Ao se analisar a figura 19, que apresenta a taxa de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, segundo Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais (RAS) para o período 2014-2015, observa-se que em todas as regiões ampliadas houve declínio, exceto nas regiões ampliadas Norte, Nordeste e Triângulo do Norte.

A região ampliada de saúde que apresentou o maior a taxa de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, para o ano de 2014, foi a Nordeste, seguida pela região ampliada Leste do Sul.

A RAS que apresentou o maior a taxa de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, para o ano de 2015, foi a Nordeste, seguida pelas regiões Leste e Leste do Sul.

Figura 19: Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, segundo Região Ampliada de Saúde. Minas Gerais, 2014-2015.



Fonte: SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG: Banco de Dados 19/09/2014.

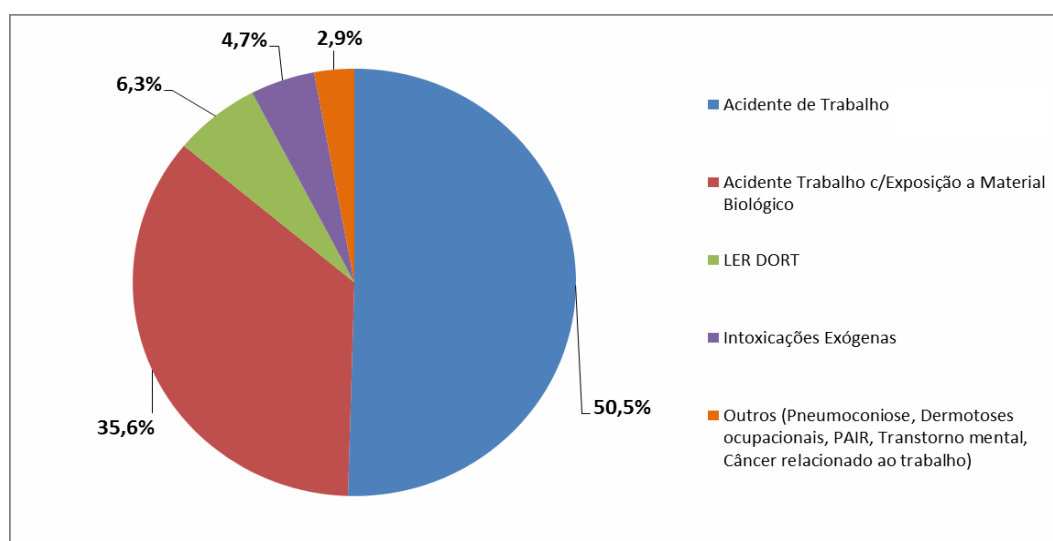
Nota: Dados de 2014 a 2016 atualizados em 22 de agosto de 2016, portanto sujeitos a alterações.

Por fim, ressalta-se a importância de se requerer investimentos públicos em ações educacionais voltadas para a população, com o objetivo de elevar a consciência cidadã a respeito da circulação nas vias públicas para a construção de uma sociedade que valorize o respeito em relações mais solidárias no sentido de se construir uma cultura de paz no trânsito.

As doenças e agravos de notificação de interesse da **Vigilância em Saúde do Trabalhador** que são comumente alvo da vigilância em saúde do trabalhador (DANVISAT) são: i- acidente de trabalho com exposição a material biológico, ii- acidente de trabalho (fatal, grave e em crianças e adolescentes), iii- câncer relacionado ao trabalho, iv- dermatoses ocupacionais, v- lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), vi- perda auditiva induzida por ruído (PAIR) relacionada ao trabalho, vii- pneumoconioses relacionadas ao trabalho, viii- transtornos mentais relacionados ao trabalho e ix- intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho.

No estado de Minas Gerais, em 2015, foram notificados no SINAN 19.279 casos. Cerca de 97,0% são de acidentes de trabalho, com exposição a material biológico, intoxicações exógenas e LER/DORT.

Figura 20: Percentual de notificações no SINAN das doenças/agravos de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais, 2015.



Fonte: SINAN– Acesso: 06 de abril de 2016

Os faxineiros apresentaram uma grande frequência de DANVISAT no SINAN, estando entre as cinco ocupações mais notificadas em acidente com exposição a material biológico, acidente de trabalho, dermatose ocupacional, LER/DORT, intoxicação exógena e transtorno mental. Os trabalhadores da construção civil, pedreiros e/ou serventes de obras, só não estiveram presentes em acidente com material biológico, transtorno mental e intoxicação exógena (Tabela 17).

Tabela 17 - Ocupações mais comumente encontradas entre as 5 mais notificadas nos DANVISAT, as suas frequências e os respectivos agravos.

Ocupação	Frequência	DANVISAT
Faxineiro	6	Acidente com material biológico, acidente de trabalho, dermatose ocupacional, LER/DORT, intoxicação exógena e transtorno mental.
Pedreiro	5	Acidente de trabalho, câncer relacionado ao trabalho, dermatose ocupacional, LER/DORT e PAIR.
Empregado Doméstico nos Serviços Gerais	3	Dermatose ocupacional, LER/DORT e intoxicação exógena.
Trabalhador Agropecuário em Geral	3	Acidente de trabalho, câncer relacionado ao trabalho e intoxicação exógena.
Servente de Obras	3	Acidente de trabalho, dermatose ocupacional e pneumoconiose.
Alimentador de Linha de Produção	3	LER/DORT, PAIR e transtorno mental.
Técnico de Enfermagem	2	Acidente com material biológico e dermatose ocupacional.
Agente Comunitário de Saúde	2	Câncer relacionado ao trabalho e transtorno mental.
Motorista de Caminhão (Rotas Regionais e Internacionais)	2	Acidente de trabalho e PAIR.

Fonte: SINAN– Acesso: 06 de abril de 2016

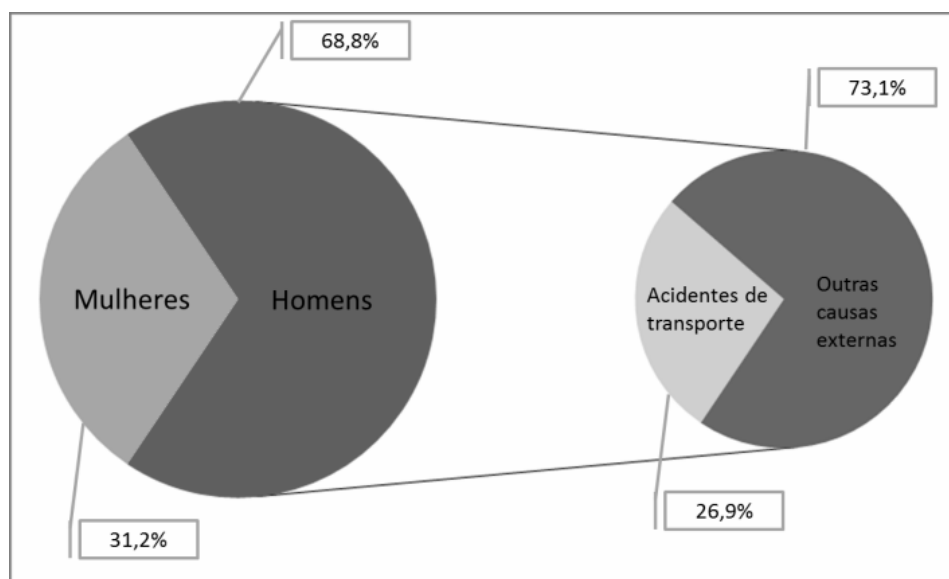
O trabalho é paradoxal, pois, apesar de ser uma grande causa de adoecimento e ocasionar perdas humanas e materiais, inclusive por gastos públicos em saúde, é uma atividade inerente da condição humana capaz de gerar produtos, ganhos econômicos e bem-estar.

Um dos danos humanos, econômicos e materiais ocasionados pelo trabalho são as internações hospitalares. Em 2015, no Estado de Minas Gerais, registraram-se 124.587 internações no SUS relacionadas a causas externas, nelas estão incluídos os fatores relacionados ao trabalho.

Dentre as causas externas, verificou-se que o acidente de transporte (CID 10 V01-V99, por exemplo, acidentes envolvendo pedestres, ciclistas e motoristas) é um dos maiores motivos de internação hospitalar, representando 18,7% dos casos registrados no SIH/SUS em Minas Gerais no ano de 2015. No entanto, o grupo de “outras causas externas” (CID 10 W00-X59), incluindo quedas de edifício, contato com maquinaria agrícola ou acidente com animais peçonhentos, foram mais de 60% dos casos.

Quando se estratificou por sexo as duas maiores causas de internação por causas externas (acidente de transporte e outras causas externas), identificou-se que os homens são a maioria dos casos.

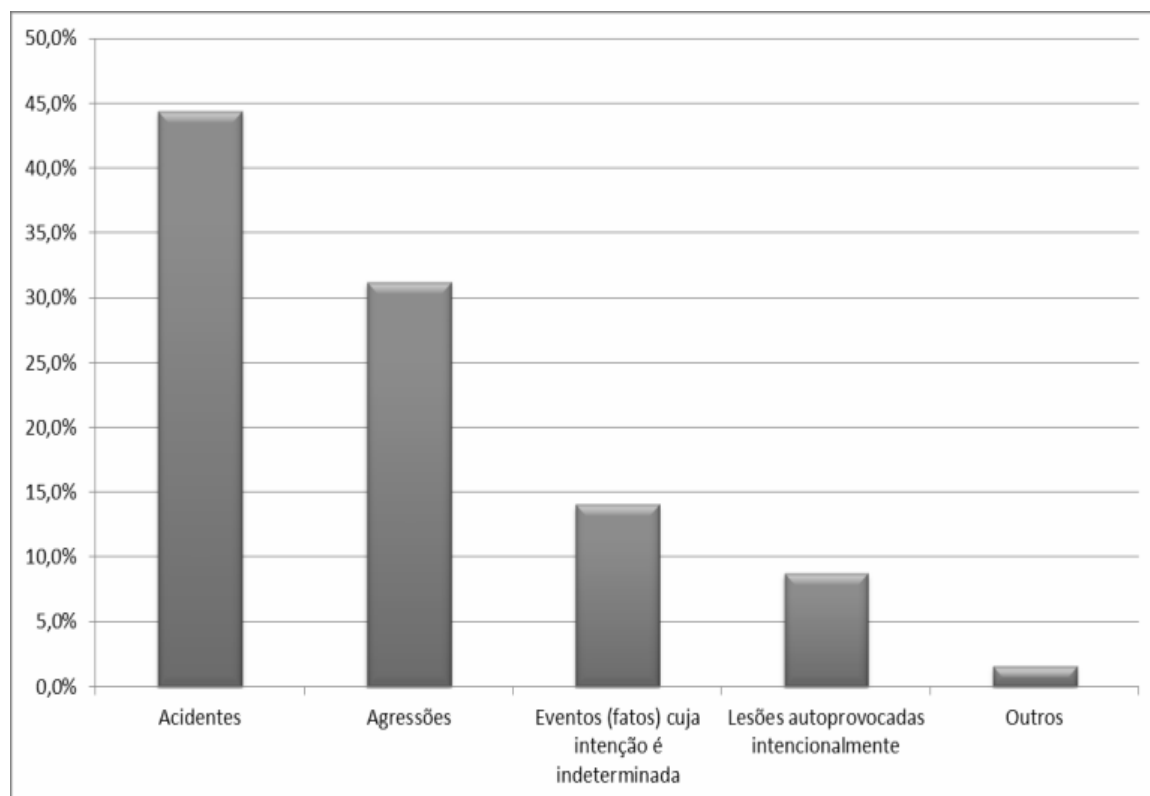
Figura 21: Percentual de internação hospitalar, por sexo em Minas Gerais (2015), pelos dois maiores motivos de causas externas e a estratificação do sexo masculino.



Fonte: SIH/SUS – Acesso 05/04/2016.

No Estado de Minas Gerais, em 2015, foram registrados 13.634 óbitos por causas externas, sendo a maior parte (75,6%) por acidentes ou agressões. Entretanto, observou-se que quase 15% foram classificados como “eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada” (figura 21), isto é, casos em que os fatos e informações disponíveis são insuficientes para permitir que as autoridades médicas ou legais façam a distinção entre um acidente, uma lesão auto-infligida ou uma agressão (BRASIL, 2016).

Figura 22: Frequência relativa (porcentagem) dos óbito por causas externas de acordo com os Grupos CID-10, Minas Gerais, 2015.

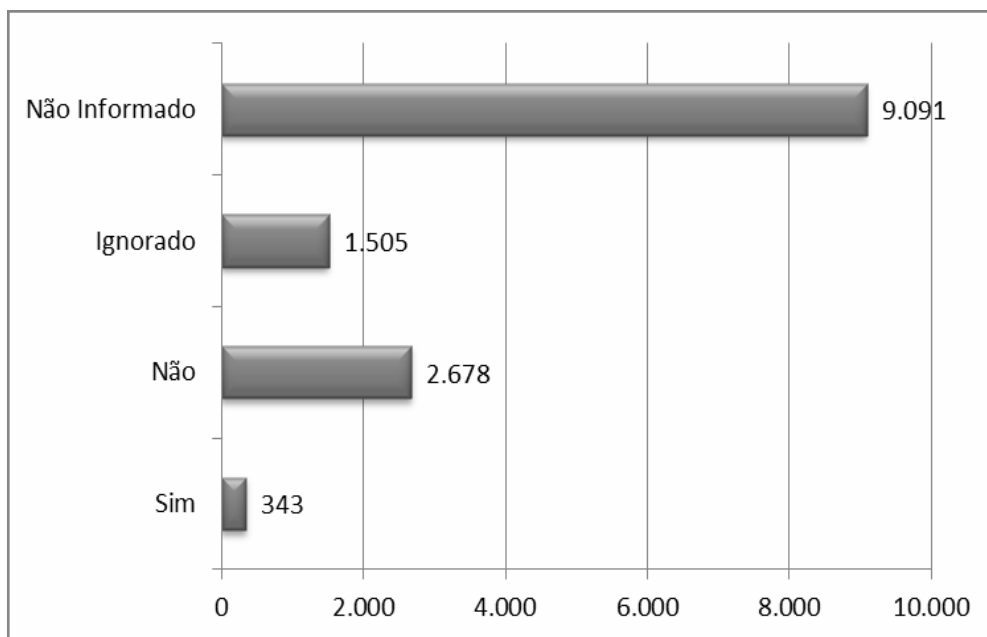


Fonte: SIM - Acesso: 05 de abril de 2016

Do total de óbitos, apenas 343 (2,2%) foram registrados como relacionados ao trabalho, sendo a maioria considerada acidente de transporte ou outras causas externas (94,8%). Quando se compara apenas com o acidente de trabalho, notificado pelo SINAN, no mesmo local e ano, observa-se um acréscimo de óbitos (415), devendo ser salientado que não estão sendo consideradas as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, que podem ocasionar mortes e também são consideradas causas externas. Ademais, identificou-se no SINAN que os óbitos são o desfecho de apenas 4,4% dos acidentes de trabalho registrados, a maior proporção resulta em incapacidade temporária (67%) e em aproximadamente 8% essa informação não está disponível (ignorada/embranco).

No SIM, verificou-se a proeminente ausência dos dados que relacionam o óbito por causa externa ao acidente de trabalho. Do total de 13.634 óbitos, em mais de 10.500 o acidente de trabalho foi registrado como “não informado” ou “ignorado”.

Figura 23: Frequência absoluta (número de casos) dos óbitos por causas externas e a sua relação com o trabalho (Minas Gerais, 2015).



Fonte: SIM - Acesso: 05 de abril de 2016

O direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis, com dignidade, promove a qualidade de vida e a saúde das pessoas. Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, entretanto, também podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, do presente ou do passado. Foi possível perceber a subnotificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Portanto, é de suma importância sensibilizar os trabalhadores, movimentos sociais, equipes de saúde e o restante da população, de modo a fortalecer a saúde do trabalhador, desde a promoção à reabilitação. Nesse cenário, inclui-se a vigilância em saúde, grande fornecedora de subsídio para o enfrentamento e mudança da realidade.

A **vigilância da qualidade da água para consumo humano** visa avaliar e gerenciar os riscos à saúde relacionados ao abastecimento de água, com o intuito de reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, bem como buscar a melhoria das condições sanitárias das formas de abastecimento de água. Assim sendo, o Programa VIGIAGUA consiste no conjunto de ações adotadas continuamente para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, bem como avaliar e prevenir os possíveis riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água podem representar à população abastecida, abrangendo todo o sistema de produção de água potável, desde a captação até o ponto de consumo, incluindo estações de tratamento, reservatórios e sistemas de distribuição.

O monitoramento da qualidade da água pode ser definido como procedimento programado de amostragem, mensuração e subsequente registro de diversas características da água com vistas à avaliação da conformidade da água, possibilita o atendimento sistemático do padrão de potabilidade (Ministério da Saúde, 2014). Nesse sentido, o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano – SISAGUA – possui papel fundamental no alcance desses objetivos, pois a

consolidação dos dados sobre o abastecimento de água e a geração de informações por meio dos relatórios, possibilita a avaliação dos riscos à saúde decorrentes do consumo da água, assim como auxilia a implementação de ações de promoção da saúde, prevenção e controle da incidência doenças/agravos de transmissão hídrica.

Houve a implantação da nova versão do SISAGUA em 2014 e, neste ano, foi analisada a inserção concomitante de dados de cadastro das formas de abastecimento, controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano em todas as RAS de Minas Gerais, e correspondeu a 54,7% dos municípios mineiros, em que apareceu maior número de municípios com informação nas RAS Sul, Centro e Norte.

No mesmo ano, foram registrados no SISAGUA Estadual um quantitativo de 15,4% de municípios mineiros sem informação - municípios silenciosos- sendo que as RAS Leste, Nordeste e Jequitinhonha apresentaram mais municípios sem informação comparativamente aos registros municipais de cada região.

O registro ou a execução da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da qualidade da água para consumo humano sobre plano básico, de maneira geral, é incipiente no estado.

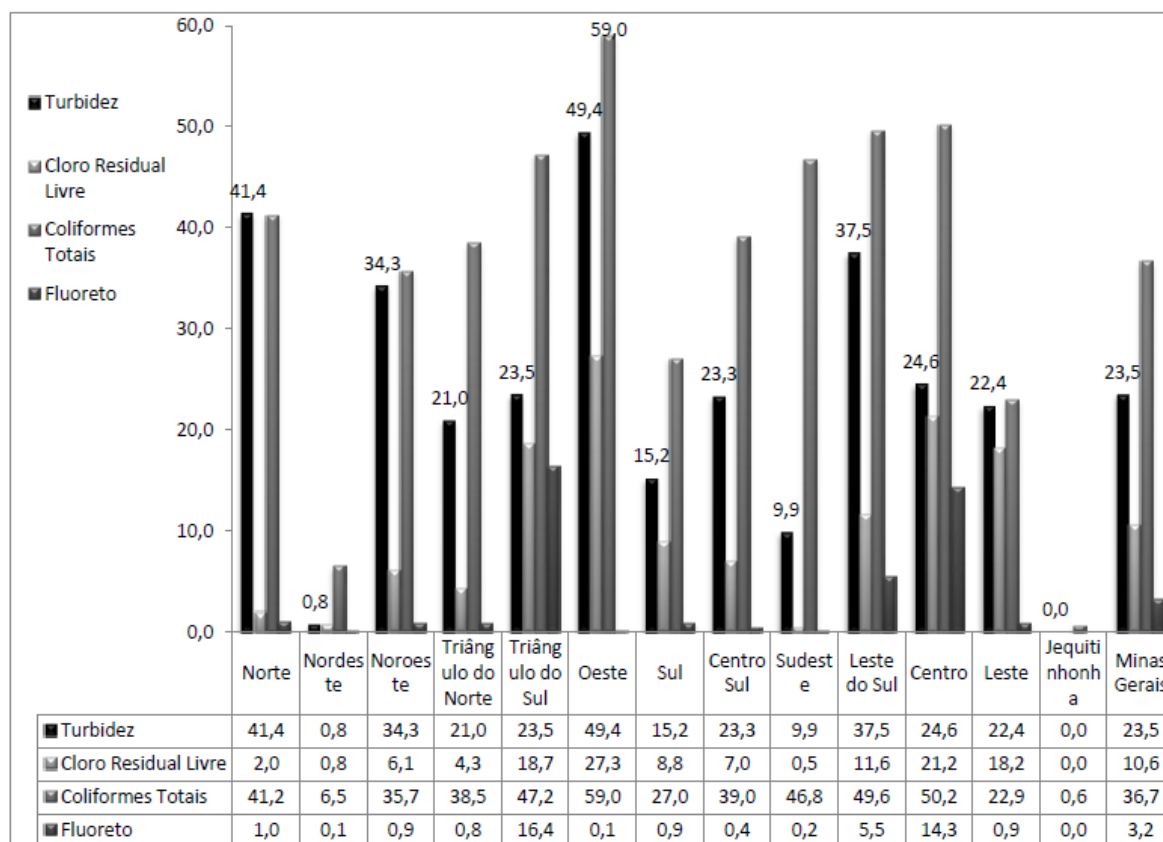
A análise do cumprimento estadual demonstra o predomínio do parâmetro 'Coliformes Totais' (36,7%), seguido do parâmetro 'Turbidez' (23,5%) e 'Cloro Residual Livre' (10,6%). No contexto do parâmetro 'Coliformes Totais' sobressaíram as RAS Oeste (59%), Centro (50%), Leste do Sul (49,6%), Triângulo do Sul (47,2%), e Sudeste (46,8%).

Observou-se sobre o parâmetro 'Turbidez' que apresentaram o maior valor de cumprimento da Diretriz Nacional as RAS Oeste (49,4%), Norte (41,4%), Leste do Sul (37,5%) e Noroeste (34,3%).

Tendo em vista o monitoramento do parâmetro 'Cloro Residual Livre', o cumprimento evidenciado está associado às RAS Oeste (27,3%), Centro (21,2%), Triângulo do Sul (18,7%) e Leste (18,2%).

No que se refere ao cumprimento do parâmetro 'Fluoreto', que possui implicação na saúde por deficiência ou excesso de flúor, foi observado somente o registro de 3,2% do quantitativo mínimo de análises previsto para Minas Gerais, com registro expressivo das RAS Triângulo do Sul (16,4%), Centro (14,3%) e Leste do Sul (5,5%).

Figura 24: Percentual de cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, segundo Região Ampliada de Saúde, MG, 2014.



Fonte: SISAGUA, acesso 04/04/2016.

Vale ressaltar a importância destes parâmetros como indicadores básicos da qualidade microbiológica da água destinada ao consumo humano, e que ainda é expressiva a utilização da estratégia estadual de laboratórios de saúde pública pela maioria dos municípios mineiros, sujeitos à capacidade analítica desta rede, bem como o sub-registro dos dados municipais de monitoramento, ampliando a relevância deste Programa no planejamento de gestão municipal de saúde, cuja instância possui competência para seu exercício.

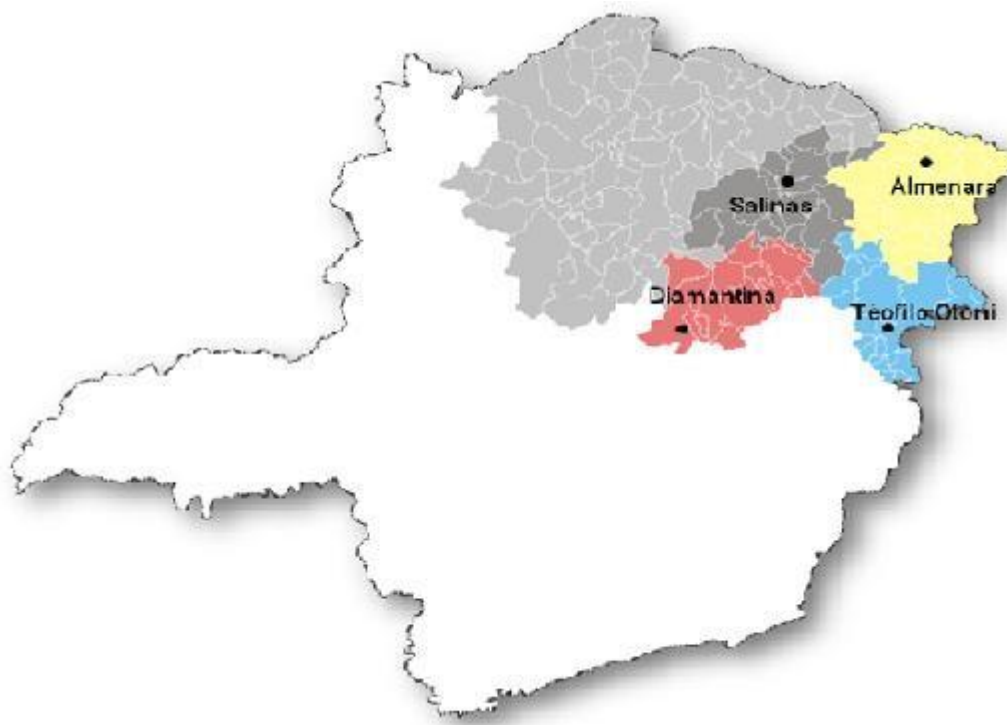
COPANOR – Serviços de Saneamento Integrado do Norte e Nordeste de Minas Gerais

A COPANOR é uma empresa pública subsidiária da COPASA, criada pelo Governo de Minas, para atender as regiões Norte e Nordeste do Estado com os serviços de abastecimento de água tratada, coleta e tratamento de esgotos sanitários e construção de módulos sanitários e de serviços domésticos em todas as casas desprovidas dessas instalações. Sua origem vem a atender uma das ações de saúde do Projeto Vida no Vale. Na primeira fase, esse benefício chegará a mais de 450 localidades de 92 Municípios das Bacias Hidrográficas dos Rios Jequitinhonha, Mucuri, São Mateus, Buranhém, Itanhém e Jucuruçu.

- Melhoria da qualidade de vida da população em sua área de abrangência
- Redução dos índices de mortalidade infantil causadas por doenças infecciosas e parasitárias

- Redução das desigualdades regionais
- Despoluição de rios e córregos

Figura 25 - Regiões de abrangência da COPANOR



Detalhando os municípios atendidos pela COPANOR, tem-se a seguinte divisão:

Tabela 18 - Municípios cujas sedes municipais e localidades, com população superior a 200 habitantes, receberão obras e serão operadas pela Copanor:

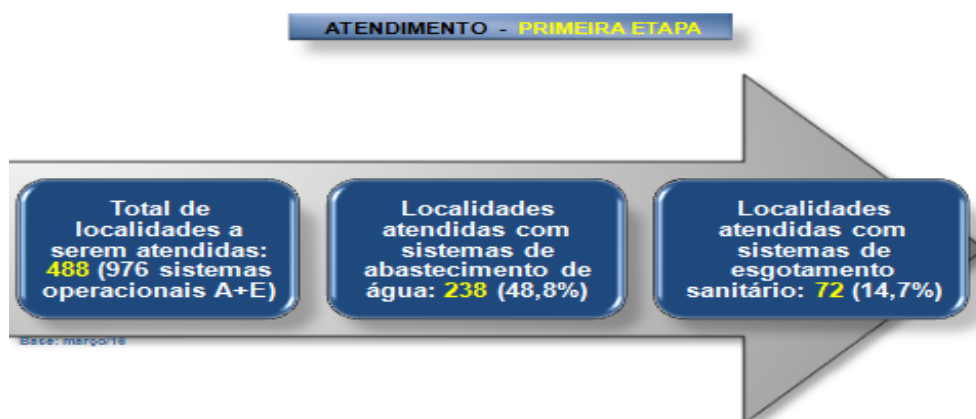
1. Chapada do Norte	12. Itacambira	23. Nova Módica	34. Santa Cruz de Salinas
2. Comercinho	13. Itaipé	24. Novo Oriente de Minas	35. Santa Helena de Minas
3. Couto de Magalhães de Minas	14. Itinga	25. Olhos D'Água	36. Santa Maria do Salto
4. Crisólita	15. Jenipapo de Minas	26. Ouro Verde de Minas	37. São Félix de Minas
5. Cristália	16. José Gonçalves de Minas	27. Padre Carvalho	38. São Gonçalo do Rio Preto
6. Felício dos Santos	17. Josenópolis	28. Pavão	39. São João do Manteninha
7. Felisburgo	18. Ladainha	29. Pescador	40. São José do Divino
8. Francisco Badaró	19. Leme do Prado	30. Ponto dos Volantes	41. Setubinha
9. Frei Gaspar	20. Mendes Pimentel	31. Poté	42. Umburatiba
10. Fronteira dos Vales	21. Monte Formoso	32. Rio do Prado	43. Veredinha
11. Fruta de Leite	22. Nova Belém	33. Rubelita	44. Angelândia

Tabela 19 - Municípios cujas localidades, com população superior a 200 habitantes, receberão obras e serão operadas pela Copanor:

1. Águas Formosas	11. Diamantina	21. Malacacheta	31. Santo Antônio do Jacinto
2. Almenara	12. Divisópolis	22. Mata Verde	32. Serra dos Aimorés
3. Araçuaí	13. Grão Mongol	23. Medina	33. Serro
4. Ataléia	14. Itabirinha	24. Minas Novas	34. Taiobeiras
5. Capelinha	15. Itamarandiba	25. Nanuque	35. Teófilo Otoni
6. Carai	16. Itaobim	26. Novo Cruzeiro	36. Turmalina
7. Carbonita	17. Jacinto	27. Padre Paraíso	37. Virgem da Lapa
8. Carlos Chagas	18. Jequitinhonha	28. Pedra Azul	
9. Coronel Murta	19. Joáima	29. Rubim	
10. Cruzeiro	20. Jordânia	30. Salinas	

Alguns resultados apresentados:

Figura 26 – Resultados de atendimento da primeira etapa



ESPECIFICAÇÕES		Projeto Inicial	Realizado até mar/16	A realizar
Sedes	Água	54	46	8
	Esgoto		30	24
Distritos, vilas, povoados	Água	433	193	240
	Esgoto		43	390
TOTAL	Água	487	239	248
	Esgoto		73	414

População total a ser atendida: 432 mil

População atendida com abastecimento de água: **324.840** (75,2%)

População atendida com esgotamento sanitário: **142.249** (32,9%)

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais possui um convênio com instituição COPANOR que foi firmado no dia 21/12/2007 de número 025 com prazo final previsto para 20/12/2010. O valor total do convênio é de R\$ 653.441.413,00 e já foi aditado cinco vezes para prorrogação do prazo de vigência, sendo o último aditamento prorrogado para 30/12/2016.

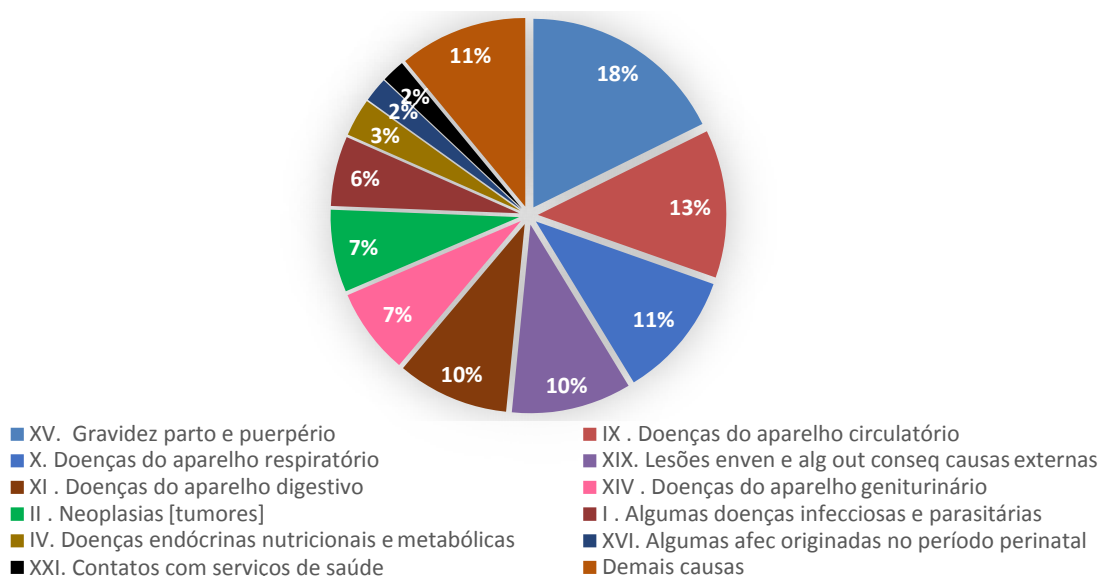
Atualmente existem obras iniciadas e ainda não concluídas e outras previstas mas ainda não iniciadas. Conforme deliberações anteriores do CESMG, somente serão autorizadas dotações orçamentárias após os municípios avaliarem o projeto com as devidas destinações de valores, em parceria com a COPASA, podendo até ser suplementado por outras dotações do Estado.”

Resolução CES 003 de 31/07/2014, art. 2º, inciso I: “Fica definido que no caso de financiamento com recursos da fonte 10 (tesouro Estadual) para saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades cada município deverá apresentar ao Conselho Estadual de saúde de Minas Gerais – CESMG, ata de saneamento devidamente aprovada no Conselho Municipal de Saúde.

O perfil da morbimortalidade

No período de 2013 a 2015 foram processadas 1.210.833 internações de residentes de Minas Gerais no SUS, independentemente do Estado onde o indivíduo se hospitalizou. Com maior percentual (18%) aparece o capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério, seguido, pelas doenças dos aparelhos circulatório, e respiratório, consecutivamente. As violências e os acidentes (causas externas) e doenças do aparelho digestivo ocupam a quarta posição entre as causas de morbidade hospitalar.

Figura 27: Distribuição proporcional (%) das internações no SUS pelos principais Capítulos de causas da CID-10 por residência - Minas Gerais 2013-2015.



Fonte: SIH/SUS/Ministério da Saúde (dados atualizados em 25/02/16).

As taxas de internações hospitalares e a duração das internações aumentam com a idade. Em Minas Gerais, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, além de ocupar posição de destaque no perfil de mortalidade na faixa etária de 50 anos e mais de idade, consumiram 41,8% dos custos com internações hospitalares pagos pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2015. Chama a atenção também que algumas doenças infecciosas e parasitárias, apresentam as mais altas taxas de mortalidade hospitalar quando comparada aos demais grupos (Tabela 12).

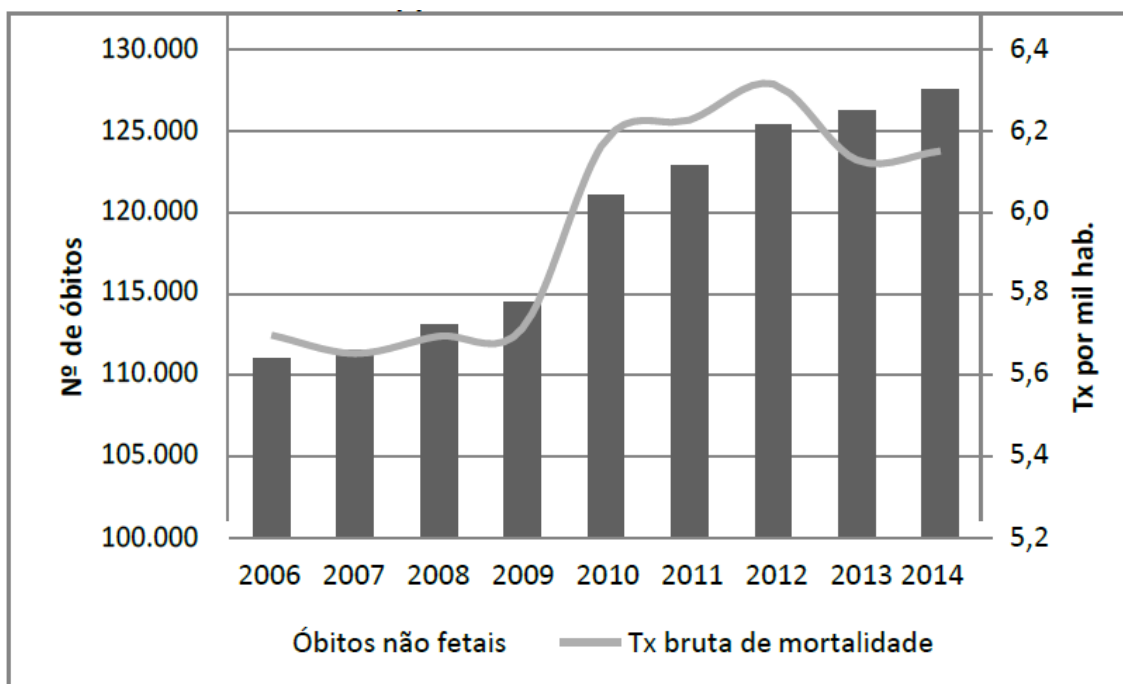
Tabela 20 - Número de internações no SUS, coeficiente de internação (x 100 mil habitantes), valor total gasto (em R\$), valor médio por internação (em R\$), média de permanência hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar (x 100 internações) por residência - Minas Gerais, ano processamento 2015.

Capítulo CID-10	Nº de internações	Coeficiente de internação	Valor total	Valor médio da internação	Média de permanência (dias)	Taxa de mortalidade hospitalar
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	71.938	344,7	142.737.104,34	1.984,2	8,7	13,50
II. Neoplasias (tumores)	90.425	433,3	202.378.602,42	2.238,1	5,2	8,37
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos	11.930	57,2	8.979.546,20	752,7	5,8	4,83
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	38.059	182,4	25.505.234,82	670,2	5,2	5,39
V. Transtornos mentais e comportamentais	16.330	78,2	24.732.643,12	1.514,6	31,5	0,78
VI. Doenças do sistema nervoso	21.464	102,9	33.069.810,86	1.540,7	9,8	4,73
VII. Doenças do olho e anexos	9.963	47,7	12.252.311,15	1.229,8	0,8	0,03
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.679	8,0	6.562.850,30	3.908,8	2,4	0,18
IX. Doenças do aparelho circulatório	147.655	707,5	351.681.616,83	2.381,8	6,4	6,74
X. Doenças do aparelho respiratório	128.121	613,9	156.302.747,00	1.220,0	5,9	8,08
XI. Doenças do aparelho digestivo	114.895	550,6	123.324.097,63	1.073,4	4,1	3,46
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22.605	108,3	16.714.225,03	739,4	5,9	2,23
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	25.356	121,5	52.244.751,30	2.060,5	7,2	0,56
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	90.284	432,6	87.797.311,24	972,5	4,2	2,62
XV. Gravidez, parto e puerpério	216.345	1.036,7	135.984.392,13	628,6	2,2	0,03
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	26.814	128,5	92.812.479,86	3.461,3	10	3,68

Capítulo CID-10	Nº de internações	Coefficiente de internação	Valor total	Valor médio da internação	Média de permanência	Taxa de mortalidade
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8.045	38,5	27.115.041,21	3.370,4	5,5	2,46
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratoriais	16.195	77,6	17.261.677,60	1.065,9	4,8	9,80
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	124.339	595,8	165.812.497,51	1.333,6	4,9	2,15
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	248	1,2	284.785,72	1.148,3	6,2	3,23
XXI. Contatos com serviços de saúde	26.565	127,3	16.258.828,11	612,0	1,7	0,72
Total	1.209.255	5.794,5	1.699.812.554,38	1.405,7	5,4	4,47

Fonte: SIH/SUS/Ministério da Saúde (dados atualizados em 25/02/16).

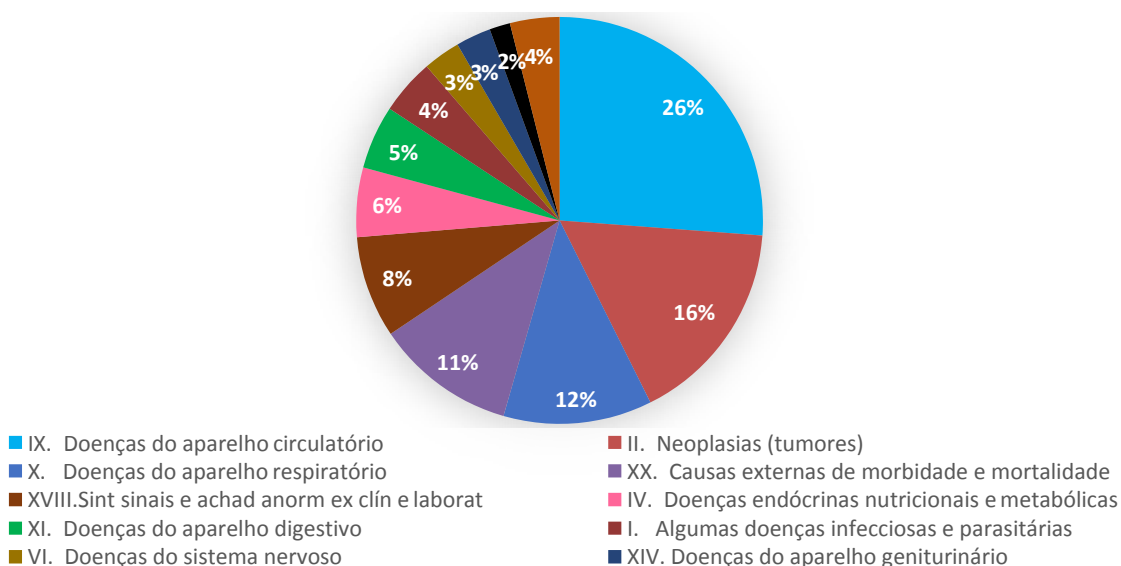
Figura 28: Evolução do número total de óbitos não fetais e da Taxa bruta de mortalidade (x mil habitantes) por residência - Minas Gerais, 2006 a 2014.



Fontes: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG;IBGE/Censos DemoFiguras (1991, 2000 e 2010), Contagem populacional (1996) e Projeções populacionais.

Os principais grupos de causas de mortalidade na população residente no período de 2013 a 2015 estão apresentados na figura 26. As causas básicas mais incidentes de mortalidade são doenças e agravos não transmissíveis, sendo somente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias responsáveis por 42% das mortes. Posteriormente, aparecem as doenças do aparelho respiratório e as violências e os acidentes (causas externas).

Figura 29: Mortalidade proporcional pelos principais capítulos de causas da CID-10 por residência - Minas Gerais 2013-2015.



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG (dados de 2014 e 2015 atualizados em 21/03/16). Nota: Somente óbitos não fetais.

A figura 28 ilustra o ranqueamento das principais causas de mortes em cada um dos estratos etários. As crianças menores de um ano morrem mais em decorrência de afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Chama atenção que, entre as crianças, os adolescentes e adultos (de 1 a 49 anos), os acidentes e as violências ocupam a primeira posição, sendo responsáveis por aproximadamente 40,0% de todos os óbitos ocorridos nesses grupos.

A partir do final da vida adulta, as doenças crônicas não transmissíveis passam a incidir mais sobre a população, ocupando posição de destaque as doenças cardiovasculares. Outro fato que merece destaque são as causas mal definidas de óbito – indicador negativo de qualidade dos atestados de óbitos – que em geral estão entre os quatro principais grupos, embora esteja reduzindo sua magnitude no Estado, principalmente nos últimos anos.

Tabela 21 - Ranking dos principais capítulos da CID-10 por grupos de causas de mortalidade, segundo faixa etária por residência - Minas Gerais, 2013-2015

Ranking	Faixas etárias											
	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
1ª	XVI	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	IX	IX	IX	IX
2ª	XVII	XVII	II	II	XVIII	XVIII	IX	IX	II	II	II	X
3ª	XVIII	X	VI	VI	II	II	II	II	XX	X	X	II
4ª	I	VI	I	XVIII	VI	IX	XVIII	XVIII	XX	XVIII	XVIII	XVIII
5ª	X	II	XVIII	I	IX	I	I	XI	XI	IV	IV	IV
6ª	XX	XVIII	XVII	X	X	X	XI	I	X	XI	XI	VI
7ª	IX	I	X	IX	I	VI	X	X	IV	XX	I	XIV
8ª	VI	IX	IX	XVII	IV	XI	V	V	I	I	XX	I
9ª	III	IV	XI	XI	XI	V	IV	IV	V	XIV	XIV	XI
10ª	IV	III	III	IV	V	IV	VI	VI	XIV	VI	VI	XX

Legenda:

- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias;
 - II. Neoplasias (tumores);
 - III. Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários;
 - IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas;
 - V. Transtornos mentais e comportamentais;
 - VI. Doenças do sistema nervoso;
 - IX. Doenças do aparelho circulatório;
 - X. Doenças do aparelho respiratório;
 - XI. Doenças do aparelho digestivo;
 - XIV. Doenças do aparelho geniturinário;
 - XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal;
 - XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas;
 - XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte
 - XX. Causas externas de morbidade e mortalidade.
- Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG (dados de 2014 e 2015 atualizados em 21/03/16).

As neoplasias são responsáveis pela segunda causa de morte em Minas Gerais no período de 2013 a 2015 e quando estratificado por faixa etária, continuam neste patamar nas faixas etárias de 5 a 14 e 50 a 79 anos de idade e como terceira causa de morte nas faixas de 15 a 49 e 80 anos e mais de idade. Neste sentido, segundo estimativas de incidência do Instituto Nacional de Câncer para 2016 (válidos para o ano de 2017) são esperados em Minas Gerais 38.900 casos novos de todas as neoplasias exceto pele não melanoma (20.010 casos novos em homens e 18.890 casos novos em mulheres). As taxas brutas estimadas de incidência são 192,85 casos novos por 100 mil homens e 176,32 casos novos por 100 mil mulheres. Por sexo, são as cinco principais taxas brutas - Homens: próstata (57,06); cólon/reto; (14,58), traquéia/brônquios/pulmão (14,38); estômago (11,54); cavidade oral (10,92), por 100 mil homens mineiros - Mulheres: mama (48,19); cólon/reto (14,28), colo do útero (9,63), traquéia/brônquios/pulmão (7,71), estômago (7,37) por 100 mil mulheres mineiras. Nas neoplasias comuns aos dois sexos, com exceção de cólon/reto/ânus e pele, o risco de contrair câncer é maior no sexo masculino uma vez que as taxas brutas estimadas de incidência são mais elevadas neste sexo e chegam a ser oito vezes maior para laringe, três vezes maior para a bexiga e 2,5 vezes para cavidade oral.

No ano 2013, em Minas Gerais ocorreram 20.240 óbitos por todas as neoplasias (11.128 óbitos em homens e 9.107 óbitos em mulheres). As taxas brutas de mortalidade foram 113,91 óbitos por 100 mil homens e 90,29 óbitos por 100 mil mulheres. Por sexo, as cinco principais taxas brutas de mortalidade foram:

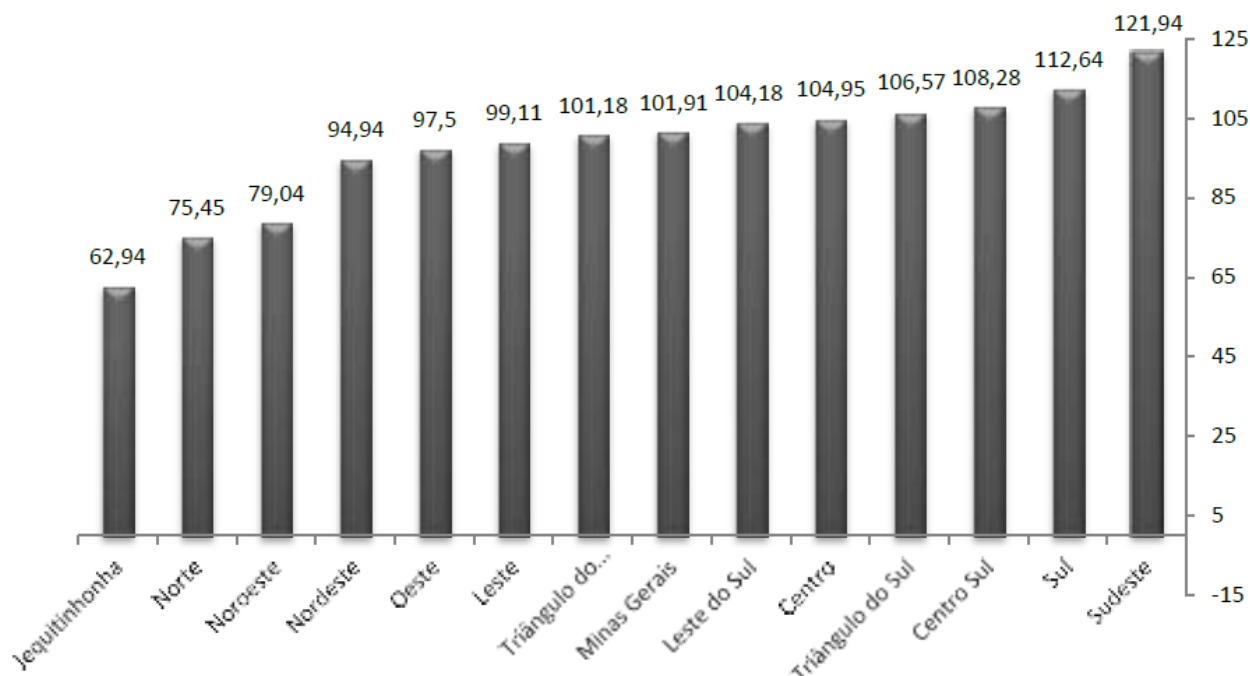
Homens: próstata (14,1); traquéia/brônquios/pulmão (13,8); estômago (10,2); esôfago (8,8); cólon/reto/ânus (6,5), por 100 mil homens mineiros -

Mulheres: mama (12,8); traquéia/brônquios/pulmão (8,3); cólon/reto/ânus (7,2); estômago (4,9); colo do útero (3,9), por 100 mil mulheres mineiras.

Nas neoplasias comuns aos dois sexos, com exceção de cólon/reto/ânus e pele, o risco de morrer por neoplasias foi maior no sexo masculino uma vez que as taxas brutas de mortalidade foram mais elevadas neste sexo e chegaram a ser quatro vezes maior para lábio/cavidade oral/faringe e três vezes maior para o esôfago. Em relação às RAS, as taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias variaram entre 121,90 óbitos na RAS Sudeste e 62,94 óbitos na RAS Jequitinhonha, por 100 mil habitantes (figura 28). A faixa etária de 50 anos ou mais predominou e os percentuais variaram nas RAS entre 87,8% na Leste do Sul e

83,1% na Jequitinhonha.

Figura 30: Taxa bruta de mortalidade por 100 mil habitantes, por todas as neoplasias, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2013.



Fonte: MS/Datasus/SIM; Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer/DASS/SVEAST/SVPS/SES/MG, 2016.

As **causas mal definidas de óbitos** são um importante indicador de qualidade de informação e, indiretamente, medem o acesso e a qualidade da assistência dos serviços de saúde prestados. Em Minas Gerais no ano 2000 ocorreram 96.161 óbitos na população residente, sendo 15.564 (16,2%) por causas mal definidas, destes 5.362 (5,6%) foram óbitos sem assistência médica. Em 2015, dados ainda parciais, ocorreram 129.185 óbitos, 11.342 (8,8%) por causas mal definidas e 953 (0,7%) sem assistência médica. Observa-se uma redução de 45,7% de 2000 para 2015.

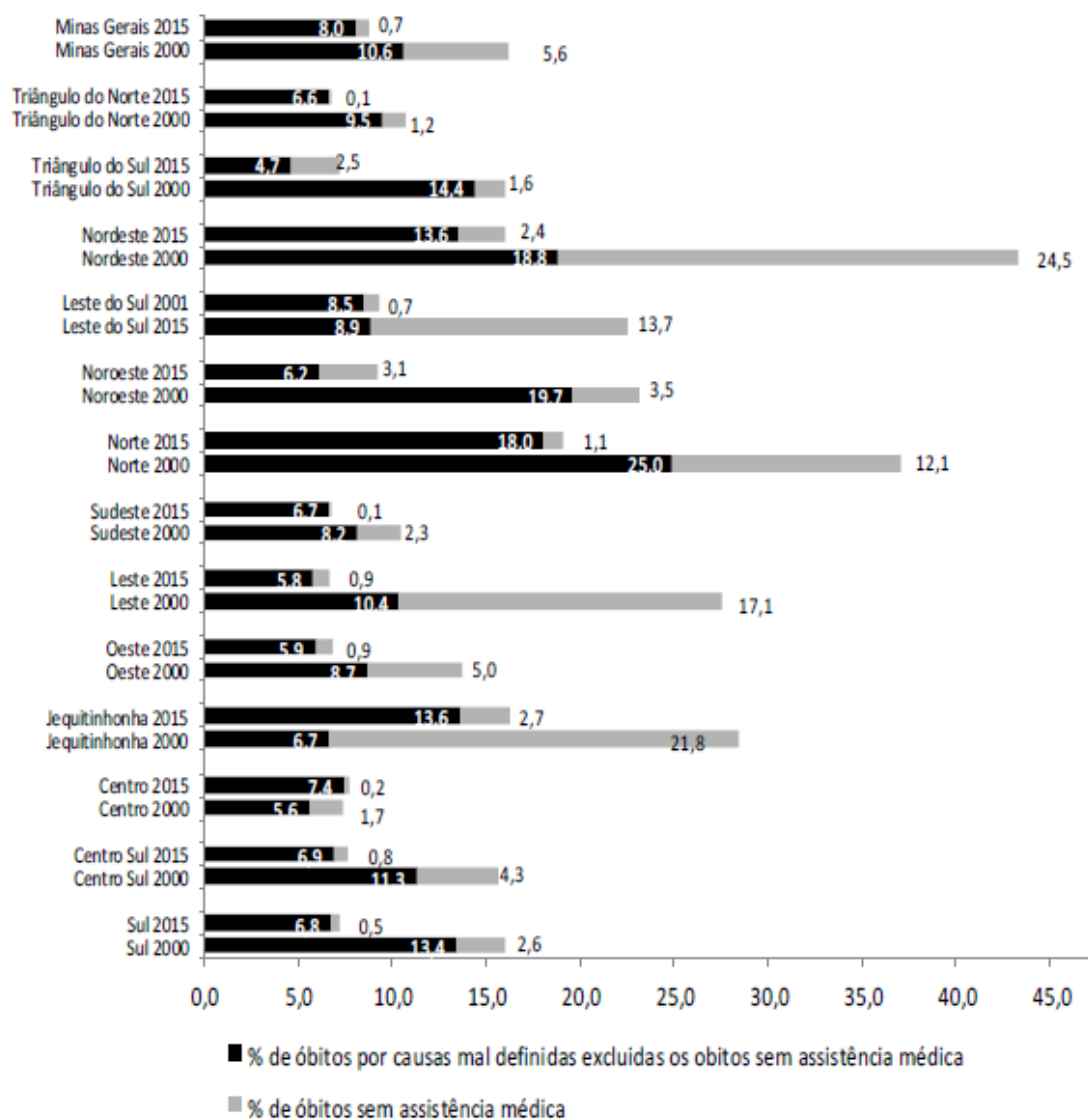
A redução observada das causas mal definidas é resultado de um conjunto de fatores tais como: ampliação da assistência, busca ativa e investigação de óbitos, regionalização, cursos de codificação de causa básica de óbitos, dentre outros.

O Ministério da Saúde considera como aceitável a proporção de até 10% de óbitos por causas mal definidas em relação ao total de óbitos registrados. Entretanto, ao analisar essas informações por RAS, observa-se uma desigualdade na distribuição de óbitos sem assistência médica. Em 2000 a proporção de óbitos sem assistência médica nas RAS Nordeste, Leste do Sul, Leste e Jequitinhonha foi maior que a proporção de todas as demais causas mal definidas de óbitos. Em 2015 se observa uma distribuição bem diferente com redução dos óbitos sem assistência médica e por causas mal definidas, embora RAS Jequitinhonha (16,3%), Nordeste (16,0%) e Norte (19,1%) ainda apresentem proporções acima do estado (8,8%) e das demais RAS (figura 29).

Essa proporção pode ser resultado da uma maior carência de infraestrutura assistencial, condições para o

diagnóstico de doenças e capacitação dos profissionais médicos para preenchimento adequado das Declarações de Óbitos (DO), afetando diretamente na análise da mortalidade geral do Estado.

Figura 31- Proporção de óbitos por causas mal definidas e sem assistência médica, segundo Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000 e 2015.



Fonte: Ano 2000 SIM/DATASUS Ano 2015 dados parciais SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMT

Considerando a importância de elucidar as causas de óbitos mal definidos relacionados a eventos de interesse da Vigilância em Saúde, qualificar o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), propor medidas oportunas de vigilância e controle de doenças, além de garantir à população acesso a serviços especializados de verificação da causa mortis decorrente de morte natural, foi instituída em junho de 2006 a Rede Nacional de **Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (RSVO)**. Em Minas Gerais, a RSVO tem por finalidade realizar procedimentos necessários, incluindo a autópsia, para o esclarecimento das causas de morte sem assistência médica, com assistência médica, mas com causa mal

definida* e os óbitos relacionados aos agravos de interesse da Vigilância em Saúde.

Tabela 22 - Óbitos Proporcionais Sem Assistência Médica, Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 1996-2015.

Região Ampliada de Saúde	1996	1999	2003	2007	2011	2015
Sul	5,4	2,9	2,2	1,1	0,3	0,5
Centro Sul	8,6	5,9	2,8	1,6	0,4	0,8
Centro	2,9	1,8	1,6	0,9	0,3	0,2
Jequitinhonha	33,1	21,4	23,6	21,1	8,1	2,8
Oeste	6,3	5,9	2,6	2,7	1,4	0,9
Leste	25,1	17,8	14,3	9,5	3,5	0,9
Sudeste	5,2	2,5	2,0	1,2	0,2	0,1
Norte	26,5	13,6	19,5	16,4	6,4	1,1
Noroeste	16,4	12,2	2,5	3,4	1,3	3,3
Leste do Sul	17,8	14,1	11,6	10,7	4,0	0,8
Nordeste	34,2	21,0	18,0	17,6	5,0	2,6
Triângulo do Sul	3,6	2,2	0,9	0,5	3,7	2,6
Triângulo do Norte	2,9	1,6	1,4	1,3	0,3	0,1
Minas Gerais	9,4	5,7	5,2	4,2	1,6	0,7

Fonte: SIM/DATASUS e SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SUBVPS/SES-MG.

Tabela 23 - Óbitos Proporcionais por Causas Mal Definidas², Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais 1996-2015.

Região Ampliada de Saúde	1996	1999	2003	2007	2011	2015
Sul	15,8	16,7	15,0	7,6	6,0	7,5
Centro Sul	15,8	17,2	12,1	8,7	8,5	8,2
Centro	7,2	9,3	8,9	7,9	8,0	7,4
Jequitinhonha	39,1	30,7	32,8	33,4	21,5	17,6
Oeste	14,7	20,6	9,0	8,2	7,2	7,2
Leste	30,4	30,3	20,9	16,9	8,6	6,9
Sudeste	11,4	12,4	9,7	7,8	7,2	6,7
Norte	35,3	40,8	34,8	27,9	19,9	19,3
Noroeste	25,0	28,7	20,9	18,9	10,7	9,9
Leste do Sul	24,7	24,4	20,9	18,5	11,6	9,9
Nordeste	43,2	40,9	33,9	28,2	22,8	17,0
Triângulo do Sul	12,6	25,0	13,1	10,1	11,5	7,4
Triângulo do Norte	12,3	17,8	11,0	7,8	5,4	6,8
Minas Gerais	16,3	18,3	14,9	11,9	9,5	8,9

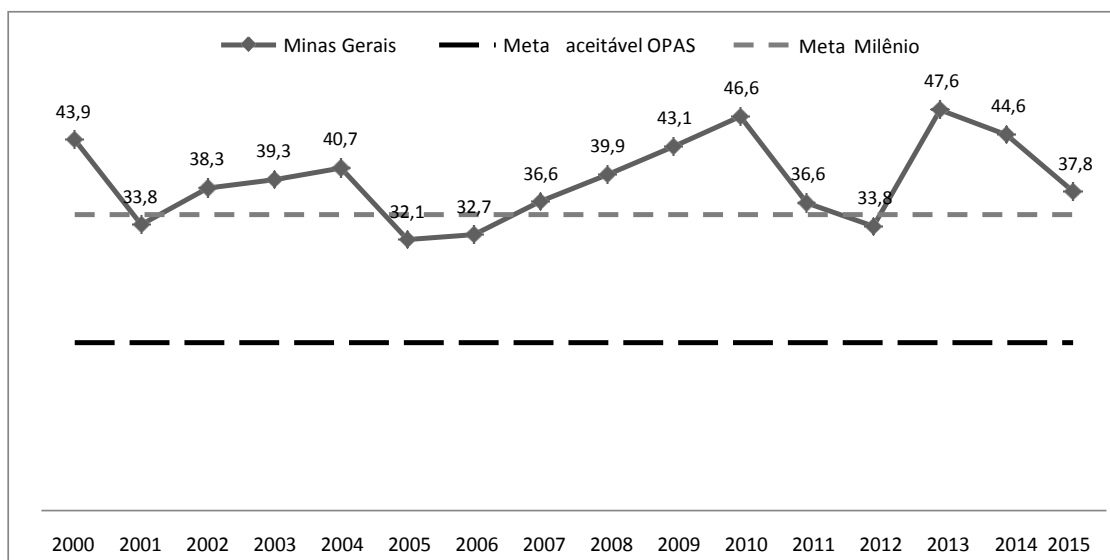
Fonte: SIM/DATASUS e SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SUBVPS/SES-MG.

² **Causas mal definidas:** CID I46.9 parada cardíaca não especificada; CID I95.9 hipotensão não especificada; CID I99 outros transtornos do aparelho circulatório e os não especificados; CID J96.0 insuficiência respiratória aguda; CID J96.9 insuficiência respiratória não especificada; CID P28.5 insuficiência respiratória do recém-nascido; CID R00-R94 e CID R96-R99 sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte. Sem assistência médica CID R98.

Os dados do intervalo de 2014 a 2015 são parciais atualizados em 21 de março de 2016.

No ano de 2014 Minas Gerais registrou a ocorrência de 132 óbitos maternos com uma razão de **mortalidade materna** (RMM) de 46,6 por 100.000 nascidos vivos, superior à Meta do Milênio estabelecida para o Brasil de 35,0 óbitos para 100.000 nascidos vivos (NV) é muito distante da meta considerada aceitável pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS de 20,0/100.000 NV.

Figura 32: Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, Minas Gerais, 2000- 2015.

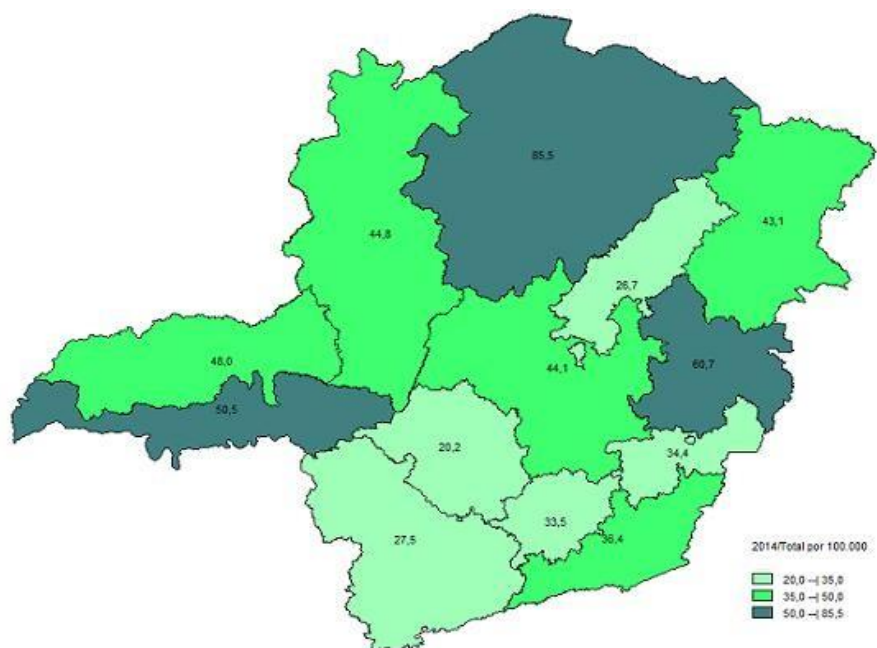


Fonte: Anos 2000 a 2013 SINASC/SIM/DATASUS Anos 2014 e 2015 dados parciais SINASC/SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMTG

Apesar da RMM em MG ter se mantido abaixo de 50,0/ n.v. 100.000 em todo o período, as desigualdades entre as RAS Saúde apresentaram valores superiores. No período de 2000 a 2015 as maiores RMM foram verificadas nas RAS de Jequitinhonha com RMM (161,9 em 2004; 100,5 em 2010 e 105,0 em 2011) e em 2013 nas RAS Norte (94,8) e Nordeste (96,8).

Em 2014, observa-se uma pequena redução, mas ainda apresentando razões elevadas nas RAS Norte 85,5; Leste 60,7 e Triângulo do Sul 50,5.

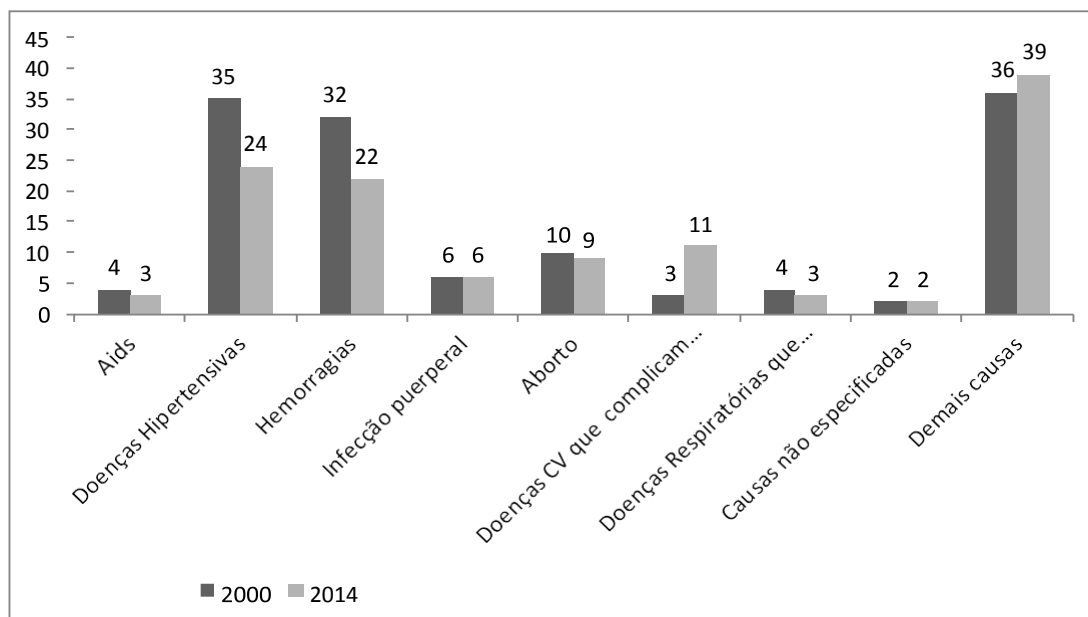
Figura 33: Distribuição espacial da razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, segundo Regiões Ampliadas de Saúde de residência, Minas Gerais, 2014.



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

A distribuição por grupo de causas de mortalidade materna não evidencia alteração entre os anos de 2000 e 2014. Dentre as principais causas destacam-se as doenças hipertensivas, hemorragias, causas relacionadas ao aborto, as doenças do aparelho cardiovascular complicando a gravidez, o parto e o puerpério e as doenças respiratórias complicando gravidez, parto e puerpério que neste momento exigem um acompanhamento mais rigoroso. Cabe ressaltar a mesma frequência de óbitos por infecção puerperal em 2000 e em 2014.

Figura 34: Frequência de óbitos maternos segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2000 e 2014.



Fonte: Ano 2000 SIM/DATASUS Ano 2014 dados parciais SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

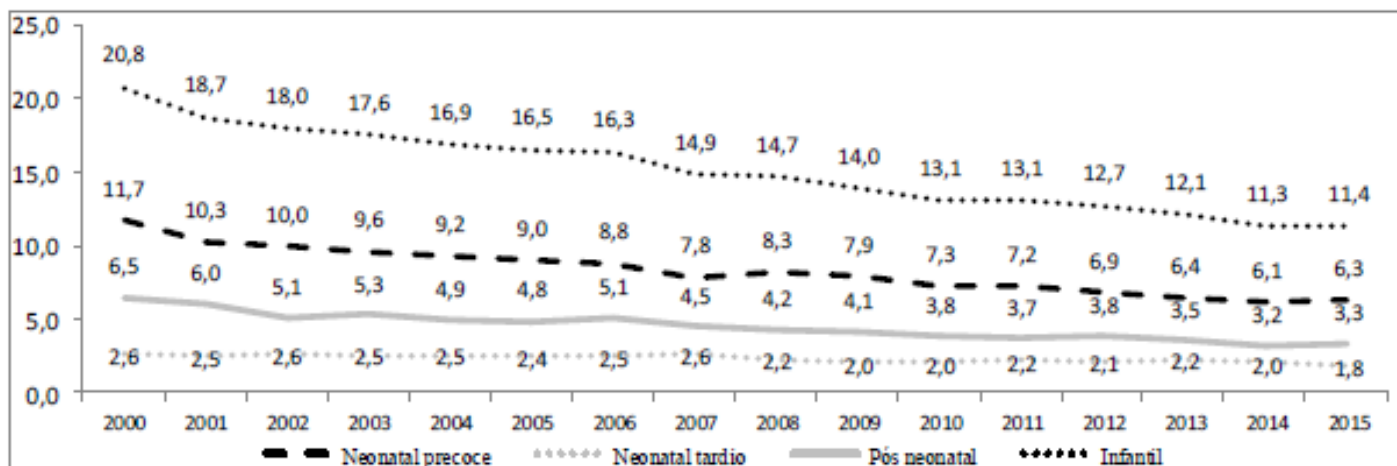
A taxa de **mortalidade infantil (TMI)** é um dos indicadores mais sensíveis de condição de vida e acesso aos serviços de atenção à saúde materno infantil. Expressa também as desigualdades entre regiões. Mede o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de vida.

Por outro lado, o risco de óbito não é homogêneo durante o primeiro ano de vida e está relacionado a causas que, embora possam vir a ocorrer em todo o período, se distribuem de forma desigual nas fases da infância. Por essa razão, para se identificar os fatores de riscos e intervenções que os minimizem, faz-se o desdobramento da mortalidade infantil em três períodos:

- menos de 7 dias, denominado neonatal precoce;
- de 7 a 27 dias, que corresponde ao período neonatal tardio; e
- de 28 dias a menos de 12 meses, e que é o período pós-neonatal.

Os componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal refletem de maneira diferenciada os fatores determinantes da mortalidade infantil. As taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia expressam principalmente as condições de vida, principalmente da mãe, assim como acesso e qualidade da assistência durante o pré-natal e o parto, enquanto que a taxa pós neonatal reflete as condições do ambiente como saneamento.

Figura 35 - Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal precoce, Neonatal Tardia e Pós-neonatal, Minas Gerais, 2000-2015.

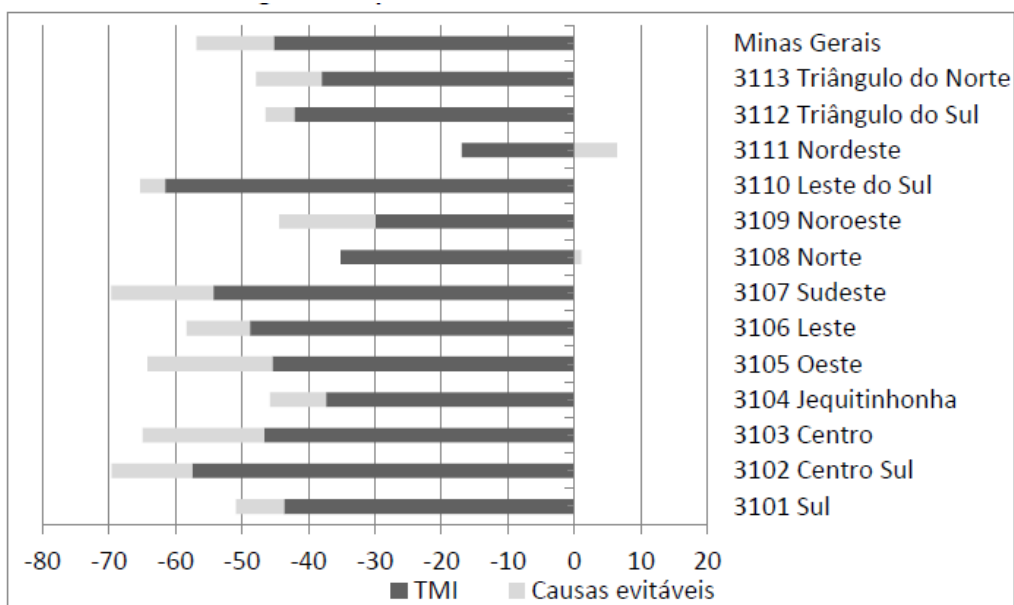


Fonte: Anos 2000 a 2013 SINASC/SIM/DATASUS Anos 2014 e 2015 dados parciais SINASC/SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Houve importante redução da TMI no período de 2000 a 2015, com maior contribuição do componente neonatal precoce. Importante salientar que o estado de Minas Gerais cumpriu e ultrapassou a Meta do Milênio de Redução da Mortalidade Infantil estipulada em 15,7 por 1.000 nascidos vivos (NV) para o Brasil em 2015, alcançando a taxa de 11,4/1.000 NV para o mesmo ano.

Apesar da redução da TMI no período de 2000 a 2015, a proporção de óbitos por causas evitáveis, baseadas na “lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil” apresentaram menor redução e nas RAS Nordeste e Norte houve um aumento nessa proporção.

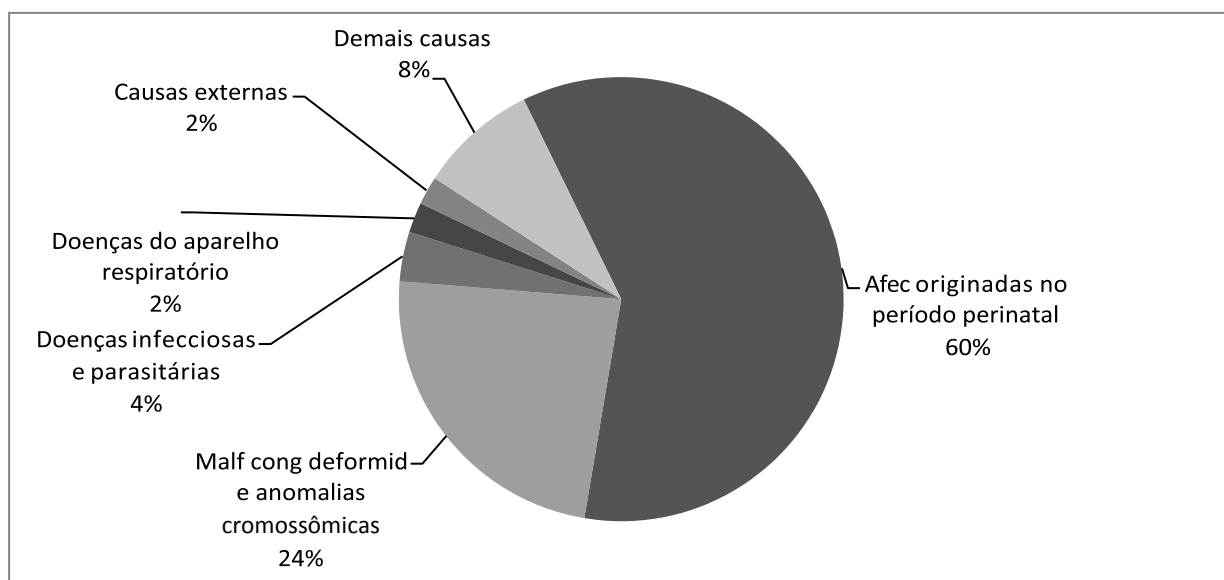
Figura 36: Variação das Taxa de Mortalidade Infantil e Proporção de óbitos por causas evitáveis, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000-2015.



Fonte: SINASC/SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG. Anos 2000 a 2013 SINASC/SIM/DATASUS Anos 2014 e 2015 dados parciais

Com relação às causas de óbitos, as afecções originárias no período perinatal responderam em 2015 por 60,0% dos óbitos infantis seguida das malformações congênicas 24,0% e das doenças infecciosas e parasitárias 4,0%.

Figura 37: Proporção de óbitos infantis segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2015.



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG dados parciais

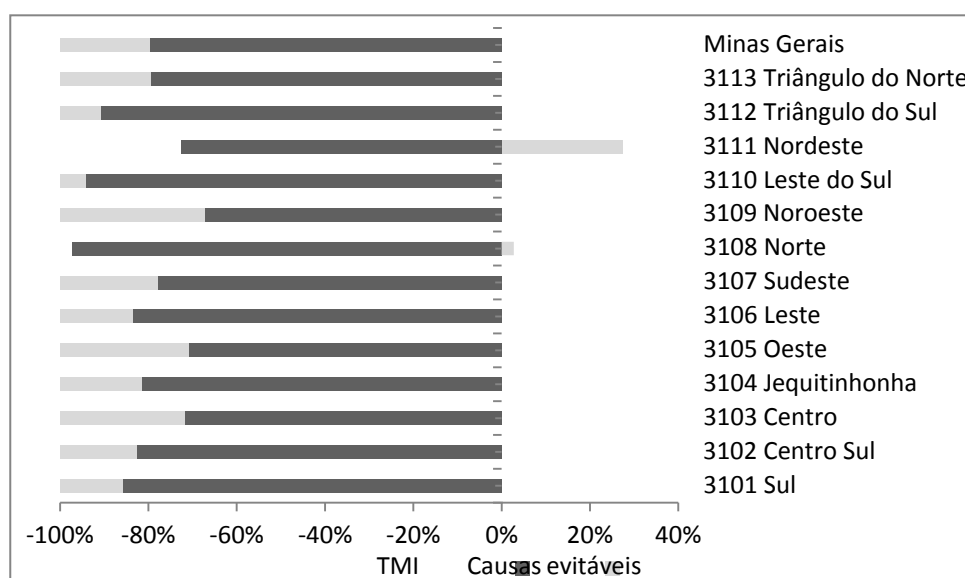
A TMI é um dos indicadores mais sensíveis de condição de vida e acesso aos serviços de atenção à saúde materno infantil. Expressa também as desigualdades entre regiões. Mede o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de vida.

O componente neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal refletem de maneira diferenciada os fatores determinantes da mortalidade infantil. As taxas neonatais precoce e tardia expressam principalmente as condições de vida, principalmente da mãe, assim como acesso e qualidade da assistência durante o pré-natal e o parto, enquanto que a taxa pós neonatal reflete as condições do ambiente como saneamento.

Houve importante redução da TMI no período de 2000 a 2015, com maior contribuição do componente neonatal precoce. Importante salientar que o estado de Minas Gerais cumpriu e ultrapassou a meta do milênio de redução da mortalidade infantil estipulada em 15,7 por 1.000 nv para o Brasil em 2015, alcançando a taxa de 11,4/1.000 nv para o mesmo ano.

Apesar da redução da TMI no período de 2000 a 2015, a proporção de óbitos por causas evitáveis, baseadas na “lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil” apresentaram menor redução e nas RAS Nordeste e Norte houve um aumento nessa proporção.

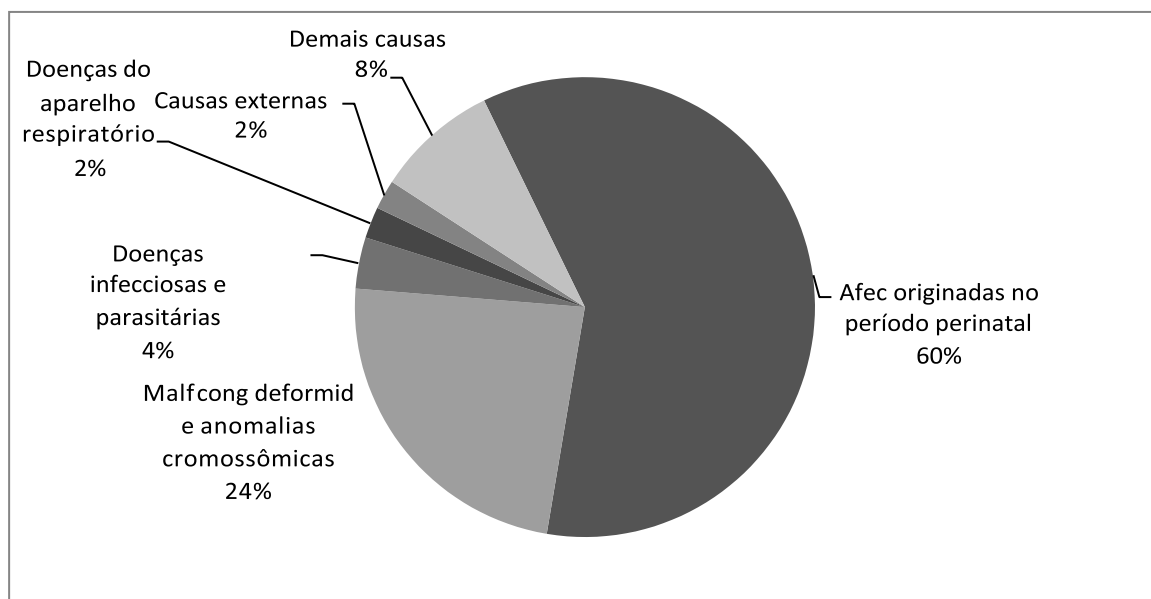
Figura 38: Variação das Taxa de Mortalidade Infantil e Proporção de óbitos por causas evitáveis, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000-2015.



Fonte: SINASC/SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG. Anos 2000 a 2013 SINASC/SIM/DATASUS Anos 2014 e 2015 dados parciais

Com relação às causas de óbitos, as afecções originárias no período perinatal responderam em 2015 por 60,0% dos óbitos infantis seguida das malformações congênitas 24,0% e das doenças infecciosas e parasitárias 4,0%.

Figura 39: Proporção de óbitos infantis segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2015.



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG dados parciais

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271 : Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde público s e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**, 2014. Modo de acesso <www.saude.gov.br/bvs>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde . Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) : Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças transmitidas por alimento. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/654-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-transmitidas-por-alimentos-dta/11-doencas-transmitidas-por-alimentos-dta/11593-contato-dta>>. Acesso em 22 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação. 3ª ed. Brasília; 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de

Saúde. Viva: Instrutivo de Notificação de Violência INTERPESSOAL/AUTOPROVACADA/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998. Brasília, 1998.

BRASIL. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e Estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, 1999.

BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. DATASUS. Informações sobre CID-10. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/y10_y34.htm>. Acesso em 08 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. p. 10-13.

BRASIL. Ministério da Saúde/Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para o consumo humano e seu padrão de potabilidade.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde: Indicadores e Dados básicos para a Saúde. IDB-2012 Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS documento 3. Para entender a gestão do Programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.100 p.

CONASS. A Assistência Farmacêutica no SUS. Coleção Para entender a gestão do SUS. Vol. 07/ 2011. 172 p.

COUTINHO, Janine Giuberti, Patrícia Chaves Gentil, and Natacha Toral. "A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição Malnutrition and obesity in Brazil: dealing with the problem through." Cad. Saúde Pública 24.Sup 2 (2008): S332- S340.

Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, Brasília, DF: CAISAN, 2014.

Guia Alimentar para a população Brasileira, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil, 2014.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2006. Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000/2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

ISKANDER JK, Miller ER, Pless RP, Chen RT. Vaccine safety post-marketing surveillance: the Vaccine Adverse Event Reporting System. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC, National Immunization Program; 2006.

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM) : Análise Epidemiológica das Doenças e Agravos Transmissíveis; PANORAMA DO ANO DE 2015, PARTE I.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Coordenação de DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Mineiro – análise Epidemiológica de HIV/AIDS. Panorama do ano de 2014. Ano I , volume I, 2015.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, SES-MG. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 2016.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, SES-MG. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual Básico de Funcionamento Rede Farmácia de Minas. Belo Horizonte, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164, de 19 de agosto de

2015. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. Belo Horizonte, 2015.

MONTEIRO SAMG, Takano AO, Waldman EA. Avaliação do sistema brasileiro de vigilância de eventos adversos pós-vacinação. Rev Bras Epidemiol 2011; 14(3): 361-71.

OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: Seminário combate à violência contra a mulher. 2001, Minas Gerais: Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

OLIVEIRA MAC, Takahashi RF. Questões práticas relacionadas à aplicação de vacinas. In: Farhat CK, Carvalho ES, Weckx LY, Carvalho LHF, Succi RCM, editores. Imunizações: fundamentos e prática. 4a. ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p.137-48.

Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida, e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades de federação/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 186p.

RECINE, ELISABETTA, and Ana Beatriz Vasconcellos. "Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual." (2011).

SANTANA, LF. Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais. As Doenças Transmissíveis e os Acidentes por Animais Peçonhentos: **Febre Amarela Silvestre – Vigilância de Epizootias**. Belo Horizonte: Autêntica Editora 2012. Cap. 3, p. 150-151.

SANTANA, LF. Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais. As Doenças Transmissíveis e os Acidentes por Animais Peçonhentos: **Raiva Humana**. Belo Horizonte: Autêntica Editora 2012. Cap. 3, p. 147-149.

SIMÕES, C.C.S. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas, vigilância em Saúde, v. 6, Tomo 1, Coleção gestores, CONASS, ano 2017.

Willemann MCA, Goes FCS, Araújo ACM, Domingues CMAS. **Adoecimento por coqueluche e número de doses administradas de vacinas Pertussis : estudo de caso controle**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(2): 207-2014, abr-jun, 2014.

3 - ORGANIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS E RECURSOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MG

Regulação Assistencial em Minas Gerais

Conforme a Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde/SUS, em seu artigo 5º, a regulação do acesso à assistência “tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS” e é efetivada pela alternativa assistencial mais adequada por meio de atendimento às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações dos procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e III – o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. A referência interestadual atualmente é realizada por meio: i) da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), responsável por regular o acesso dos usuários do SUS que necessitem de assistência em alta complexidade de caráter eletivo nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia (cirurgia bariátrica) - Portaria Nº 258 de 30 de julho de 2009); ii) transplantes; iii) Tratamento fora do domicílio (TFD); iv) regulação de casos de Urgência/Emergência cujos fluxos e critérios são acordados caso a caso pela Coordenação Estadual de Regulação Assistencial.

A Regulação Assistencial de Minas Gerais é operacionalizada pelas Centrais Regionais ampliadas de Regulação Assistencial utilizando o sistema informatizado SusFácil/MG. Uma central de regulação (CR) pode ser definida como uma estrutura operacional que avalia o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, e é capaz de dar a melhor resposta possível, para um problema assistencial específico. As centrais de regulação desempenham atividade permanente e dinâmica de organizar a demanda por serviços de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada regional.

Para cumprir adequadamente o seu papel, as centrais de regulação devem ser organizadas em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial. Devem, ainda, dispor em tempo real de informações da oferta de serviços, uma vez que, a informação atualizada é instrumento fundamental no processo de regulação, possibilitando a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente.

As Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial da SES-MG contam com:

- Médicos Reguladores Coordenadores (13)
- Médicos Reguladores Plantonistas (120)
- Operadores de sistema (tele-digitadores) (344)

Os profissionais reguladores (médicos e coordenadores) supracitados, por meio de processo de Seleção Interna, são investidos da função de Autoridade Sanitária, conforme Lei Delegada nº. 174, de 26 de Janeiro de 2007, e Decreto Estadual nº. 45.015, de 19 de Janeiro de 2009.

Além dos profissionais envolvidos na operacionalização das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, estão em contato com estes profissionais, em todo o Estado:

- operadores de Secretarias Municipais de Saúde;
- operadores de Estabelecimentos de Saúde Hospitalar;
- Estabelecimentos de Saúde Ambulatorial.

As Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial no Estado, situam-se em municípios polo das Regiões Ampliadas de Saúde, sendo 01 CR em cada uma das regiões assistenciais, à exceção da Região Leste que possui 02 centrais de regulação e da Região Jequitinhonha que é regulada pela a CR Nordeste, conforme listado abaixo:

- Norte de Minas/Montes Claros;
- Nordeste/Teófilo Otoni – regula também a Região Jequitinhonha
- Leste/Governador Valadares;
- Leste/Ipatinga;
- Leste do Sul/Ponte Nova;
- Centro/Belo Horizonte;
- Sul/Alfenas;
- Sudeste/Juiz de Fora;
- Centro Sul/Barbacena;
- Triângulo do Sul/Uberaba;
- Oeste/Divinópolis;
- Noroeste/Patos de Minas;
- Triângulo do Norte/ Uberlândia.

Através da mediação regulatória dos médicos reguladores das Centrais de Regiões Ampliadas de Regulação Assistencial, utilizando o Sistema operacional SusFácil-Mg, foram realizadas em 2015 1.062.386 internações hospitalares em um total de 1.271.934 regulações para os 853 municípios de Minas Gerais que utilizam o Sistema (Tabela abaixo).

Tabela 24 - Solicitações e Internações Reguladas em Minas Gerais em 2015

REGIÃO AMPLIADA DE ORIGEM	TOTAL SOLICITAÇÕES	DE INTERNAÇÕES REALIZADAS	% INTERNAÇÕES REALIZADAS/SOLICITADAS
CENTRO	211.852	159.016	75,1%
CENTRO SUL	46.946	39.718	84,6%
JEQUITINHONHA	32.842	28.800	87,7%
LESTE	115.812	101.958	88,0%
LESTE DO SUL	52.824	43.866	83,0%
NORDESTE	58.360	49.940	85,6%
NOROESTE	39.640	35.288	89,0%
NORTE DE MINAS	129.202	106.886	82,7%
OESTE	71.960	59.984	83,4%
SUDESTE	146.366	119.944	81,9%
SUL	210.140	185.528	88,3%
TRIANGULO DO NORTE	99.592	83.608	84,0%
TRIANGULO DO SUL	56.398	47.850	84,8%
TOTAL GERAL EM MINAS GERAIS	1.271.934	1.062.386	83,5%

Capacidade instalada

O estado de Minas Gerais tem cerca de 37 mil estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, distribuídos com os seguintes tipos de gestão:

Tabela 25 – Número de estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais, por tipo de gestão – competência dezembro de 2015

Tipo de Gestão	Quantidade Geral
Dupla*	1.548
Estadual	683
Municipal	34.647
Total	36.878

Fonte: SCNES/DATASUS

*Gestão dupla: Estadual e Municipal.

Destes, 12.563 prestam serviços ao SUS/MG, e estão classificados conforme tipos discriminados na tabela a seguir:

Tabela 26 – Estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais credenciados para prestação de serviços ao SUS – por tipo de estabelecimento e RAS – competência dezembro de 2015

TIPO DE ESTABELECIMENTO	CENTRO	CENTRO SUL	JEQUITINHONHA	LESTE	LESTE DO SUL	NORDESTE	NOROESTE	NORTE DE MINAS	OESTE	SUDESTE	SUL	TRIÂNGULO DO NORTE	TRIÂNGULO DO SUL	Total
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	9
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	4	0	1	3	0	1	1	1	0	1	3	0	0	15
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	9	3	0	3	1	1	1	2	7	2	7	3	2	41
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	6	1	0	2	0	1	1	1	1	2	2	0	1	18
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	2	1	6	0	0	3	1	4	3	14	9	0	0	43
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPICA E OU HEMATOLOGICA	6	2	0	1	1	0	1	1	1	2	1	3	1	20
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	72	12	6	24	15	28	10	31	28	31	45	14	10	326
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	986	201	91	398	203	317	187	604	341	437	728	208	162	4.866
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	245	78	12	85	23	40	36	66	36	93	179	55	38	986
CONSULTORIO ISOLADO	104	38	17	49	25	65	26	44	39	55	269	33	93	857
COOPERATIVA	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
FARMACIA	51	22	4	16	23	35	21	36	23	51	71	16	15	384
HOSPITAL ESPECIALIZADO	15	2	0	0	0	0	0	0	1	8	2	2	4	34
HOSPITAL GERAL	75	30	11	35	21	37	16	38	35	54	100	28	18	498
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	6	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	12
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	7	1	1	0	0	1	0	1	3	3	2	0	2	21
POLICLINICA	45	5	3	9	8	8	17	7	63	39	48	18	8	278
POLO ACADEMIA DA SAUDE	78	2	9	25	11	20	5	39	4	25	17	8	3	246
POSTO DE SAUDE	140	85	54	74	87	55	53	153	52	149	179	30	26	1.133

TIPO DE ESTABELECIMENTO	CENTRO	CENTRO SUL	JEQUITINHONHA	LESTE	LESTE DO SUL	NORDESTE	NOROESTE	NORTE DE MINAS	OESTE	SUDESTE	SUL	TRIÂNGULO DO NORTE	TRIÂNGULO DO SUL	Total
PRONTO ATENDIMENTO	39	2	0	2	1	1	1	1	6	5	12	3	3	76
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
PRONTO SOCORRO GERAL	4	2	0	1	4	0	2	4	10	5	19	6	4	61
SECRETARIA DE SAUDE	112	52	23	90	55	65	35	90	54	94	138	28	29	865
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
TELESSAUDE	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	209	67	16	115	67	33	29	61	59	111	146	66	39	1.018
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	1	0	0	3	0	3	0	5	2	0	0	0	0	14
UNIDADE DE ATENCAO EM REGIME RESIDENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	68	11	6	20	4	13	8	44	2	8	76	7	15	282
UNIDADE MISTA	1	0	2	0	0	2	5	0	0	1	3	8	1	23
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	60	23	0	6	0	26	4	85	3	46	51	0	7	311
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	16	2	0	4	2	5	10	13	5	12	14	7	5	95
Total	145	36	8	30	6	46	27	142	10	67	144	22	28	711

Fonte: SCNES/DATASUS

Nos prestadores hospitalares, existem atualmente mais de 47 mil leitos para internação, sendo 32 mil deles credenciados para o SUS. A distribuição dos leitos SUS por Região Ampliada de Saúde segue na tabela abaixo:

Tabela 27 – Número de leitos de internação hospitalar e complementar – por RAS e tipo de gestão – competência dezembro de 2015

RAS	Tipo de gestão	Leitos de internação	Leitos complementares
CENTRO	Estadual	816	22
CENTRO	Municipal	7.383	1.227
CENTRO SUL	Estadual	446	19
CENTRO SUL	Municipal	1.012	88
JEQUITINHONHA	Estadual	551	44
LESTE	Estadual	651	19
LESTE	Municipal	962	113
LESTE DO SUL	Estadual	528	16
LESTE DO SUL	Municipal	428	57
NORDESTE	Estadual	893	9
NORDESTE	Municipal	667	44
NOROESTE	Estadual	204	5
NOROESTE	Municipal	489	98
NORTE DE MINAS	Estadual	1.622	127
NORTE DE MINAS	Municipal	576	37
OESTE	Estadual	975	60
OESTE	Municipal	642	56
SUDESTE	Estadual	1.604	151
SUDESTE	Municipal	1.776	216
SUL	Estadual	2.534	165
SUL	Municipal	1.485	244
TRIÂNGULO DO NORTE	Estadual	235	2
TRIÂNGULO DO NORTE	Municipal	1.289	223
TRIÂNGULO DO SUL	Estadual	312	17
TRIÂNGULO DO SUL	Municipal	835	80
Total		28.915	3.139

Fonte: SCNES/DATASUS

Dos 75 mil profissionais de saúde cadastrados no Sistema Nacional como prestadores de serviços ao SUSMG, 28 mil são médicos. A distribuição nas Regiões Ampliadas de Saúde é demonstrada a seguir:

Tabela 28 – Profissionais de saúde cadastrados como prestadores de serviços ao SUS – competência dezembro de 2015

RAS	Médicos	Outros profissionais de saúde
CENTRO	11.168	14.534
CENTRO SUL	1.009	2.041
JEQUITINHONHA	232	720
LESTE	1.505	2.989
LESTE DO SUL	665	1.496
NORDESTE	662	1.801
NOROESTE	603	1.394
NORTE DE MINAS	1.616	3.302
OESTE	1.133	2.761
SUDESTE	3.036	4.377
SUL	3.497	6.436

RAS	Médicos	Outros profissionais de saúde
TRIÂNGULO DO NORTE	1.728	2.862
TRIÂNGULO DO SUL	1.268	2.417
Total	28.122	47.130

Fonte: SCNES/DATASUS

Produção físico-financeira da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

O estado de Minas Gerais tem um teto financeiro de média e alta complexidade de quase de 4,1 bilhões ano para custeio da produção realizada nos prestadores, financiamento das redes temáticas prioritárias e incentivo aos prestadores conforme metas estabelecidas nos diversos programas federais e estaduais para qualificação da assistência.

Este valor está dividido entre os municípios conforme pactuação realizada entre os gestores na Programação Pactuada Integrada do estado de Minas Gerais, disponível para consulta no sítio ppiassistencial.saude.mg.gov.br.

Entre janeiro e dezembro de 2015, foram realizadas 1.062.386 internações de internações e cerca de 121 milhões de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade:

Tabela 29 – Produção de procedimentos de média e alta complexidade aprovada nos estabelecimentos do SUSMG entre janeiro e dezembro de 2015

		Estadual	Municipal	Total
Hospitalar de Média Complexidade	Quantidade aprovada	389.294	745.567	1.134.861
	Valor aprovado	304.157.308,0	892.210.806,1	1.196.368.114,1
		4	5	9
Hospitalar de Alta Complexidade	Quantidade aprovada	17.593	67.103	84.696
	Valor aprovado	88.779.351,81	389.772.906,8	478.552.258,67
			6	
Ambulatorial de Média Complexidade	Quantidade aprovada	28.069.465	88.311.248	116.380.713
	Valor aprovado	173.660.200,6	604.852.279,0	778.512.479,76
		7	9	
Ambulatorial de Alta Complexidade	Quantidade aprovada	719.331	2.015.575	2.734.906
	Valor aprovado	71.629.639,10	254.022.516,7	325.652.155,87
			7	
Ambulatorial Complexidade Não se aplica	Quantidade aprovada	766.437	1.427.079	2.193.516
	Valor aprovado	18.131.481,95	42.043.465,38	60.174.947,33

Fonte: SIASUS/SIHD/DATASUS

4 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO SUS EM MINAS GERAIS

ATENÇÃO PRIMÁRIA

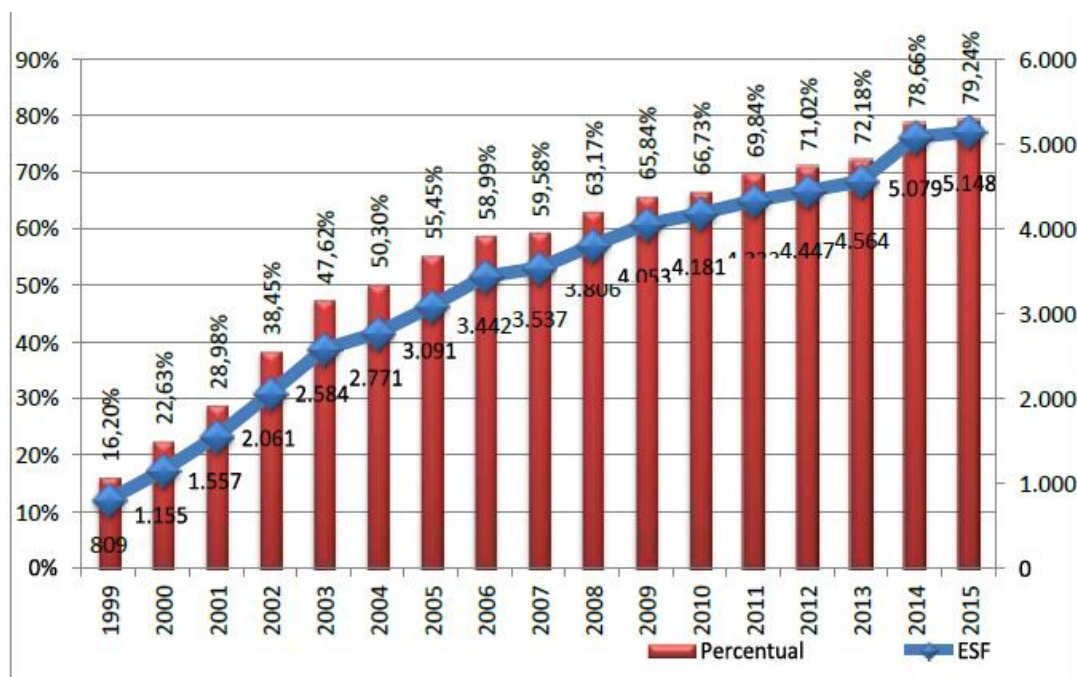
Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), a Atenção Básica, aqui nessa Política denominada Atenção Primária à Saúde (APS), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Internacionalmente a APS é considerada nível essencial do sistema de saúde, representando o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde, baseada em um modelo de atenção que visa o cuidado longitudinal do indivíduo, para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, independente do sexo, idade, órgão acometido ou patologia, proporcionando a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Estratégia de Saúde da Família é uma prioridade da Política Nacional de Atenção Básica para expansão e consolidação da atenção primária. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras formas de organização da atenção primária à saúde deverão seguir as diretrizes da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cobertura pelas Equipes de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais aumentou consideravelmente desde a implantação da estratégia (Gráfico 8), tendo atingido 79,24% de cobertura em dezembro de 2015.

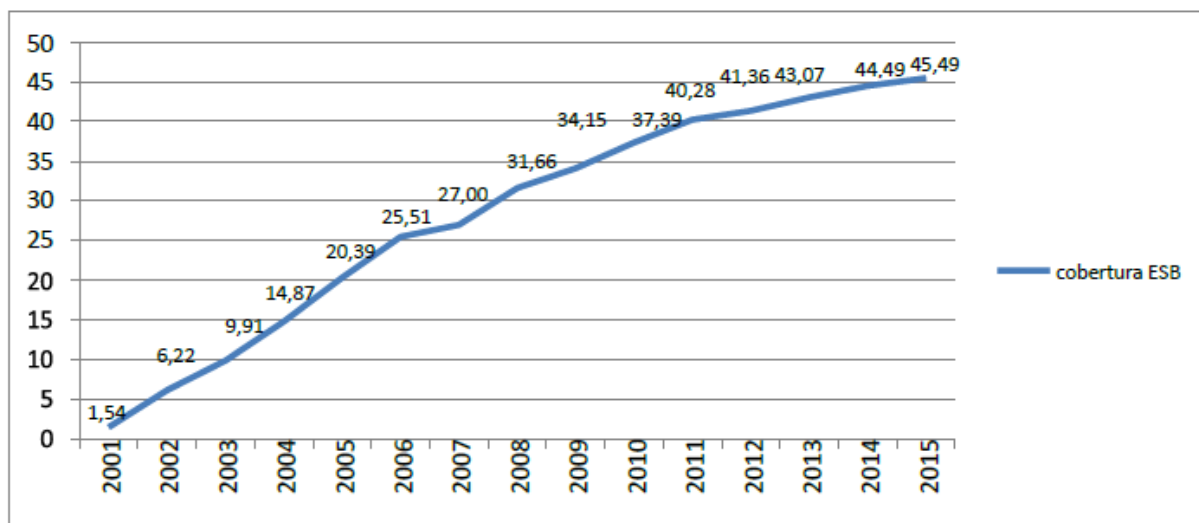
Gráfico 7 - Percentual de Cobertura por Equipe de Saúde da Família em Minas Gerais - Dezembro (1999-2015)



Fonte: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

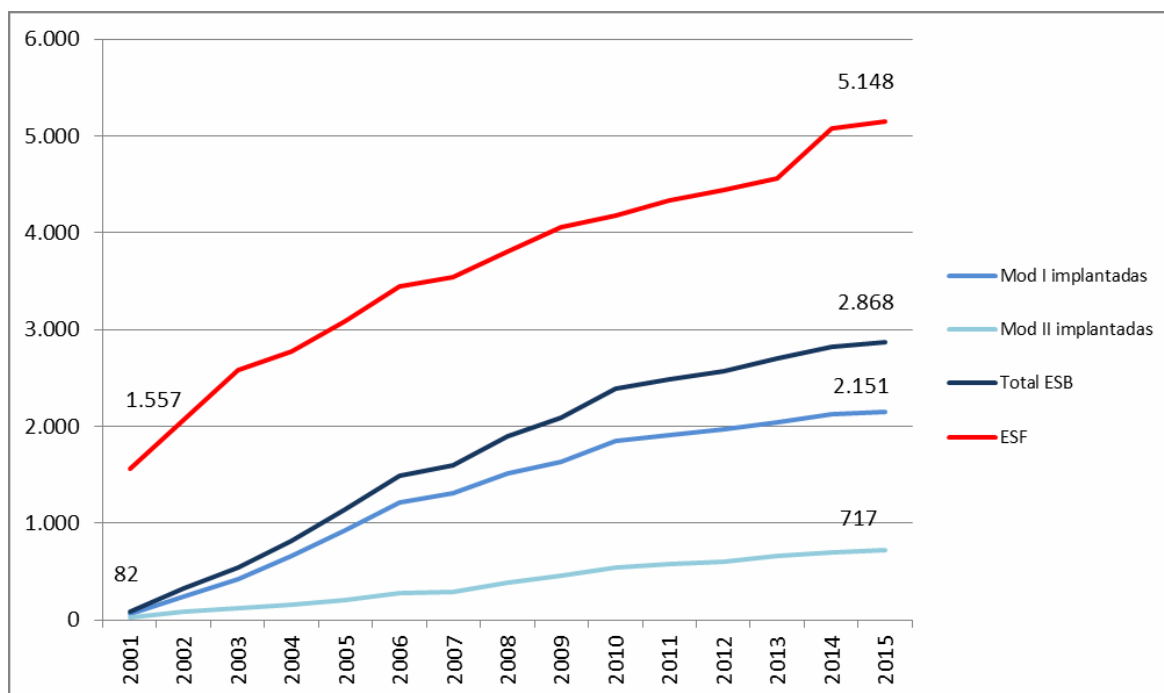
Em relação às equipes de Saúde Bucal na ESF, em dezembro de 2015 a cobertura de equipes de saúde bucal na ESF representava 45,49%, com 2868 equipes (sendo 2151 na modalidade I e 717 na modalidade II).

Gráfico 8 - Evolução da Cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família



Fonte: DAB/MS, 2016

Gráfico 9 - Evolução do número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família



Fonte: DAB/MS, 2016.

Atualmente (dados de maio de 2016), o Estado possui uma cobertura de 79,26% da população pelas equipes da ESF. Totalizando são 5.148 equipes de ESF distribuídas em 853 municípios: 877 Regiões de Saúde com cobertura de 100% e a menor cobertura é de 47,01% na Região de Saúde de Uberlândia/Araguari (Tabela 21).

Tabela 30 - Percentual de Cobertura por Estratégia Saúde da Família nas Regiões de Saúde de Minas Gerais (Maio 2016)

Região de Saúde	Cobertura ESF	Cobertura ESB
AGUAS FORMOSAS	100,00%	95,34%
ALEM PARAIBA	81,41%	56,74%
ALFENAS / MACHADO	68,74%	39,17%
ALMENARA	99,24%	85,57%
ARACUAI	91,85%	64,17%
ARAXA	64,85%	28,10%
BARBACENA	81,58%	48,60%
BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETE	76,34%	30,05%
BETIM	75,32%	31,00%
BOM DESPACHO	99,62%	74,43%
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO	100,00%	72,91%
CAMPO BELO/SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	99,34%	80,70%
CARANGOLA	97,35%	85,18%
CARATINGA	92,82%	64,15%
CONSELHEIRO LAFAIETE / CONGONHAS	86,38%	45,47%
CONTAGEM	60,09%	12,45%
CORACAO DE JESUS	100,00%	88,55%
CORONEL FABRICIANO	71,29%	14,08%
CURVELO	87,96%	36,09%
DIAMANTINA	98,33%	62,62%
DIVINOPOLIS	71,01%	36,71%
FORMIGA	94,65%	88,21%
FRANCISCO SA	100,00%	95,01%
FRUTAL / ITURAMA	72,87%	62,35%
GOVERNADOR VALADARES	84,15%	67,69%

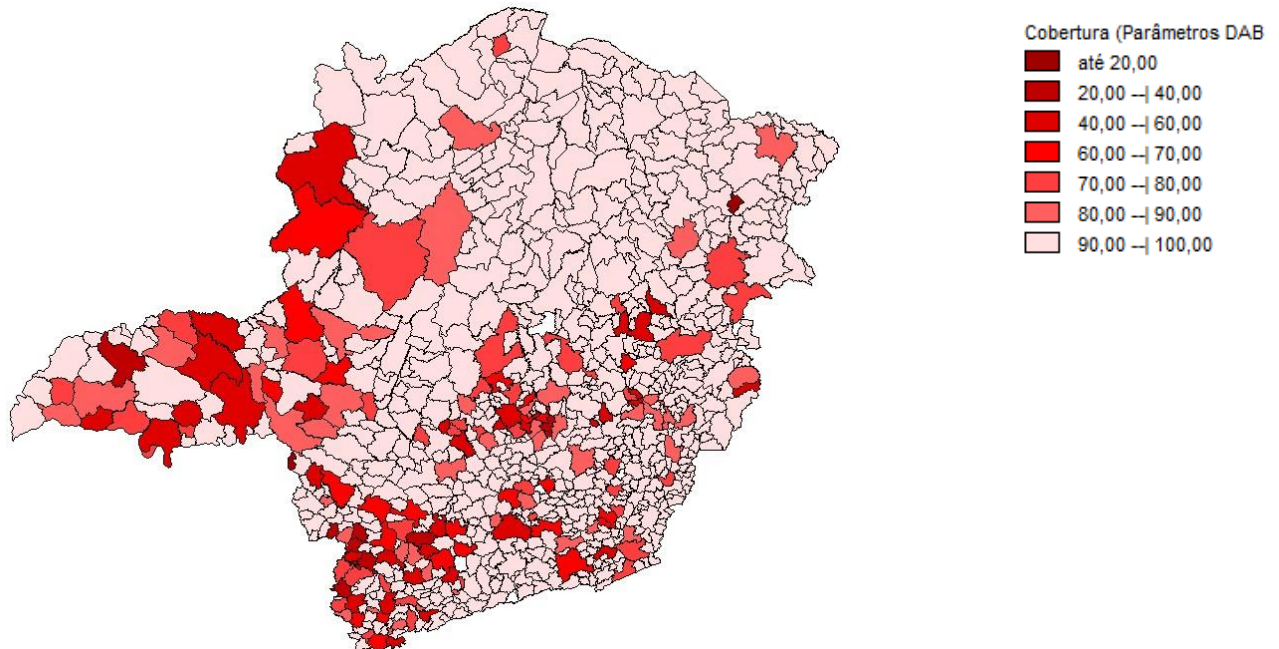
Região de Saúde	Cobertura ESF	Cobertura ESB
GUANHAES	95,84%	61,84%
GUAXUPE	61,04%	27,18%
IPATINGA	71,34%	40,33%
ITABIRA	97,83%	72,29%
ITABIRITO	89,83%	29,94%
ITAJUBA	75,48%	8,39%
ITAOBIM	94,17%	91,62%
ITAUNA	82,78%	34,03%
ITUIUTABA	66,37%	45,97%
JANAUBA/MONTE AZUL	99,97%	90,36%
JANUARIA	90,25%	33,94%
JOAO MONLEVADE	69,51%	18,07%
JOÃO PINHEIRO	82,40%	59,76%
JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE / BOM JARDIM MINAS	67,82%	14,40%
LAVRAS	69,19%	56,63%
LEOPOLDINA / CATAGUASES	95,01%	83,54%
MANGA	100,00%	62,92%
MANHUACU	95,14%	74,59%
MANTENA	100,00%	92,24%
MINAS NOVAS / TURMALINA	99,27%	87,90%
MONTES CLAROS / BOCAIUVA	99,49%	84,70%
MURIAE	92,53%	91,86%
NANUQUE	95,99%	55,05%
PADRE PARAISO	100,00%	88,52%
PARA DE MINAS	82,31%	46,09%
PASSOS / PIUMHI	80,95%	42,18%
PATOS DE MINAS	91,82%	50,90%
PATROCINIO / MONTE CARMELO	76,10%	49,01%

Região de Saúde	Cobertura ESF	Cobertura ESB
PEDRA AZUL	100,00%	100,00%
PIRAPORA	96,42%	67,46%
POCOS DE CALDAS	67,08%	15,75%
PONTE NOVA	93,92%	84,99%
POUSO ALEGRE	74,19%	24,05%
RESPLENDOR	96,24%	78,02%
SALINAS / TAIOBEIRAS	99,92%	87,01%
SANTA MARIA DO SUACUI / SAO JOAO EVANGELISTA	77,11%	57,31%
SANTOS DUMONT	90,46%	8,28%
SAO JOAO DEL REI	75,93%	34,86%
SAO JOAO NEPOMUCENO / BICAS	83,60%	51,07%
SAO LOURENCO	92,48%	74,95%
SAO SEBASTIAO DO PARAISO	96,14%	68,96%
SETE LAGOAS	82,32%	39,47%
TEOFILO OTONI / MALACACHETA / ITAMBACURI	91,73%	58,14%
TRES CORACOES	78,13%	61,58%
TRES PONTAS	57,37%	34,57%
UBA	79,73%	60,70%
UBERABA	59,14%	55,97%
UBERLANDIA / ARAGUARI	47,01%	19,40%
UNAI	69,29%	31,61%
VARGINHA	61,68%	18,47%
VESPASIANO	76,25%	32,51%
VICOSA	87,96%	66,98%
Total	79,26%	45,39%

Fonte: Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde

Individualmente, apenas 65 municípios possuem cobertura por ESF inferior a 70%, 38 deles de 70 a 80%, 27 de 80 a 90%, e a maior parte (723), mais de 90% de cobertura (Figura 39 – Dados Maio 2016).

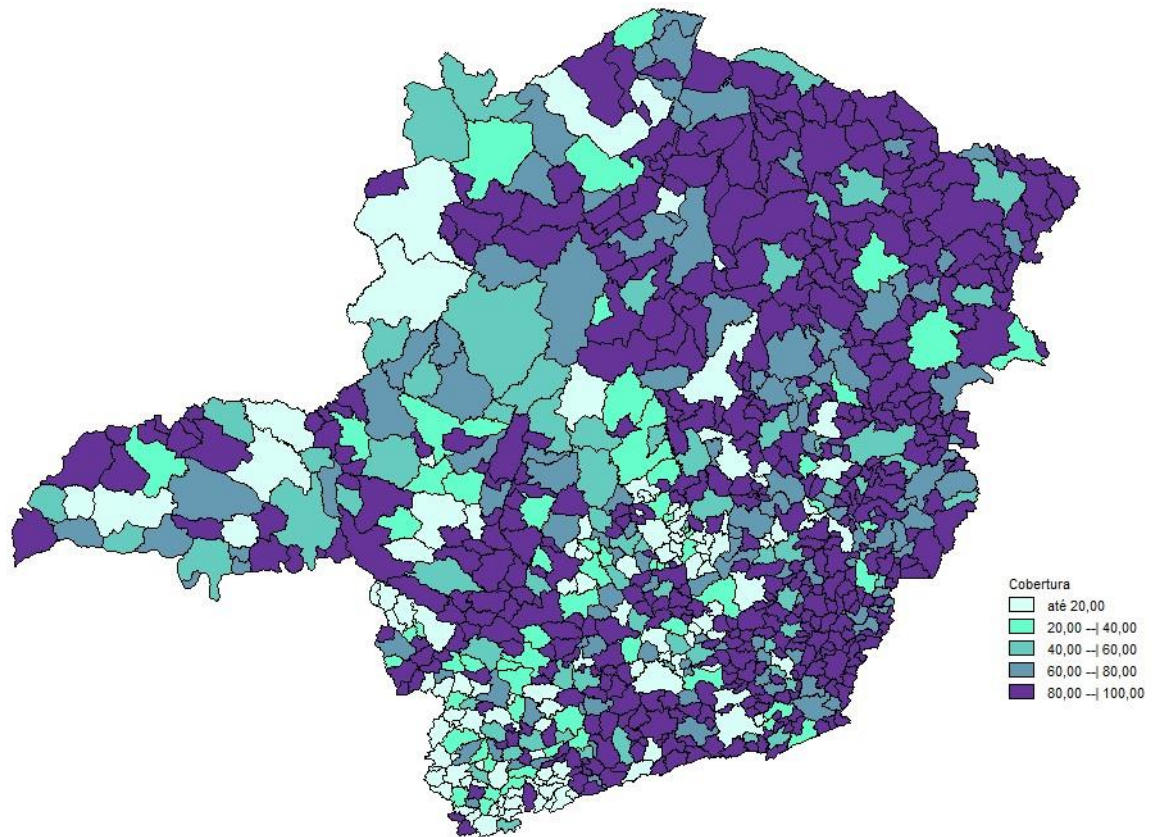
Figura 40 - Cobertura (%) por Estratégia Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais – Fevereiro 2016



Fonte: Departamento de Atenção Básica –DAB /2016. Competência Fevereiro de 2016.

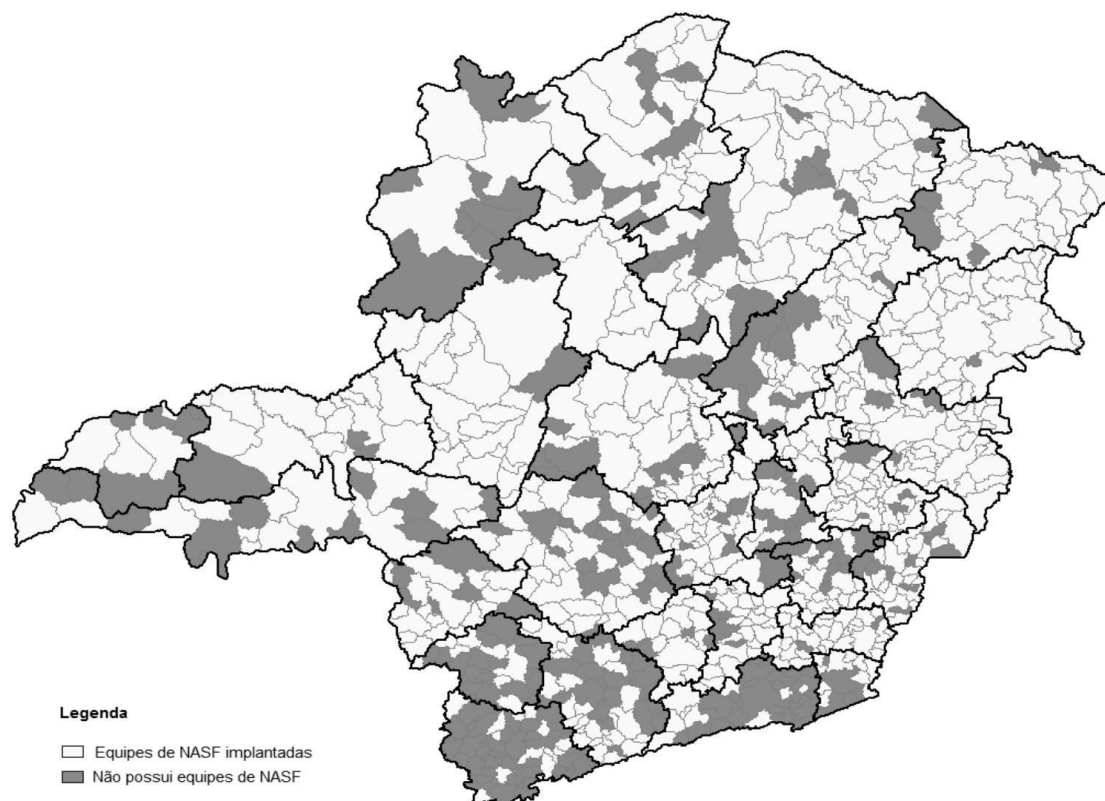
As equipes de Saúde Bucal (ESB) trabalham integradas às equipes de ESF, com a composição básica de cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB), atualmente tem-se 2.885 equipes de SB implantadas em 765 municípios mineiros.

Figura 41- Cobertura (%) por Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais – Fevereiro 2016



Para complementar e apoiar as ações executadas das equipes da ESF e SB, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das ESF e SB, das Equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade destas equipes. O Estado de Minas Gerais possui 716 núcleos distribuídos em 568 municípios (Figura 41).

Figura 42- Distribuição dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais – Fevereiro 2016



Fonte: Departamento de Atenção Básica –DAB /2016 Competência Fevereiro de 2016.

As equipes do Consultório na Rua (eCR) também são equipes da Atenção Primária à Saúde, que são compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. O Estado de Minas Gerais possui 15 equipes de Consultório na Rua implantadas em 12 municípios do Estado.

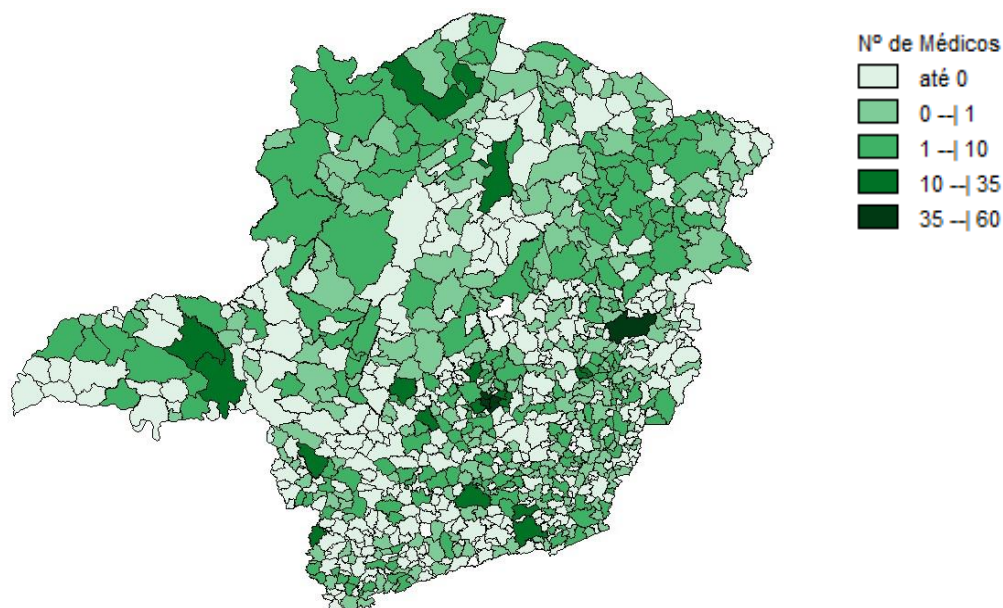
Com a intenção de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, o MS instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). No 1º ciclo do PMAQ, com vigência 2011-2012, no total de 2.954 Equipes de Atenção Básica aderiram ao programa. Já no 2º ciclo, com vigência 2013-2014, foram 4.253 Equipes de Atenção Básica, 2.448 Equipes de SB e 303 NASF que aderiram ao programa. Sendo que, a maior parte das equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal receberam conceito ACIMA DA MÉDIA a MEDIANO ou ABAIXO DA MÉDIA no 2º ciclo. E as equipes de NASF, em sua maior parte, receberam conceito ACIMA DA MÉDIA.

Com a finalidade de modernizar a plataforma de inserção dos dados oriundos as equipes da APS e informatizar as UBS, o MS criou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) operacionalizado através do programa e-SUS. A estratégia de reformulação da plataforma surgiu da necessidade de reduzir a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na Atenção Primária, permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais e não uma atividade em separado. Desde a sua criação é possível que o quantitativo de municípios mineiros que aderiram e implantaram o e- SUS é crescendo, sendo que em dezembro de 2013 eram 183 municípios, já

em dezembro de 2014 eram 501 municípios e em dezembro de 2015 eram 808 municípios.

Verificando a necessidade de ações que melhorassem o provimento e a fixação dos profissionais da saúde em áreas de maior vulnerabilidade e provimento, foram criados pelo MS os programas PROVAB e Mais Médicos. Atualmente no Estado de Minas Gerais, temos 1.360 profissionais médicos pelo Programa Mais Médicos, distribuídos em 465 municípios (Figura 42).

Figura 43 - Distribuição de médicos do programa Mais Médicos nos municípios do Estado de Minas Gerais - Março 2016



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Gerenciamento de Programa (SGP)

São princípios norteadores da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS/MG): acesso, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação, atenção centrada na pessoa e na família, trabalho em equipe, resolutividade, equidade, intersetorialidade e segurança assistencial e qualidade do cuidado. A organização da rede de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais terá como diretrizes: a territorialização, a adscrição dos usuários, a atenção ao primeiro contato ou "porta de entrada", o acolhimento, a responsabilização das equipes de Atenção Primária à Saúde pela atenção à saúde da população adscrita, o planejamento e programação das ações, a vigilância em saúde, a orientação familiar e comunitária, a educação permanente em saúde, a promoção da equidade, a Promoção da Saúde, o matriciamento, participação social e a gestão participativa.

Quanto à infraestrutura, a PNAB define que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são necessárias à realização das ações de atenção primária nos municípios. Apesar disso, os serviços de atenção primária também se organizam nos postos de saúde, nas unidades mistas, nos centros de apoio à Saúde da Família e nas unidades específicas de determinadas populações. Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por tipologia de estabelecimento², encontram-se registrados em Minas Gerais 5.827 estabelecimentos em 853 municípios. Desse total de estabelecimentos, 4.177 possuem, pelo menos, uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) ou uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) atuando na unidade. Ainda, 14 estão cadastrados

como “Unidade de atenção à saúde indígena” e, dentre os estabelecimentos taxados como “Centro de Saúde/Unidade Básica”, existem 28 estabelecimentos que podem ser identificados como penitenciárias.

Para se realizar uma breve análise da situação da infraestrutura dos estabelecimentos existentes no Estado e identificados por intermédio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizaram-se os microdados do 1º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) referentes ao módulo de UBS. O 1º ciclo do PMAQ foi responsável pela realização do Censo das Unidades Básicas de Saúde do Brasil, independentemente do gestor municipal ter ou não aderido com suas equipes ao programa, e nele foram verificadas as condições de infraestrutura, disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos nas UBS no período de referência de maio a outubro de 2012.

Sobre os ambientes físicos existentes nas 4.840 unidades, que podem ser diretamente associadas à listagem de unidades de atenção primária extraída do CNES, os resultados estão resumidos pelos quadros abaixo:

Tabela 31- Quantidade de ambientes físicos existentes nas unidades de atenção primária recenseadas no Estado de Minas Gerais. 1. 2012.

Quantidade de ambientes físicos na unidade	Número de estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde x Ambiente físico							
	Consultório Clínico	Consultório Odontológico	Sala de Curativos	Sala de Procedimentos	Sala de Observação	Sala de Nebulização	Sala de Vacina	Sala de Acolhimento
0	134	1842	1195	2539	3593	3519	1821	2468
1	1818	2793	3629	2240	1125	1311	3010	2239
2	1586	163	12	48	92	6	7	95
3	658	25	1	9	25	1	0	29
4 ou mais	641	5	2	1	3	2	2	5
Não sabe/ Não respondeu	3	12	1	3	2	1	0	4

Fonte: Microdados do PMAQ. 2012.

Consulta realizada na base de dados de 09 de abril de 2016 usando as tipologias de estabelecimento “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde”, “Posto de Saúde”, “Policlínica”, “Unidade Mista”, “Centro de Apoio à Saúde da Família” e “Unidade de atenção indígena”. Foram desconsiderados os estabelecimentos categorizados como “Policlínica” e “Unidade Mista” sem qualquer tipo de equipe de atenção primária.

Tabela 32- Quantidade de ambientes físicos existentes nas unidades de atenção primária recenseadas no Estado de Minas Gerais. 2. 2012.

Quantidade de ambientes físicos na unidade	Número de estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde x Ambiente físico							
	Banheiro de funcionários	Sanitário masculino usuário	Sanitário feminino usuário	Sanitário adaptado para deficientes	Recepção	Sala de Espera	Farmácia	Estocagem de medicamentos
0	556	1427	1568	4104	281	416	2760	3827
1	2042	3164	2917	429	4434	4190	2065	987
2	1793	200	261	280	110	195	2	17
3	250	35	63	9	7	29	0	4
4 ou mais	195	12	30	18	1	6	2	1
Não sabe/Não respondeu	4	2	1	0	7	4	11	4

Fonte: Microdados do PMAQ. 2012.

Tabela 33 - Quantidade de ambientes físicos existentes nas unidades de atenção primária recenseadas no Estado de Minas Gerais. 3.2012.

Quantidade de ambientes físicos na unidade	Número de estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde x Ambiente físico				
	Esterilização	Lavagem e Desinfecção	Expurgo	Local para depósito de lixo comum	Sala de reunião/ACS
0	2828	3005	2988	2605	2510
1	1998	1822	1834	2173	2272
2	8	7	17	11	55
3	2	0	1	5	1
4 ou mais	1	3	0	5	2
Não sabe/ Não respondeu	3	3	0	41	0

Fonte: Microdados do PMAQ. 2012.

Quanto aos ambientes assistenciais, é possível destacar avanços na organização estrutural das unidades e desafios a serem superados. Do ponto de vista dos avanços, é possível verificar que 4.703 unidades (aproximadamente 97%) possuem pelo menos um consultório clínico; 2.986 unidades possuem pelo menos um consultório odontológico; 3.644 unidades (aproximadamente 75%) possuem pelo menos uma sala de curativos; e 3.019 das unidades possuem pelo menos uma sala de vacina.

Paralelamente, pode-se verificar que mais de 50% do montante total de unidades não possuem sala de acolhimento. Ademais, ao analisar a quantidade de salas de procedimento e de observação nas unidades, destaca-se que mais de 50% das unidades não possuem sala de procedimento e quase 75% das unidades não possuem sala de observação e ainda que 2.157 unidades (44%) não possuem nenhum dos dois tipos de ambiente. Há um quantitativo significativo de unidades que não possuem sala de nebulização (73%), podendo este fato ser explicado pela falta de obrigatoriedade de existência de espaço físico próprio para inalação de gases e pela coexistência desse ambiente junto da sala de cuidados básicos/procedimentos/observação.

Sobre os ambientes administrativos, pode-se verificar que 4.420 unidades possuem pelo menos uma sala de espera (aproximadamente 91%) e 4.552 unidades possuem pelos menos uma recepção (aproximadamente 94%), evidenciando que a maior parte das unidades possui ambiente destinado à espera de usuários para diferentes atividades da unidade e ambiente para registro de pacientes e guarda de prontuários.

Ademais, 4.280 unidades (aproximadamente 88%) possuem pelo menos um banheiro para funcionários; 3.411 unidades (aproximadamente 70%) possuem pelo menos um sanitário masculino para usuário; e 3.271 unidades (aproximadamente 67%) possuem sanitário feminino para usuário. Apesar disso, é elevado o quantitativo de unidades sem sanitários adaptados para deficientes (em torno de 85%) e sem ambientes administrativos para esterilização e lavagem de peças e de utensílios de uso corrente da unidade (aproximadamente, 58% e 62%, respectivamente, das unidades).

Ainda analisando os dados do censo do PMAQ, pode-se perceber que 4.316 unidades não possuem pisos, paredes e tetos de superfície lisa e lavável, 1.176 unidades possuem mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas e 606 unidades identificam cheiro de esgoto.

Sobre a existência de equipamentos nas unidades de atenção primária, o censo realiza um levantamento de vários itens, sendo relevante destacar os dados relacionados aos equipamentos de maior porte e/ou maior custo nessa análise. Do total de 4.840 estabelecimentos de atenção primária à saúde, foi verificado que 4.337 unidades (89% aproximadamente) possuem pelo menos 1 balança infantil; 2.972 unidades (61% aproximadamente) possuem geladeira exclusiva para vacina; 4.257 unidades (88% aproximadamente) possuem pelo menos uma mesa para exames ginecológicos; 4.556 unidades (94% aproximadamente) possuem pelo menos uma mesa para exame clínico; e 3.165 unidades (65% aproximadamente) possuem pelo menos um computador.

Apesar disso, constata-se também, de forma aproximada, que 51% das unidades não dispõem de autoclave para esterilização de materiais; 85% das unidades não possuem balança antropométrica com capacidade para suportar até 200 kg; 80% das unidades não possuem nenhuma geladeira para farmácia; e 87% das unidades não possuem nenhum oftalmoscópio.

Sobre os equipamentos odontológicos, destaca-se que, do total de unidades investigadas, 2.286 dispõem de amalgamador; 2.561 possuem cadeira odontológica; 2.523 possuem compressor; 2.521 dispõem de equipo; 2.543 possuem refletor; 2.539 dispõem de unidade auxiliar; e 2.341 são dotados de aparelho fotopolimerizador.

Para além da inexistência dos equipamentos, tem-se que registrar que não foi analisado o estado de

conservação para a maior parte dos itens (o censo somente trata dessa questão para os equipamentos odontológicos e de tecnologia da informação), sendo que muitos deles se tornam obsoletos ou desgastados com o tempo, necessitando de substituição; ou precisam de manutenção, que também gera custos e pode levar à ineficiência do equipamento.

Esse pequeno cenário permite demonstrar que um grande quantitativo de unidades não se encontra de acordo com os parâmetros físicos vigentes pela Portaria GM/MS nº 340, de 04 de março de 2013, nem pela Resolução SES/MG nº 3.962, de 16 de outubro de 2013 por não possuírem vários ambientes considerados obrigatórios. Soma-se a isso o fato de muitas unidades estarem em locais improvisados ou alugados cuja estrutura física não permite que os espaços existentes possuam as dimensões mínimas adequadas à prestação de serviços nem que haja organização do processo de trabalho com priorização dos fluxos assistenciais.

Para enfrentar tal situação, o Ministério da Saúde instituiu em 2011, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde que tem por objetivo criar incentivo financeiro para reforma, ampliação e construção de UBS, possibilitando prover condições adequadas para o trabalho em saúde. Considerando a planilha de acompanhamento do programa de abril de 2016 do Ministério da Saúde, no período de 2012 a 2015, tem-se 508 contemplações vigentes no componente ampliação, 529 contemplações vigentes no componente construção e 454 contemplações vigentes no componente reforma. Desse total de contemplações, destaca-se que 266 obras encontram-se concluídas no componente ampliação, 86 obras encontram-se concluídas no componente construção e 243 obras encontram-se concluídas no componente reforma.

Complementando os esforços federais, o Estado de Minas Gerais também criou incentivos financeiros para construção e adequação (reforma e/ou ampliação) de UBS nos anos de 2012 a 2015, estando vigentes 334 contemplações de construção e 20 contemplações de adequações de unidades de saúde relacionadas à atenção primária. Ademais, dentro do financiamento estadual, encontra-se prevista a entrega de equipamentos permanentes mínimos para equipar e mobiliar as unidades construídas de 2012 a 2014 no modelo padrão estadual, nos termos da Resolução SES/MG nº 4.963, de 21 de outubro de 2015.

Considerando o cenário exposto e os esforços federais e estaduais praticados para ampliação e para melhoria física das unidades de saúde, o objetivo a ser traçado para os próximos anos envolve o aprimoramento dos esforços de financiamento de forma a encerrar as ações iniciadas e traçar novas estratégias para a infraestrutura, física e de equipamentos, com equidade na repartição de recursos e maior aproximação com as condições existentes no território.

Para permitir a concretização da PEAPS, o Estado participa do financiamento das ações e dos serviços de atenção primária à saúde, considerando critérios de equidade e qualidade, com vistas à implantação, acompanhamento e qualificação desse nível de atenção e ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família. Uma das estratégias de financiamento representativa para todos os municípios do Estado é o cofinanciamento da APS cujos incentivos possuem caráter regular e se destinam à manutenção dos serviços.

Essa estratégia tem sido fortalecida a partir da revisão dos instrumentos de repasse sendo que, em 2015, houve incorporação de incentivos para outras equipes e ampliação dos valores a serem transferidos a cada município. O processo de revisão pretende ser continuado para aprimorar a distribuição dos recursos e induzir a organização da assistência.

Saúde da Criança

A Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) envolve ações desenvolvidas na atenção primária à saúde como a avaliação do crescimento intraútero, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança - com classificação de risco, para garantir o cuidado mais intensivo às crianças que têm maior probabilidade de adoecer e morrer.

A PNAISC visa promover a articulação intersetorial e interinstitucional, estabelecendo diretrizes, normas, protocolos e metodologias específicas que favoreçam a implementação da atenção integral à saúde da criança e continuidade do cuidado.

A área da saúde da criança é responsável por elaborar as ações de atenção integral à saúde da criança, atenção à saúde do recém-nascido (RN), atenção à saúde de crianças em situação de vulnerabilidades, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e prevenção de violências.

Dentre as estratégias desenvolvidas em Minas Gerais, para atenção à saúde da criança, destacam-se:

- Rede Amamenta: seu objetivo geral é contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país;
 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): tem como objetivo mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade e estabelecimentos com leitos de parto para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce;
 - Banco de Leite Humano: são centros públicos especializados, sem fins lucrativos e obrigatoriamente vinculados a hospitais maternos e/ou infantis, responsáveis pela promoção do incentivo ao Aleitamento Materno, e execução das atividades de coleta, processamento e distribuição do Leite Humano sob rigoroso controle de qualidade (REDEBLH, 2005);
 - Método Canguru: faz parte da Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido. Tem como objetivo melhorar os cuidados prestados ao RN, promovendo o contato pele a pele entre a mãe e seu bebê, fortalecendo o vínculo afetivo, aumentando a estabilidade térmica e melhorando o desenvolvimento da criança, bem como reduzindo o tempo de internamento e, conseqüentemente, os custos da assistência perinatal;
- Mulher Trabalhadora: esta iniciativa visa auxiliar a redução da mortalidade infantil com o incentivo da amamentação mesmo após o retorno da mãe trabalhadora de sua licença- maternidade.

O número de nascidos vivos em Minas Gerais no ano de 2014 foi de 267.041 crianças, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

A melhoria das ações na Atenção Primária e a organização das redes de atenção visam uma redução no número de internações, em especial em relação à assistência às crianças, pois algumas condições podem estar relacionadas a internações evitáveis. No Estado, 46,97% das internações em menores de 1 ano ocorrem por afecções originadas no período perinatal. Asdoenças do aparelho respiratório é a principal causa de internações entre crianças de 1 a 4 anos (42,06%) e em crianças de 5 a 9 anos (27,73%), conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela 34 - Frequência e proporção de internação pelas principais causas no grupo etário menor de 1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade, Minas Gerais, 2015.

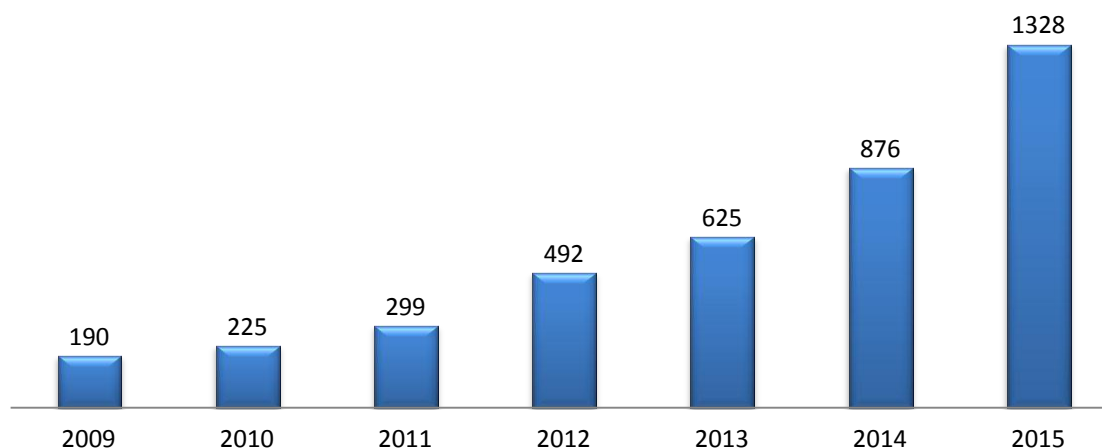
Grupo de Internações por causas	Menor de 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos	
	N°	%	N°	%	N°	%
	1. Doenças do aparelho respiratório	12.749	23,08	17.686	42,06	8.348
2. Algumas afec originadas no período perinatal	25.942	46,97	83	0,20	26	0,09
3. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.184	11,20	6.191	14,72	3.242	10,77
4. Lesões enven e alg out conseq causas externas	563	1,02	3.244	7,71	4.579	15,21
5. Doenças do aparelho digestivo	1.666	3,02	2.779	6,61	3.682	12,23
6. Doenças do aparelho geniturinário	1.432	2,59	2.275	5,41	2.020	6,71
7. Demais grupos de causas	6.699	12,13	9.792	23,29	8.206	27,26
TOTAL	55.235	100	42.050	100	30.103	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

No período entre 2009 a 2015, observa-se um aumento do número de casos notificados de sífilis congênita, conforme mostra a figura abaixo:

Gráfico 10. Frequência de casos notificados de Sífilis Congênita, 2009 a 2015, Minas Gerais



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/DVE/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG

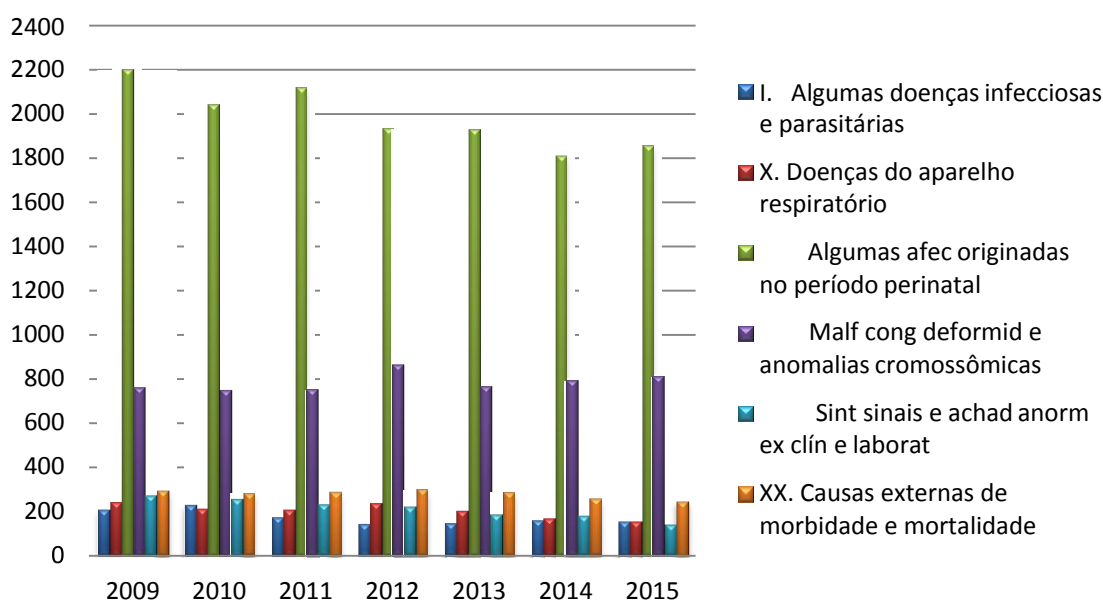
*Dados Parciais (19/07/2016)

Um importante indicador para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada à criança é a taxa de mortalidade infantil. Essa taxa, que representa o risco de uma criança vir a morrer no primeiro ano de vida, tem sido historicamente utilizada como um indicador para avaliar as condições de saúde e de vida da população e, mais recentemente, para avaliar o desempenho dos serviços de saúde.

A taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais, em 2000, foi 20,8 óbitos de crianças menores de um ano para cada 1.000 nascidas vivas (SES/MG, 2005). O diagnóstico dessa situação evidencia que as causas, de um lado, são relativas a agravos da gestação que levam ao nascimento prematuro e complicações no momento do parto e, de outro, as diarreias, pneumonias e desnutrição, todas elas, na maioria dos episódios, causas evitáveis. A taxa de mortalidade em 2014 foi de 11,33 mortes de crianças menores de um ano para cada 1.000 nascidas vivas, que evidencia significativa queda deste indicador (SES/MG, 2016).

O gráfico abaixo ilustra as principais causas de morte.

Gráfico 11. Mortalidade em crianças de 0 a 9 anos por capítulo CID- 10, entre 2009 a 2015, Minas Gerais.



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG

* Dados de 2014 a 2016 atualizados em 18 de julho de 2016, portanto sujeitos a alterações.

Dentre as principais causas de mortalidade entre crianças de 0 a 9 anos, no período de 2009 a 2015, 48,01% dos óbitos decorreram de afecções originadas no período perinatal. As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas correspondem a 19,98% desses óbitos. Essas duas principais causas de óbitos representam 67,99% do total de óbitos.

Diante deste cenário de redução da mortalidade infantil enfatiza-se a importância dos programas de saúde integral à criança e políticas que garantem melhoria de acesso aos serviços de saúde, de assistência e melhores condições de vida para a população, em especial às crianças.

Em Minas Gerais, no ano de 2015, a evitabilidade dos óbitos infantis foi identificada em 63% dos casos. Assim, faz-se necessário o fortalecimento de ações para a redução de óbitos evitáveis e contínuo monitoramento e investigação pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Com isso, torna-se importante implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) instituída pela Portaria 1.130, de 5 de agosto de 2015 que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Saúde do Adolescente

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano marcada por profundas transformações biopsicossociais. Nas últimas décadas, a proporção de adolescentes aumentou consideravelmente em relação à população mundial. As ações de saúde do adolescente visam a implantação e implementação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, com atendimento para adolescentes e jovens de ambos os sexos, de 10 a 24 anos.

Essas ações devem levar em consideração o contexto histórico, social, cultural, econômico e político em que vivem, permeadas por práticas educativas em uma perspectiva participativa, emancipatória e voltadas para a equidade e cidadania. Na atenção integral à saúde, a participação juvenil deverá ser estimulada e apoiada em ações cooperativas entre profissionais, adolescentes e jovens, favorecendo seu desenvolvimento, sua autonomia e a prática cidadã.

No ano de 2012, a população de adolescentes no Estado, na faixa etária de 10 a 19 anos, representava aproximadamente 17,4% da população. Quanto ao sexo, 51% são adolescentes do sexo masculino e 49% adolescentes do sexo feminino. (IBGE)

A saúde sexual e reprodutiva é uma das principais discussões da adolescência. Segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 18):

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dizem respeito a muitos aspectos da vida: o poder sobre o próprio corpo, a saúde, a liberdade para a vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade. Mas podemos dizer que dizem respeito, antes de mais nada, aos acordos para a vida em sociedade e à cidadania. Os direitos reprodutivos compreendem o direito básico de todo casal e de toda pessoa escolher o número de filhos (as), o espaçamento entre um e outro; a oportunidade de ter filhos (as), de ter informação e meios de assim o fazer, gozando dos mais elevados padrões de saúde sexual e reprodutiva.

Estudos realizados no Brasil e no mundo mostram que a vida sexual dos adolescentes tem início cada vez mais cedo e que a precocidade está associada ao sexo desprotegido e ao maior número de parceiros ao longo da vida (SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007). A gravidez indesejada e o não uso, ou uso inadequado de preservativos, pode trazer consequências graves para a saúde dos adolescentes. Percebe-se diante desse cenário, o aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre os adolescentes e jovens. Entre os anos de 2009 a 2015 houve um aumento significativo nos casos de Sífilis. Dentre as ISTs, Sífilis representava apenas 1,01% no ano de 2009, HIV/AIDS 15,20% e Hepatites 83,78%. Já no ano de 2015, Sífilis ultrapassou os 60% do total das ISTs. Os casos de HIV/AIDS também sofreram aumento nesse mesmo período, conforme a tabela abaixo:

Tabela 35. Frequência de casos de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites por faixa etária, 2009-2016, MG³.

Ano Diagnóstico	10 - 14 anos			15 - 19 anos			Total		
	HIV/AIDS	Sífilis	Hepatites	HIV/AIDS	Sífilis	Hepatites	HIV/AIDS	Sífilis	Hepatites
2009	6	0	62	39	3	186	45	3	248
2010	6	0	50	55	12	172	61	12	222
2011	5	9	89	66	71	278	71	80	367
2012	6	11	58	70	144	130	76	155	188
2013	5	13	50	77	186	96	82	199	146
2014	8	23	42	139	296	113	147	319	155
2015	8	35	42	131	539	197	139	574	239
2016 ⁴	1	20	11	68	314	71	69	334	82
TOTAL	45	111	404	645	1565	1243	690	1676	1647

Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/DVE/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) mostram que as causas externas é a principal causa de mortalidade na faixa etária de 10 a 19 anos, com 68% dos óbitos no ano de 2014. Do total de óbitos ocorridos por causas externas, 88% era do sexo masculino e 12% sexo feminino. Os demais óbitos estão relacionados a neoplasias 6,23%, causas mal definidas 5,60%, doenças do sistema nervoso 4,79%, doenças do aparelho circulatório 3,55% e demais grupos de causas 13,43%. Observa-se que nessa população o número de óbitos por causas externas é maior do que a soma dos óbitos pelas principais causas de morte na adolescência.

³ Casos confirmados de HIV/AIDS, e casos notificados de Sífilis e Hepatites

⁴ Dados Parciais (18/07/2016)

Tabela 36 - Frequência e proporção de óbitos pelas principais causas de mortalidade no grupo etário de 10 a 19 anos de idade, Minas Gerais, 2010 - 2014

Grupo de Causas	10 - 19 anos	
	Nº	%
1. Causas Externas	7.830	66,40
1.1 Agressões	4.104	
1.2 Acidente de transporte	2.111	
1.3 Envenenamento	434	
1.4 Lesões autoprovocadas intencionalmente	354	
2. Neoplasias	735	6,23
3. Causas Mal Definidas	661	5,60
4. Doenças do Sistema Nervoso	565	4,79
5. Doenças do Aparelho Circulatório	419	3,55
6. Demais grupos de causas	1.576	13,43
TOTAL	11.786	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De forma geral, pretende-se promover o desenvolvimento integral da adolescência e da juventude por meio da construção de políticas públicas capazes de prover atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade, articulando com outros parceiros internos e externos, contribuindo para a redução da morbimortalidade e o pleno crescimento e desenvolvimento. As diretrizes para implementação da atenção à saúde integral do adolescente, deve ter a promoção da saúde como eixo transversal de atuação, assumindo uma perspectiva de humanização e estimulando a autonomia e o empoderamento deste grupo populacional.

Saúde do Idoso

O envelhecimento da população brasileira vem acontecendo de forma acelerada, sendo que em meados deste século teremos uma esperança de 81,3 anos. Resultando numa mudança do perfil demográfico e epidemiológico em todo o país gerando uma nova realidade no segmento da saúde. A transição demográfica ocorreu de forma acelerada com um aumento particularmente da população mais idosa, com elevada morbidade e incapacidade funcional nessa faixa etária. Incapacidade funcional é a capacidade de

executar suas atividades cotidianas com independência e autonomia, podemos considerar sinônimo de qualidade de vida para essa população. O aumento da expectativa de vida é resultado de uma melhoria das condições de vida em geral e particularmente da saúde com maior acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, à tecnologia médica avançada, aos serviços de saneamento básico, escolaridade, entre outros determinantes. O conceito de saúde do idoso é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo e é estimado pelo nível de independência e autonomia individual.

Foi desenvolvida nos últimos anos a Rede Mais Vida – Rede de Atenção ao Idoso com vistas à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Tem como estratégia integrar e descentralizar as ações de atenção à saúde do idoso por meio da organização de um conjunto de ações sistêmicas qualificadas e articuladas entre si. Esse sistema busca a integralidade do cuidado com a responsabilização dos profissionais da rede e a vinculação do usuário e família para os cuidados propostos.

Atualmente o Estado de Minas Gerais possui 3 (três) redes em funcionamento, com abrangência por região ampliada de saúde sudeste, norte e região de saúde centro, mas devido ao critério populacional só atende o município de Belo Horizonte. Os centros de atenção secundária/Centros Mais Vida/CMV estão localizados, respectivamente, nos municípios de Juiz de Fora, Montes Claros e Belo Horizonte. Em 2015, os Centros Mais Vida atenderam 16.065 idosos, onde foram realizados 250.191 procedimentos.

Tabela 37 - Ações da rede mais vida em 2015

AÇÕES REDE MAIS VIDA - 2015		
Produção dos Centros Mais Vida	Idosos atendidos	16.065
	Procedimentos realizados	250.191
Cobertura vacinal Influenza <small>Dado disponível no site: si.pni.datasus.gov.br</small>		91,27%

Nos dados epidemiológicos temos como as principais causas de morbidade na população idosa no período de abril de 2015 a março de 2016 as doenças do aparelho circulatório (24%), doenças do aparelho respiratório (15,7%) e neoplasias (11%), como pode ser visto na tabela 28, já com relação aos dados de mortalidade temos como as principais causas são doenças do aparelho circulatório (31,7%), neoplasias (17,34%) e doenças do aparelho respiratório (14,99%). Buscando contemplar abordagem preventiva, curativa e reabilitadora dessas patologias temos no estado de Minas Gerais, além do trabalho realizado na atenção primária à saúde e nos Centros Mais Vida temos abordagens nos demais pontos da rede. Na rede de atenção à saúde temos os centros de especialidades médicas, que contemplam os atendimentos em consultas especializadas nas áreas de angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologista, ortopedia, nefrologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, mastologia, otorrinolaringologista, pneumologista, enfermagem, serviço social, nutrição, psicologia entre outros. Foram publicadas a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.238, de 09 de dezembro de 2015, que aprova a definição da estratégia de Atenção Especializada Ambulatorial no Estado de Minas Gerais por meio da implementação do Centro de Especialidades Multiprofissionais (CEM) e a Resolução SES/MG Nº 5.067, de 09 de dezembro de 2015, que define a estratégia de Atenção Especializada Ambulatorial no Estado de Minas Gerais, por meio da implementação do Centro de Especialidades Multiprofissionais (CEM).

Tabela 28: Dados de morbidade em idosos no período de abril de 2015 a março de 2016.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Minas Gerais		
Internações segundo Capítulo CID-10		
Faixa Etária 1: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais		
Período: Abril/2015-Março/2016		
Capítulo CID-10	Internações	Percentual
TOTAL	354.813	100%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26.858	7,57%
II. Neoplasias (tumores)	39.519	11,14%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18.409	5,19%
IX. Doenças do aparelho circulatório	85.315	24,05%
X. Doenças do aparelho respiratório	55.725	15,71%
XI. Doenças do aparelho digestivo	32.606	9,19%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	27.691	7,80%
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.	27.223	7,67%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: 1. Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

2. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

Tabela 29- Dados de mortalidade no período de 2014.

Óbitos p/Residência segundo Capítulo CID-10		
Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais		
Período: 2014		
Capítulo CID-10	Óbitos p/Residência	Percentual
TOTAL	84.016	100%
II. Neoplasias (tumores)	14.568	17,34%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5.487	6,53%
VI. Doenças do sistema nervoso	2.887	3,44%
IX. Doenças do aparelho circulatório	26.631	31,70%
X. Doenças do aparelho respiratório	12.592	14,99%
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.781	4,50%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6.417	7,64%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.118	3,71%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações. Nota:

1 - Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011".

Saúde do Homem

De forma geral os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente. Apresentam também maior exposição às situações de risco para saúde, como: consumo de cigarro, álcool e drogas ilícitas, envolvem-se mais em acidentes e situações de violência (agressão física, homicídios, suicídios e acidentes de transporte), gerando um importante impacto sobre a saúde dos homens dessa população em todo o mundo (BRASIL, 2009).

Outro ponto a ser abordado nessa população, é o conceito de masculinidade que embora venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar por este papel, já o homem seu papel é considerado de provedor, alegando não haver tempo para cuidar de sua saúde (BRASIL, 2009).

Em geral os homens buscam o serviço de saúde por meio da atenção especializada, o que traz como consequência, o agravamento de sua condição em virtude do retardo na atenção. Dessa forma, torna-se necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2009).

Segundo dados do DATASUS MG, 2016, das causas de mortalidade na população masculina, entre 20 e 59 anos, em Minas Gerais no ano de 2015 observou-se que a maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas (32%), em segundo lugar, estão às doenças do aparelho circulatório (16,2%), em terceiro, as neoplasias (13,2%), em quarto, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (10,1%), em quinto as doenças do aparelho digestivo (7,5%), em sexto, as doenças infecciosas e parasitárias (5,3%) e em sétimo, as doenças do aparelho respiratório (4,9%). 10,8 % correspondem a outras causas de mortalidade geral.

Para qualificar a saúde da população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tem o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde dos homens de 20 a 59 anos população masculina e reduzir sua morbimortalidade, garantindo a promoção e proteção da saúde do homem em conformidade com suas peculiaridades socioculturais. As ações de atenção integral à Saúde do homem baseiam-se nos 5 eixos da PNAISH : Acesso e Acolhimento, Prevenção de Violência e Acidentes, Paternidade e Cuidado, Saúde Sexual e Reprodutiva e Doenças Prevalentes na população masculina (BRASIL, 2009). A PNAISH tem a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as diversas Políticas Públicas de Saúde, entre elas, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, à Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde, entre outras.

Considerando as particularidades de saúde da população masculina, como os altos índices de morbimortalidade por determinadas enfermidades e agravos, é necessário implantar uma Rede de Atenção à Saúde que garanta um cuidado integral, voltado às especificidades dessa população.

Entre as principais ações a serem desenvolvidas no Estado de acordo com o objetivo da PNAISH destacam-se: a criação e publicação de uma linha de cuidado, incentivo a implementação e implantação da PNAISH pelos municípios; oferta de incentivos financeiros estaduais ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem, fomentar o aumento do acesso e a oferta de serviços de saúde para essa população, criação e rediscussão de protocolos, fluxos e oferta de serviços especializados. Acredita-se que essas ações poderão levar a um fortalecimento da rede de atenção à Saúde do Homem.

Diante desse contexto pretende-se aumentar o acesso do homem aos serviços de atenção integral à saúde, incluindo as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e conseqüentemente redução da morbimortalidade nessa população.

Saúde da Pessoa Privada de Liberdade e dos Adolescentes e das Adolescentes em conflito com a lei

A coordenação de Saúde da Pessoa Privada de Liberdade foi criada no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde em 2007, com o objetivo de garantir acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade e aos adolescentes em conflito com a lei nos parâmetros do SUS. Amparado pela legislação em vigor, desenvolve seu trabalho a partir da compreensão de que esta população tem tido seu acesso à saúde historicamente negado ou dificultado, não se inserindo efetivamente no SUS. Assim, trabalha-se com a perspectiva de que essa população, independente de seu local de origem, está sob responsabilidade sanitária do município em que se encontram as unidades prisionais e socioeducativas, devendo ter o direito à saúde respeitado como os demais munícipes em liberdade. Para desenvolver as ações e as políticas para este público a coordenação atua de maneira articulada com a Secretaria de Estado da Defesa Social que administra as unidades prisionais e a execução das medidas socioeducativas, além de buscar um constante Entendendo também o acesso à saúde como um direito humano universal e que por vezes o sistema penitenciário e socioeducativo, pela sua estrutura, contribui para a violação de direitos, tem-se feito aproximações com a Secretaria de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania do Estado de Minas Gerais reafirmando o papel de promoção da cidadania exercido pela saúde neste contexto.

Entende-se como pessoa privada de liberdade os homens e mulheres detidos nas cadeias públicas, CERESP, presídios, penitenciárias, complexos penitenciários e APACs, em regime fechado ou semiaberto. Por sua vez, os adolescentes em conflito com a lei são aqueles entre 12 e 18 anos que cumprem alguma medida socioeducativa de meio aberto, semiaberto ou fechado.

Saúde da Pessoa Privada de Liberdade

O Estado de Minas Gerais apresenta, atualmente, um cenário complexo de privação de liberdade, sendo o segundo Estado do país com mais pessoas presas. Até Abril de 2016, temos 65.975 pessoas privadas de liberdade, sendo 62.561 homens e 3.414 mulheres, distribuídos em 282 unidades prisionais localizadas em 219 municípios.

A discussão sobre o acesso à saúde para a pessoa privada de liberdade começa a solidificar-se com a Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de Setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, estabelecendo ações para promover a saúde dessa população e controlar e reduzir os agravos mais frequentes que a acometem. Porém, apenas em 2014 é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP), no âmbito do SUS, pela Portaria Interministerial nº 01, de 02 de Janeiro de 2014, que estabelece diretrizes e incentivo financeiro para as ações, representando um avanço para inserção definitiva dessa população no SUS. A política pressupõe dois modelos de assistência, podendo ter uma equipe de saúde atuando internamente nas unidades ou uma equipe de atenção primária de referência no território, de acordo com o número de pessoas de cada unidade. As equipes podem ainda ser acrescidas de profissionais de saúde mental de acordo com as necessidades identificadas.

Atualmente, o Estado vivencia uma transição do plano estabelecido na Portaria nº 1777 para a PNAISP, havendo até o início de maio de 2016, 62 municípios aderidos à PNAISP, aguardando habilitação do Ministério da Saúde.

Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei

Discutir o acesso à saúde pelos adolescentes em conflito com a lei pressupõe o conhecimento de uma série de legislações sobre o direito de crianças e adolescente, como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e da Lei nº 12.594, de 18 de Janeiro de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

A discussão da assistência à saúde teve como um dos primeiros marcos legais a publicação da Portaria Interministerial Nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que estabeleceu as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, seguida da Portaria 647 de 11 de novembro de 2008 que instituiu a Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI e, mais recentemente, a Portaria 1082 de 23 de Maio de 2014 que redefine a PNAISARI, incluindo o comprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado e estabelecendo novos critérios e fluxos de adesão e assistência à saúde.

Esta portaria de 2014 traz a discussão do acesso à saúde como ferramenta importante na ressocialização dos adolescentes e na execução das medidas socioeducativas, priorizando o atendimento e a circulação do adolescente pela rede municipal de saúde, fortalecendo seus vínculos com o território e demais políticas públicas. Diferentemente da PNAISP, a PNAISARI

não prevê uma equipe de saúde nas unidades socioeducativas, mas que haja uma equipe de atenção primária de referência no território para garantir a inserção do adolescente na rede.

Em Minas Gerais, temos até o começo de Maio de 2016, 2042 adolescentes cumprindo medidas de internação, internação provisória e semiliberdade, sendo 43 meninas e 1999 meninos, distribuídos em 35 unidades socioeducativas em 16 municípios, sendo que destes, 7 estão habilitados à Portaria nº 1082 de 2014. Com relação às medidas de meio aberto, de acordo com representantes da SEDS, hoje o Estado tem convênio com 23 municípios, totalizando 1710 vagas para adolescentes.

O sistema socioeducativo no Estado, embora quantitativamente menor que o sistema prisional, também guarda sua complexidade caracterizada pela superlotação, pela priorização das medidas de internação em detrimento das medidas de meio aberto, a medicalização excessiva dos adolescentes, a estrutura física precária das unidades, entre outros.

Trabalhar no contexto da saúde para as pessoas privadas de liberdade e dos adolescentes em conflito com a lei é entender a saúde como direito universal e instrumento promotor de cidadania.

Promoção da Saúde

O SUS-MG entende a promoção da saúde como uma “estratégia de articulação transversal na qual um conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais, de responsabilidades intersetoriais, são responsáveis por atuarem sobre os determinantes sociais da saúde e dessa forma reduzir a vulnerabilidade e as desigualdades sociais e empoderar indivíduos e comunidades para serem ativos sobre a produção da sua saúde” Os temas de atuação prioritários da SES-MG no âmbito da promoção à saúde são os relacionados à alimentação adequada saudável e sustentável, práticas corporais e atividades físicas, prevenção ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas em consonância com os valores, princípios e diretrizes da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), no SUS, que objetiva promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrassetoriais e intersetoriais que favoreçam a equidade, a melhoria das condições e modos de viver, que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades, de modo a ampliar a potencialidade da saúde individual, coletiva e a participação social, buscando reduzir as desigualdades, vulnerabilidades e riscos à saúde através da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Contempla programas como: Programa Bolsa Família na Saúde, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde, Amamenta e Alimenta, Vigilância Alimentar e Nutricional, e suplementação preventiva de Ferro e Vitamina A.

Em relação à situação atual desses Programas pode-se destacar:

☐ Programa Academia da Saúde: instituído pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2011 por meio da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 e redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Apresenta-se como uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros no Sistema Único de Saúde. Tem como objetivo principal promover práticas corporais e atividade física,

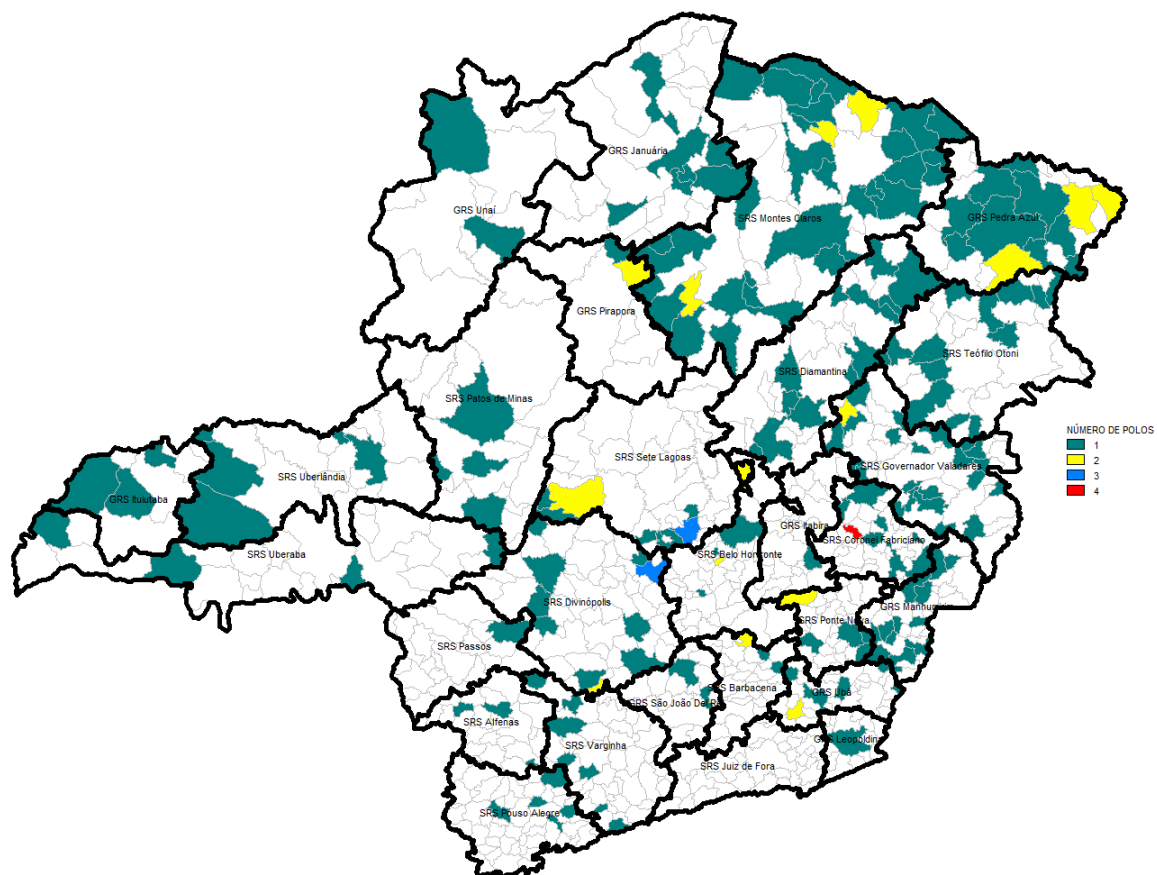
promoção da alimentação saudável, educação em saúde, dentre outras ações de promoção à saúde, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para isso, o Programa promove a implantação de polos do Programa Academia da Saúde, por meio da liberação de incentivo financeiro para a sua construção. Os referidos polos são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para realizarem ações de promoção à saúde. Desde 2011 até então, foram habilitados 488 Polos em 376 municípios, pode-se observar, também, que 44,26% (216) dos polos já tiveram sua estrutura concluída

Tabela 38- Número de Polos do Programa Academia da Saúde concluídos, por município, em Minas Gerais, maio/ 2016.

GRS/SRS	NUMERO DE POLOS
Alfenas	3
Barbacena	4
Belo Horizonte	5
Coronel Fabriciano	9
Diamantina	14
Divinópolis	13
Governador Valadares	24
Itabira	1
Ituiutaba	3
Januária	7
Leopoldina	1
Manhumirim	13
Montes Claros	34
Passos	1
Patos de Minas	4
Pedra Azul	15
Pirapora	3
Ponte Nova	6
Pouso Alegre	4
São João Del Rei	2
Sete Lagoas	11
Teófilo Otoni	13
Ubá	7
Uberaba	4
Uberlândia	5
Unai	2
Varginha	8
Total Geral	216

Fonte: Planilha sobre a situação de construção dos Polos do Programa Academia da Saúde encaminhada pelo Ministério da Saúde atualizada do dia 03/05/2016.

Figura 44 – Distribuição dos municípios de Minas Gerais que possuem Polo do Programa Academia da Saúde concluído, por número de polos, maio/ 2016.



Fonte: Planilha sobre a situação de construção dos Polos do Programa Academia da Saúde encaminhada pelo Ministério da Saúde

Quanto aos Polos reconhecidos como similares ao Programa Academia da Saúde, eles são 75 em 16 municípios (Tabela 39).

Tabela 39 – Número de Polos reconhecidos como similares pelo Ministério da Saúde por município, em Minas Gerais, 2016.

POLOS SIMILARES		
MUNICÍPIO	GRS/ SRS	Nº DE POLOS
ARAPORA	Uberlândia	1
BELO HORIZONTE	Belo Horizonte	57
BONITO DE MINAS	Januária	1
CAPITOLIO	Passos	1
CATUTI	Montes Claros	1
DORESOPOLIS	Passos	1
ENGENHEIRO NAVARRO	Montes Claros	1
GOIABEIRA	Governador Valadares	1
GRAO MOGOL	Montes Claros	1
LAGOA SANTA	Belo Horizonte	4
MATIAS CARDOSO	Montes Claros	1
PEDRA DOURADA	Manhumirim	1
SACRAMENTO	Uberaba	1
SENHORA DO PORTO	Itabira	1
SENHORA DOS REMEDIOS	Barbacena	1
VESPASIANO	Belo Horizonte	1

Fonte: Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde

O acompanhamento do Programa Bolsa Família na Saúde, em Minas Gerais, vem apresentando um crescimento nos últimos anos, conforme gráfico abaixo. E em comparação com outros Estados,

apresenta um dos melhores percentuais de acompanhamento, conforme gráfico 14 e tabela 29. Na tabela 29, apresentamos o relatório de família com perfil saúde acompanhadas no Sistema Único de Saúde durante segunda vigência de 2015.

Gráfico 12 – Número e percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família na Saúde acompanhadas em Minas Gerais, 1ª vigência de 2005 a 2ª vigência de 2015.

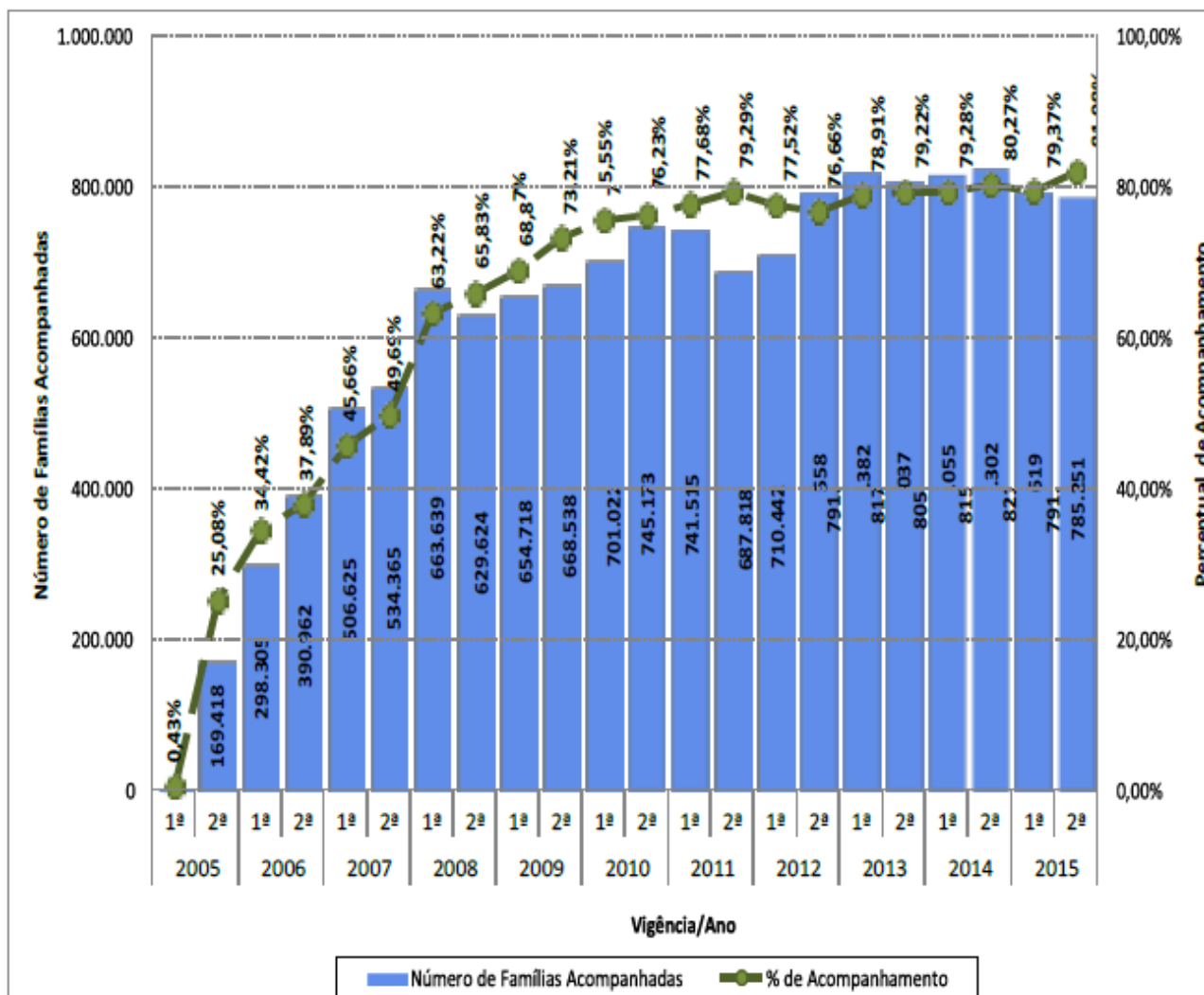
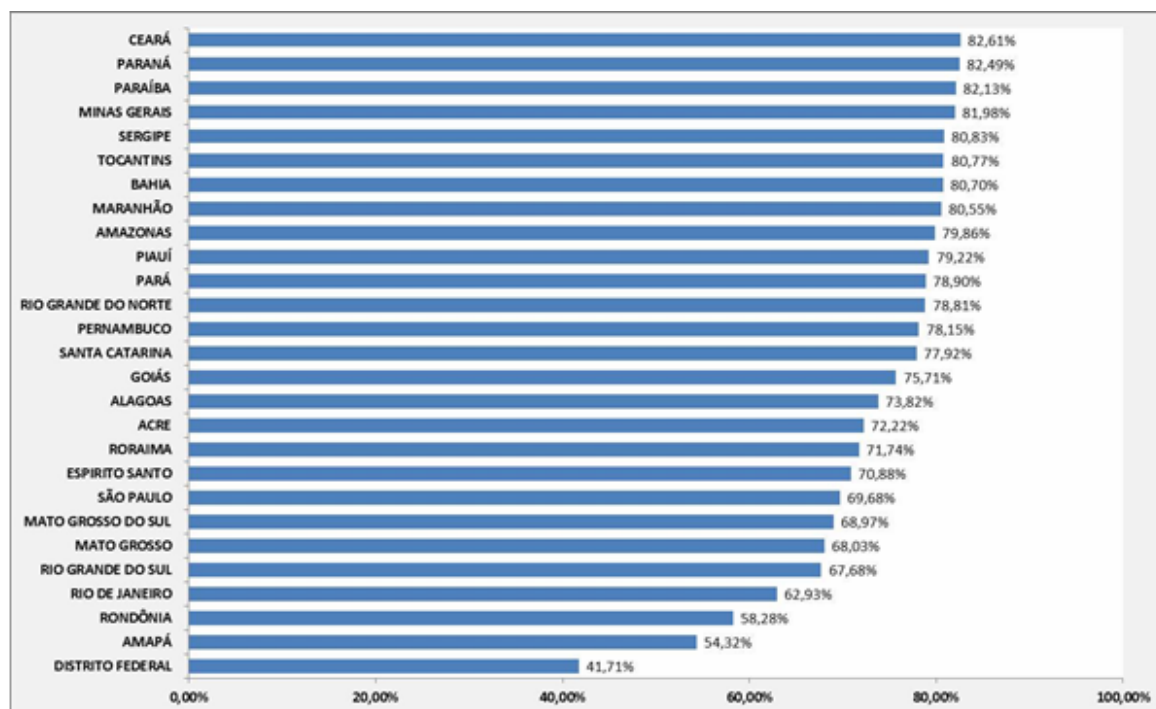


Gráfico 13 – Percentual de famílias acompanhadas independente do número de famílias para acompanhamento, Programa Bolsa Família – condicionalidade de saúde, Minas Gerais e demais Estados do Brasil, 2ª vigência de 2015.



Fonte: CEAN-MG/DATASUS/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde

Tabela 29- Número de famílias acompanhadas com perfil saúde na segunda vigência de 2015.

UF/Região	Quantidade de famílias com perfil saúde a serem acompanhadas pelo município	Quantidade de famílias com perfil saúde totalmente acompanhadas	Percentual de famílias com perfil saúde totalmente acompanhadas
DF	65.660	27.386	41,71%
GO	277.746	210.268	75,71%
MS	118.562	81.771	68,97%
MT	150.463	102.366	68,03%
CENTRO OESTE	612.431	421.791	68,87%
AL	359.930	265.707	73,82%
BA	1.479.344	1.193.838	80,70%

CE	916.691	757.260	82,61%
MA	839.276	676.024	80,55%
PB	436.488	358.508	82,13%
PE	933.556	729.545	78,15%
PI	362.360	287.078	79,22%
RN	294.939	232.441	78,81%
SE	232.086	187.587	80,83%
NORDESTE	5.854.670	4.687.988	80,07%
AC	69.717	50.348	72,22%
AM	315.246	251.759	79,86%
AP	48.111	26.134	54,32%
PA	771.313	608.543	78,90%
RO	91.359	53.247	58,28%
RR	39.940	28.653	71,74%
TO	117.212	94.674	80,77%
NORTE	1.452.898	1.113.358	76,63%
ES	154.108	109.231	70,88%
MG	957.858	785.251	81,98%
RJ	663.234	417.369	62,93%
SP	1.101.151	767.303	69,68%
SUDESTE	2.876.351	2.079.154	72,28%
PR	337.610	278.502	82,49%
RS	334.703	226.526	67,68%
SC	113.454	88.406	77,92%

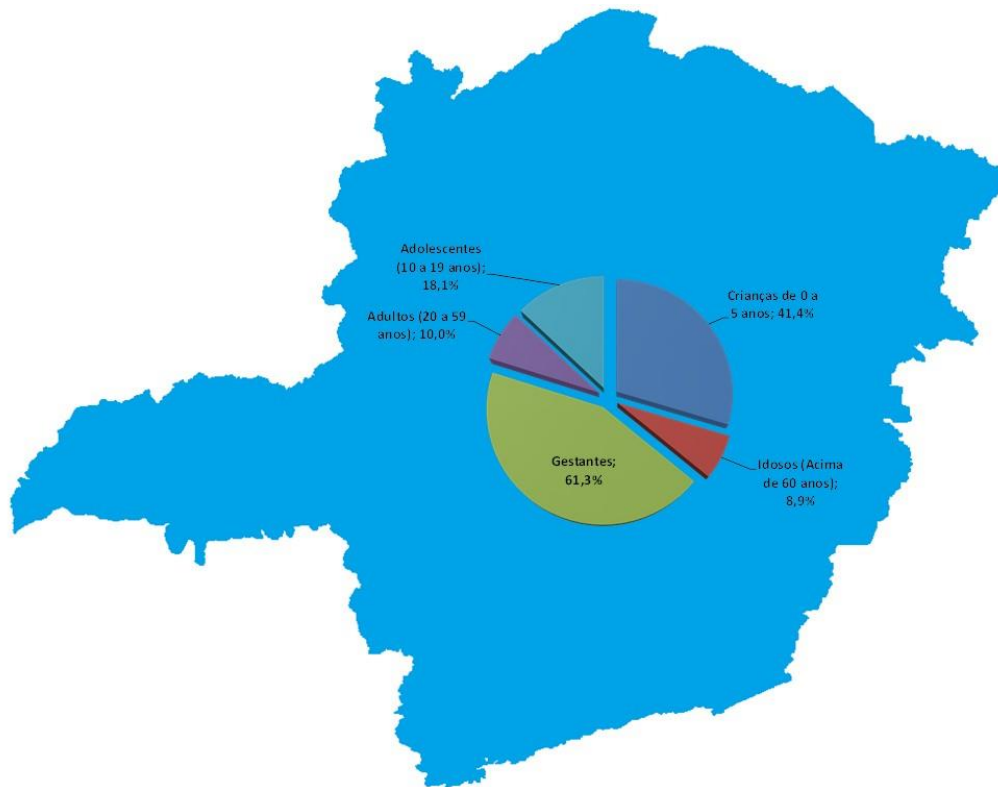
SUL	785.767	593.434	75,52%
TOTAL BRASIL	11.582.117	8.895.725	76,81%

A Vigilância Alimentar e Nutricional constitui outro eixo de atuação, as informações a serem apresentadas a seguir referem-se a avaliação do estado nutricional da população atendida na atenção primária e registrada no SISVAN Web. Em Minas Gerais apresentou cobertura superior à média nacional. Sendo que destaque maior deve ser dado para as gestantes cuja cobertura foi de 61,3% e para as crianças de 0 a 5 anos (41,4%).

Tabela 40- Evolução da cobertura de acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar no Sisvan Web, no período de 2011 a 2014, Minas Gerais e Brasil.

UF	Cobertura de acompanhamento Estado Nutricional				Cobertura de acompanhamento Consumo Alimentar			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
MG	9,4%	10,6%	14,8%	14,9%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%
Brasil	7,7%	8,8%	11,3%	11,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%

Figura 45- Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web, Minas Gerais, 2014.



Fonte: SISVAN Web/ DAB/ Ministério da Saúde

Tabagismo

O tabagismo é uma doença crônica resultante da dependência de nicotina sendo fator de risco para câncer, doenças cardiovasculares, DPOC, entre outras cerca de 50 doenças. A atenção ao tabagista na rede SUS é ofertada através da Política Nacional de Controle do Tabagismo onde está integrado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que inclui a prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar através da abordagem cognitiva comportamental e do apoio medicamentoso, além da regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, em Minas Gerais a proporção de pessoas com 18 anos ou mais de idade fumantes atuais de tabaco, corresponde a 17,8%, estando acima da média nacional de 14,7%.

Quanto à atenção ao tabagista na rede SUS, Minas Gerais possui 670 municípios aderidos ao programa na oferta do tratamento e abordagem ao tabagista de acordo com o 6º Ciclo do FormSus, 2015. Em sua maioria, esse serviço é ofertado na Atenção Primária à Saúde (96%).

De forma geral pretende-se aumentar a divulgação do programa para os usuários e a adesão dos

municípios ao PNCT, de forma a reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas.

Práticas integrativas e complementares - PIC

As Práticas Integrativas e Complementares atuam na prevenção de agravos, na promoção, manutenção e recuperação da saúde baseadas em um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do indivíduo contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Estas práticas corroboram, portanto, para a integralidade da atenção à saúde e requerem por isso, a interação das ações e serviços existentes no SUS/MG. Ampliam também a oferta de ações de saúde no SUS onde as abordagens terapêuticas contribuem para a ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela própria saúde, o que aumenta o exercício da cidadania.

As Práticas Integrativas e complementares contempladas na Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares são:

- Plantas Medicinais/Fitoterapia

Fitoterapia é uma prática terapêutica caracterizada pela utilização das plantas medicinais, em suas diferentes formas farmacêuticas, no tratamento e na prevenção de doenças. Caracteriza-se pela utilização do extrato total da planta, sem adição ou acréscimo de substâncias ativas isoladas, mesmo que de origem vegetal.

- Homeopatia

A homeopatia é um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes 17 (enunciado por Hipócrates no século IV a.C). Foi desenvolvida na Alemanha pelo médico Samuel Hahnemann, no século XVIII. O tratamento homeopático consiste em fornecer a um paciente sintomático doses extremamente pequenas dos agentes que produzem os mesmos sintomas ao ser experimentado em pessoas saudáveis, quando expostas a esses.

- Acupuntura

A Acupuntura se define como um método terapêutico cujo território é o sistema nervoso e a resposta imunitária visando a produzir mudanças funcionais de repercussão local e/ou sistêmica, com os objetivos de restaurar a normalidade fisiológica e produzir analgesia nas condições dolorosas. Fundamenta-se em dados biológicos – anatômicos, fisiológicos e fisiopatológicos, assim como nas melhores evidências científicas disponíveis.

- Auriculoterapia/Auriculopuntura e auriculotaping

Esse método usa o micro sistema de pontos energéticos localizados nas orelhas, e aplica microagulhas ou sementes de mostarda - usadas quando o paciente não consegue manter a agulha fixa ou surgem inflamações.

- Práticas Corporais

Um dos pilares da medicina tradicional chinesa é a prática de exercícios corporais, com o objetivo de fortalecer a saúde, prevenir e tratar desequilíbrios, de modo que o praticante se torne cada vez mais perceptivo de seu poder interior de cura e prevenção da sua saúde como um todo. Existem várias escolas e tipos de exercícios chineses dentro da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Alguns são em forma de ginástica, alongamentos, percussões ou automassagens, outros são na forma de movimentos

arredondados, imitando ou simbolizando fenômenos atmosféricos, animais ou movimentos de pássaros. Os gestos são sempre executados de forma lenta para que o praticante esteja presente e consciente das sensações no corpo, das emoções e dos pensamentos, para poder transmutar o que não lhe é conveniente ou expandir o que lhe agrada, de si mesmo.

- Medicina Antroposófica

“A medicina antroposófica está entre os sistemas terapêuticos naturais que tratam os desequilíbrios de saúde considerando que o ser humano possui uma essência sutil, energética, não material, que transcende a organização físico-biológica”. Segundo esse princípio, os agentes externos só causam doenças quando existe um desequilíbrio interno. Técnicas simplificadas e ênfase nas forças curativas do próprio organismo, com medicamentos naturais, orientação alimentar e cuidados gerais com a saúde, são a base de sustentação da medicina antroposófica, que atua principalmente na atenção primária.

- Termalismo social/Crenoterapia

Abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. Consiste no uso e na aplicação das águas minerais, como recurso terapêutico. As águas minerais constituem, sem dúvida, um dos meios terapêuticos mais antigos, usados em medicina. Coube a Heródoto, o pai da História, estabelecer os princípios fundamentais da crenoterapia. O tempo médio da duração da cura termal é de 21 dias, embora cada tipo de tratamento seja diferente, podendo variar para mais ou menos dias. É sabido que o Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao desenvolvimento do termalismo/crenoterapia no SUS.

- Shantala

A shantala é uma técnica de massagem milenar da Índia que traz inúmeros benefícios à mãe e ao bebê por estimular o contato e o toque entre eles. O médico francês Frederick Leboyer trouxe a técnica para o ocidente quando, em uma viagem à Índia, observou e registrou os movimentos da massagem de uma mãe em seu bebê. O nome da mulher era Shantala e foi em sua homenagem que o médico batizou essa prática. A shantala segue os mesmos princípios do yoga e da medicina ayurvédica. O objetivo da massagem é relaxar a criança, eliminar pontos de tensão, ajudar o bebê a dormir melhor e, é claro, aumentar e intensificar o relacionamento do bebê com sua cuidadora ou cuidador. Para bebês pequenos, ela pode ajudar a diminuir as cólicas e melhorar prisão de ventre e gases. A massagem também estimula o sistema imunológico e equilibra os sistemas energético e emocional da criança.

- Yoga

O Yoga é a união de técnicas que trabalha o ser humano nas suas mais diversas potencialidades, o que abrange técnicas para condicionar e controlar respiração, ferramentas das mais variadas para concentrar a mente, aprender a controlar a energia do corpo, filosofia comportamental e ética para a melhor compreensão do mundo, e uma vasta disciplina moral e religiosa para nos aproximarmos da nossa alma. Corpo, mente, alma em total união-yoga.

- Terapia Comunitária

A Terapia Comunitária (TC) é uma abordagem terapêutica para comunidade com finalidade de promover a atenção primária em saúde mental. Funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e da identidade cultural das comunidades carentes, através de equipes institucionais públicas, privadas ou trabalho voluntário.

- Dança Circular

Danças Circulares, ou Danças dos Povos. Estes são os nomes que definem um trabalho ímpar, desenvolvido no Brasil desde 1984 e que vem se espalhando com muita força em todos os Estados e segmentos deste grande país. As danças podem ser simples e de fácil aprendizado, não tendo necessidade de experiência anterior para participar desses círculos. Ou podem ser danças mais sofisticadas, para quem já dança há mais tempo. As músicas escolhidas são de todos os países e as danças podem ser tradicionais, regionais, folclóricas ou contemporâneas. Naturalmente, o simples ato de dançar junto aproxima fronteiras, estimulando os integrantes da roda a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

Neste cenário, Minas Gerais tem avançado na oferta das Práticas Integrativas e Complementares, sendo um dos 4 (quatro) Estados brasileiros a aprovar uma Política Estadual de PIC. Agrupando os dados disponíveis nos instrumentos de registros das PIC, 106 municípios oferecem atualmente em Minas Gerais os serviços de Práticas Integrativas e Complementares, sendo a grande maioria no âmbito da Atenção Primária. Espera-se que a atual Política Estadual de PIC seja revisada e implementada, garantindo o fortalecimento e ampliação das ações de PCI no Estado. A Política deve considerar como princípio fundamental a equidade, utilizando os pilares da intersetorialidade, vigilância e promoção à saúde como norteadores de sua elaboração e implementação.

Políticas de promoção da equidade em saúde

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são um conjunto de políticas construídas a partir da compreensão das diferentes formas de discriminação como determinantes sociais da saúde, que influenciam nas formas de adoecimento e no acesso e qualidade da assistência oferecida. Entender a equidade e a garantia de acesso à saúde pelo viés dos determinantes sociais pressupõe a compreensão de que diferentes características, como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção e especificidades territoriais/regionais, e a consequente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atribuídas, possibilitam diferentes formas de inserção social e influenciam no acesso aos direitos e políticas públicas diversas, gerando vulnerabilidades diferentes.

Dessa forma, algumas populações têm sido historicamente excluídas do sistema de saúde por não terem suas demandas atendidas e suas singularidades respeitadas. As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde vem, sobretudo, para tentar garantir o acesso à saúde livre de toda forma de discriminação e com processos de trabalhos tão plurais quanto os usuários para quem as ações se dirigem.

Assim, a execução dessas políticas pressupõe o respeito à diversidade sexual e de gênero, à diversidade étnico-racial, cultural e territorial, bem como o rompimento de barreiras institucionais que dificultam o acesso à saúde, além de se ampararem nos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Envolve ações de educação permanente para profissionais dos serviços de saúde e educação popular para a comunidade, o respeito ao nome social de travestis e transexuais, o enfrentamento do racismo institucional, a divulgação das políticas de promoção da equidade no SUS, o atendimento a demandas específicas de cada grupo, a construção e o fortalecimento de ações intersetoriais que tenham interface com os direitos humanos e sociais, a participação dos movimentos sociais e fortalecimento do controle social.

O Ministério da Saúde inclui no rol de Políticas de Promoção da Equidade a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, a Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Política Nacional para a População em Situação de Rua e a Saúde da População Cigana.

Visando implantar as políticas no Estado de Minas Gerais, foi criado em novembro de 2015, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado, o Núcleo de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, ligado à Superintendência de Atenção Primária à Saúde. Este setor tem trabalhado em ações intra e intersetoriais visando à construção de ações que promovam a equidade, considerando as especificidades dos territórios e das populações do Estado.

Nesta perspectiva foi criado o Comitê de Saúde Integral LGBT em Novembro de 2015, com participação de diferentes secretarias de Estado e representantes da sociedade civil que tem construído coletivamente a política de saúde LGBT no Estado, partindo do pressuposto da orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde. Tem-se discutido o processo transexualizador no SUS, o respeito ao nome social de travestis e transexuais e a construção de novos processos de trabalhos que acolham a diversidade sexual, superando processos e ações baseadas na heteronormatividade.

Está previsto ainda, a criação do Comitê de Saúde da População Negra, que pretende ser um espaço consultivo e de maior controle social para as demandas de saúde da população negra e quilombola. O Núcleo tem travado uma importante discussão sobre o tema em espaços intersetoriais e intergovernamentais, como Conselho Estadual de Promoção da Igualdade Racial – CONEPIR e o Fórum Intergovernamental de Políticas de Igualdade Racial – FIIR.

Considerando também a grande quantidade de ocupações urbanas e rurais do Estado e a existência de população cigana, está previsto a discussão de ações que garantam o atendimento à atenção primária para estas populações, considerando a não obrigatoriedade de comprovante de endereço para atendimento nos serviços de saúde.

Compreendendo a complexidade da situação de vida e saúde dessas populações, é essencial que essas temáticas envolvam o diálogo com outros campos. Assim, o Núcleo desenvolve uma forte parceria com a Secretaria de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania, Secretaria de Educação e movimentos sociais na criação de ações e programas que diminuam as vulnerabilidades deste público e ampliem seu acesso a direitos sociais e demais políticas públicas, reafirmando a saúde como promotora de cidadania.

Saúde Indígena

De acordo com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído pela Lei nº 9836 de 23 de setembro de 1999, cabe à União, com seus recursos, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, promovendo a articulação deste com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

De acordo com o Art. 19- F da referida lei, *“o modelo de atenção à saúde indígena deve estar pautado por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”*, o que garante uma abordagem intersetorial para a política de saúde indígena.

Dessa forma, com o objetivo de complementar as ações previstas para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), para o Estado de Minas Gerais, definiu-se a Política Estadual de Saúde Indígena (PESI) que prevê um co-financiamento das ações de saúde indígena, especialmente no que diz respeito a:

- I - Atenção à Saúde Indígena;
- II - Infraestrutura;
- III - Saneamento Básico;
- IV - Saúde Bucal em Saúde Indígena;
- V - Vigilância Epidemiológica em Saúde indígena;
- VI - Promoção, Prevenção e Educação Sanitária em Saúde Indígena;
- VII - Transporte Sanitário Indígena (Sistema Viário) e Apoio Logístico VIII - Manutenção da Medicina Tradicional Indígena
- IX - Saúde Mental em Saúde Indígena;
- X - Medicamentos que não estejam disponíveis na assistência farmacêutica das unidades de referência;
- XI - Consultas Especializadas
- XII - Exames Complementares; e
- XIII - Repasse Hospitalar.

A PESI atende a oito etnias (Pataxó, Pankararú, Xucurú Kariri, Maxakali, Mokuriñ, Kaxixó, Krenak e Xacriabá) em 16 municípios mineiros: Açucena, Araçuaí, Bertópolis, Caldas, Campanário, Carmésia, Coronel Murta, Guanhães, Itacarambi, Itapeçerica, Ladainha, Martinho Campos, Resplendor, Santa Helena de Minas, São João das Missões e Teófilo Otoni, totalizando um quantitativo estimado em quinze mil indígenas em aldeamentos reconhecidos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), tendo como estratégia de implantação diferenciada, a participação social na construção e aprovação da Política.

Assim, com o propósito de superar as dificuldades de cobertura e acessibilidade ao Sistema Único de Saúde para essa população, faz-se necessário à implantação de uma rede de serviços de saúde que atenda as demandas dos territórios indígenas em suas peculiaridades. Por outro lado, o saneamento básico e o acesso aos serviços de média e alta complexidade, agravados pela localização rural e pela dificuldade de articulação entre os municípios menores e os municípios de referência para as demandas de saúde, configuram os maiores desafios a serem enfrentados pela rede de serviços na sua atual organização.

A Coordenação de Saúde Indígena realiza visitas periódicas com o objetivo de realizar um diagnóstico das condições de saúde e sanitárias das comunidades indígenas e acompanhar a implementação da política. Em um levantamento preliminar das demandas de saúde verificou-se que os agravos com maior prevalência nestas populações indígenas, referenciadas pelas equipes de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), são as doenças respiratórias, verminoses, as dermatites, as deficiências nutricionais, predominantes nos Maxakali, e entre as doenças crônicas: hipertensão e diabetes. Presume-se que a maioria desses agravos decorre das condições socio-culturais e sanitárias, destacando-se a qualidade insalubre da água, bem como, as condições habitacionais e o alto índice de alcoolismo, este último com maior registro nas comunidades Maxakali. Ao analisarmos os dados de óbitos em crianças menores de um ano de 2013 a 2015⁵, nos deparamos com maiores taxas entre os Maxakali, em especial

⁵ Fonte: *O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)* Distrital, janeiro de 2016.

na aldeia Pradinho. Dessa forma, verifica-se a necessidade de elaborar uma Política de Saúde Indígena mais abrangente e resolutiva que trabalhe de forma intersectorializada, fortalecendo o maior acesso dos territórios indígenas às políticas públicas de saúde no Estado de Minas Gerais contemplando as necessidades gerais, mas impreterivelmente, as particularidades sócio- culturais e territoriais.

No que diz respeito à gestão da política estadual, na perspectiva de fomentar as discussões para as ações da saúde indígena no Estado de Minas Gerais, formou-se um Grupo Condutor com participação das lideranças indígenas, secretários municipais de Saúde, referências técnicas regionais, CONDISI (Conselho Distrital de Saúde Indígena), CES-MG (Conselho Estadual de Saúde), além das instituições federais (FUNAI MG/ES e DSEI MG/ES). A articulação desse Grupo é indispensável para o fortalecimento do controle social e ampliação do processo participativo e do diálogo entre as lideranças indígenas e os diversos órgãos, que atuam com os povos indígenas.

Abaixo dados relativos ao percentual da cobertura populacional por Polo Base (Unidade de Saúde Indígena referenciada para uma ou mais aldeias em um mesmo município) para as ações da Política Estadual de Saúde Indígena, em específico para atenção primária. Os dados de crescimento populacional a seguir apresentados na tabela incluem o fluxo migratório característico das tribos indígenas, especialmente da etnia Maxakali.

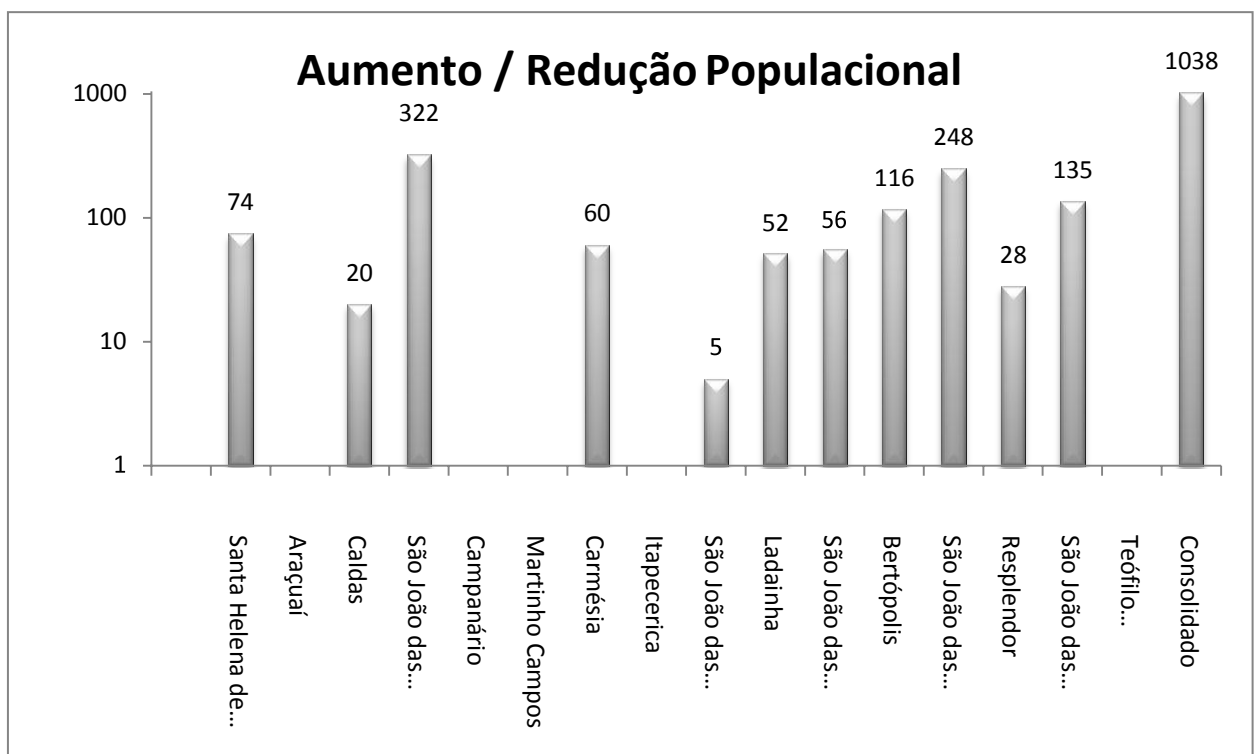
Tabela 41 – Série histórica da Cobertura Populacional estimada para as ações da Política Estadual de Saúde Indígena em MG:

Município Sede	Polo Base	2012	2013	2014	2015	Sexo		Aumento	Cresc. Poporcio nal (%)
						M	F		
Santa Helena de Minas	Água Boa	664	670	694	738	360	378	74	11%
Araçuaí	Araçuaí	33	33	33	27	11	16	-6	-18%
Caldas	Bela Vista	89	112	112	109	56	53	20	22%
São João das Missões	Brejo Mata Fome	2.598	2.617	2.732	2.920	1.491	1.429	322	12%
Campanário	Campanário	38	32	32	32	15	17	-6	-16%
Martinho Campos	Capão do Zezinho	94	88	89	90	46	44	-4	-4%
Carmésia	Carmésia	251	281	291	311	162	149	60	24%
Itapecerica	Itapecerica	58	38	42	33	33	15	-25	-43%
São João das Missões	Itapicuru	1.477	1.373	1.335	1.482	746	736	5	0%
Ladainha	Ladainha	294	291	316	346	164	182	52	18%
São João das Missões	Pindaíba	558	561	531	614	283	331	56	10%

Bertópolis	Pradinho	711	715	754	827	420	407	116	16%
São João das Missões	Rancharia	853	1.012	1.105	1.101	585	516	248	29%
Resplendor	Resplendor	328	330	389	356	166	190	28	9%
São João das Missões	Sumaré	2.175	2.126	2.135	2.310	1.175	1.135	135	6%
Teófilo Otoni/Topázio	Topázio	65	62	66	28	15	13	-37	-57%
Consolidado		10286	10341	10656	11324	5728	5611	1038	10%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) - Dados atualizados em Dezembro de 2015

Gráfico 14 - Cobertura Populacional estimada para as ações da Política Estadual de Saúde Indígena em MG, em específico para atenção primária.



Fonte: O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI); Dados atualizados em Dezembro de 2015

INDICADORES DE RELEVÂNCIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

- **Proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram no mínimo sete consultas de pré-natal**

Esse indicador compõe o rol daqueles pactuados pelas três esferas de governo com vistas a favorecer a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. Portanto, além de permitir discriminar os municípios/regiões do Estado no que diz respeito a um aspecto importante da assistência primária à saúde, o seu cumprimento expressa a responsabilidade compartilhada das esferas de governo. Em 2012, na

metade dos municípios do Estado, pelo menos 73,47% das mães de nascidos vivos realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (tabela 4, em anexo). Constatou-se que houve uma evolução favorável dado que, em 2003, esse percentual era de 47,37%. Em que pese tal fato, uma parcela significativa de mulheres ainda não realiza o número de consultas preconizado, sendo que esse percentual é maior entre as mães de 10 a 19 anos. Em 2012, 29,4% das adolescentes grávidas do Estado realizaram de 04 a 06 consultas e 8,1% realizaram de 0 a 03 consultas. Esses percentuais entre as mulheres adultas foram de 20,3% e 5,3 %, respectivamente.

Internações por condições sensíveis à Atenção Primária

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) representam um indicador da atenção hospitalar capaz de medir a efetividade da atenção primária em saúde. Elas representam um conjunto de problemas de saúde para os quais uma efetiva ação na atenção primária em saúde diminuiria o risco de internações. Nessas atividades estão incluídas a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. É um indicador importante porque pode indicar problemas de acesso dos usuários aos serviços de saúde (geográfico, organizacionais, financeiros, culturais etc.), baixa eficiência/ qualidade do atendimento ambulatorial (gestão de doenças crônicas), propicia a avaliação de políticas de saúde e o desempenho geral ou efetividade do sistema de atenção ambulatorial. (ALFRADIQUE, 2009).

A proporção de ICSAP em relação ao total de internações é uma forma de olhar esse indicador e no nosso Estado há uma leve tendência de queda dessas internações em relação às demais (Tabela). Ainda assim, é um dado preocupante visto que o estudo citado acima mostra que as ICSAP representavam ainda em 2006, 28% das internações em relação ao total.

Tabela 42 - Proporção de ICSAP em relação ao total de internações, Minas Gerais, 2008 a 2014

ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MINAS GERAIS	30,62%	31,14%	30,80%	29,46%	29,03%	27,65%	26,75%

Fonte: dados retirados em 2015 do Tabwin, Ministério da Saúde.

Quando avaliadas as regiões ampliadas do Estado, pode-se perceber que as variações regionais são enormes. Elas revelam, além das diferenças de organização da atenção primária e das redes assistenciais, uma característica bastante marcante do nosso Estado que é a influência da presença dos Hospitais de Pequeno Porte. Esses, por realizarem internações de baixa complexidade, são, por natureza, realizadores de ICSAP. Na região Nordeste, por exemplo, as ICSAP foram quase a metade das internações realizadas no seu território. Em tempos de recursos escassos, essa é uma situação que precisa ser enfrentada.

Saúde Bucal

O direcionamento da política estadual de saúde bucal em Minas Gerais tem sido pautado a partir das diretrizes governamentais definidas, tais como: regionalização da oferta de acordo com a demanda promovendo a equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais; ênfase às ações preventivas mediante a expansão da estratégia da saúde da família; desenvolvimento de programas de educação

permanente e de capacitação profissional para os profissionais do SUS; desenvolvimento de ações voltadas para o conhecimento, prevenção e enfrentamento contínuo dos problemas de saúde; promoção de estudos diagnósticos para nortear a definição de prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde e estabelecimento de parcerias com entidades para execução de campanhas e ações educativas de promoção à saúde.

A partir do entendimento de que os sistemas de saúde representam um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, a Diretoria de Saúde Bucal (DSB/SES-MG) iniciou um processo de investimento na modelagem da rede de atenção à saúde bucal como estratégia para promover sua equidade no Estado e para contribuir com a visão de futuro.

Em 2012 foi realizado o mais abrangente estudo sobre a saúde bucal da população mineira, o SB Minas Gerais. Esse inquérito analisou a situação da população mineira em relação à cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, necessidade de prótese dentária, fluorose e oclusão, entre outras condições bucais. Os resultados mostram que a população apresenta um perfil de condições bucais mais favorável ou, em algumas situações, similar ao da região Sudeste e ao do Brasil. No entanto, segundo dados do estudo, dois terços das crianças de 12 anos, três em cada quatro adolescentes e a quase totalidade de adultos e idosos apresentam algum tipo de condição bucal que exige uma intervenção odontológica. Os resultados apontam também para importantes desigualdades regionais.

Em função do grande número de condições bucais existentes, foram definidas as condições bucais prioritárias para o processo de modelagem da rede de atenção em saúde bucal, com critérios ligados à prevalência, gravidade e impacto social. Cárie dentária, doença periodontal, má oclusão, câncer bucal e deformidades crânio faciais foram as condições definidas inicialmente, e o processo de modelagem, apesar de estar sendo construído com foco nas especificidades de cada condição, tem sido conduzido de forma a não levar a uma fragmentação da atenção em saúde bucal, com investimento em ferramentas que possam unificar as ações voltadas para cada condição e facilitar o processo de organização da atenção por parte das equipes de saúde.

A estrutura operacional da Rede de Atenção em Saúde Bucal está sendo definida com uma base populacional de referência e de responsabilidade sanitária, ou seja, com base na construção de espaços/população, tendo a atenção primária como porta de entrada para a atenção programada em saúde bucal, a partir da territorialização e do cadastramento das famílias. Em relação à estrutura operacional, está sendo reforçada a importância do papel da atenção primária na resolubilidade, organização, coordenação e responsabilização dentro da rede de atenção, bem como a necessidade do investimento gradual para o alcance de 100% de cobertura nos municípios. O componente Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde Bucal tem como ponto de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Saúde Bucal (ESB) Modalidade I ou II inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Como ainda existem muitos cirurgiões dentistas (CD) atuando em regime de trabalho de 20 horas semanais, também foi proposta a atuação de equipes convencionais em trabalho conjunto com as ESF, como forma de se alcançar avanços na organização da atenção primária a partir dos seus princípios.

Houve um aumento gradual da implantação das ESB da estratégia da saúde da família nos últimos anos como pôde ser visto nos gráficos anteriores e consequente aumento da cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (a qual considera também o atendimento feito pelos profissionais das equipes convencionais). Entretanto, ainda se nota uma grande diferença entre a cobertura das ESF e

das ESB.

São pontos de atenção em saúde bucal na Atenção Especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades Hospitalares e o Centro de Atenção à Deformidade Crânio Facial. Os CEO oferecem atenção em saúde bucal nas áreas de diagnóstico com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento ambulatorial a usuários com necessidades especiais. Em Minas Gerais foi definida uma base populacional para os CEO Tipo I, II e III, em nível de região de saúde. Em 2016, já estão em funcionamento no Estado de Minas Gerais 95 CEO (34 Tipo I, 58 Tipo II e 3 Tipo III).

As unidades hospitalares, referências para regiões ampliadas de saúde ou para o Estado, são representadas pelos Hospitais Regionais para Odontologia (HRO), os Centro de Alta Complexidade em Oncologia e Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) e os hospitais para a atenção aos usuários com deformidade crânio facial congênita ou adquirida.

Os HRO, parte da rede de atenção em saúde bucal a partir de 2012, têm o papel de assegurar a prestação do tratamento odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais que impeçam o tratamento odontológico em ambiente ambulatorial, bem como realizar procedimentos cirúrgicos em casos eletivos e/ou urgência e emergência, quando houver indicação de anestesia geral ou sedação. Em 2016 estão pactuados no Estado de Minas Gerais 19 HRO, com 100% de cobertura das Regiões Ampliadas de Saúde.

Os CACON e UNACON são responsáveis por prestar tratamento cirúrgico, complementar e reabilitador aos portadores de neoplasias bucais malignas através da rede hospitalar habilitada para os serviços de oncologia no Estado Minas Gerais. Já os Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial servem como referências estaduais para realização do tratamento bucomaxilofacial integral e multiprofissional às pessoas com deformidades craniofaciais congênicas e/ou adquiridas. Esse serviço foi organizado no Estado em 2013, de forma a responder a um vazio assistencial. Encontram-se em funcionamento os dois serviços de referência estadual, em Alfenas e Belo Horizonte, oferecendo uma cobertura de 100% da população nos casos novos.

Os sistemas de apoio estão também em processo de modelagem a partir dos parâmetros provenientes da estratificação das condições bucais. Encontram-se já em fase de implantação os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), responsáveis pela fase laboratorial da confecção de próteses odontológicas, de forma a propiciar um avanço na reabilitação protética nos edêntulos parciais e totais. Os LRPD têm base populacional municipal. Atualmente, Minas Gerais possui LRPD em 234 municípios, com diferentes faixas de produção de próteses dentárias.

Muitos avanços foram conquistados durante os últimos anos em relação à política estadual de saúde bucal no Estado, que culminaram com a instituição da rede de atenção em saúde bucal e uma ação orçamentária específica, o que tem consolidado a saúde bucal como uma política efetiva do SUS em Minas Gerais. No entanto, muitos desafios ainda necessitam ser enfrentados para se alcançar mais avanços na implantação e qualificação da rede de atenção.

Entre as principais ações a serem desenvolvidas com esse objetivo destacam-se: finalização e publicação da linha guia, incentivo ao aumento da adesão dos municípios à rede de atenção em saúde bucal e aos financiamentos federais e estaduais; oferta de incentivos financeiros estaduais ligados aos LRPD e à atenção primária em saúde bucal para fomentar o aumento do acesso e a oferta de reabilitação; criação de agenda de educação permanente de modo que a qualificação dos processos de trabalho e da alimentação dos sistemas de informação sejam parte da realidade de trabalho das equipes; incentivo contínuo à regionalização da oferta de atenção especializada; criação de mecanismos para regulação dos serviços regionais; criação de incentivo estadual para a oferta de ortodontia e implantodontia nos Centros de Especialidades Odontológicas; normatização da regra contratual nos serviços de saúde bucal e criação de incentivo para o diagnóstico precoce de câncer bucal. Acredita-se que essas ações poderão levar a um fortalecimento da rede de atenção e a um avanço na equidade em saúde bucal.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde (RAS), ainda é um desafio e representa um avanço na organização do Sistema Único de Saúde, nos seus resultados e na sua avaliação pela população. Além de evidências mundiais e brasileiras do custo efetividade da implantação das RAS, há o convencimento de que a busca do princípio constitucional da integralidade só tem chance de ser conquistada a partir da implantação das redes nos diversos territórios, e construindo regiões de saúde articuladas de forma supramunicipal. A histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, precisa e pode ser rompida com as RAS.

Além disto, a orientação dos usuários no uso dos serviços é um ativo a ser buscado. Esta clareza estratégica colocou, desde 2011, efetivamente as RAS no centro da política de Atenção à Saúde do MS, pautando o debate nacional e redirecionando novos recursos federais para essa iniciativa.

A Portaria Ministerial de nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalta-se o fortalecimento das RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com suprimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Fomentando a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas, contribuindo positivamente para a promoção da saúde, prevenção de doenças e impactando positivamente indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde trabalha através de políticas e programas a implantação e manutenção das redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências com ênfase nos componentes SAMU, UPA e Atenção Hospitalar, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com priorização para as ações de fortalecimento para a prevenção e controle do câncer. Como apoio logístico, utiliza-se da organização do Sistema Estadual de Transporte em Saúde.

REDES ASSISTENCIAIS

Redes de Atenção à Doenças Crônicas

Malta e Merhy (2010), ressaltam a intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas de saúde que contribuem para uma incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção da população. Focando sua atenção para condições agudas e se negligenciando da mudança no perfil epidemiológico da população, na qual evidencia-se uma ascensão das doenças crônicas.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Oncologia

A Política Nacional de Atenção Oncológica passou a tratar o câncer como problema de saúde pública, conforme orienta a Organização Mundial da Saúde (OMS). O controle da doença deve focalizar o diagnóstico precoce e a prevenção, em vez de se concentrar no tratamento das fases avançadas. A Rede de Atenção Oncológica tem como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade por câncer e garantir qualidade de vida aos pacientes em tratamento.

Conforme previsto na Portaria 140 de 27 de fevereiro de 2014, os gestores devem descrever, no processo de solicitação de habilitação na atenção especializada em oncologia, a organização e as responsabilidades de todos os componentes da rede. O “Diagnóstico e Diretrizes para o plano da Rede de Atenção em Oncologia”, deliberação CIB-SUS nº 2144, foi aprovado em 15 de julho de 2015. Este documento identifica uma má distribuição dos serviços habilitados, com maiores concentrações de serviços nas Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) Sul e vazios assistenciais nas RAS Jequitinhonha, Norte, Noroeste e Nordeste; número de cirurgias oncológicas bem abaixo do parâmetro mínimo proposto pelo Ministério da Saúde; falta de acesso da população aos exames para diagnóstico oncológico Serviço Apoio Diagnóstico (SADT); além da inexistência de processo de regulação efetivo de acesso e qualidade dos serviços contratados. As dificuldades espaciais de cobertura e distribuição dos vinte e oito UNACON e três CACON em MG, considerando as 13 regiões ampliadas de saúde, implicam em se planejar para o futuro novas instalações, além da expansão e reconstrução das atuais.

Neste plano de ação que orienta a linha de cuidados da oncologia, há que se promover também adequações do PDR-SUS/MG de forma a garantir melhor identificação do território responsável, seja contribuindo com Atenção Primária na identificação e acompanhamento dos casos novos, seja na orientação dos fluxos para Atenção Secundária e Terciária, o mais próximo da residência. Reuniões junto as CIRA's foram realizadas entre 14 de outubro de 2015 a 19 de abril de 2016, para discussão do Diagnóstico.

Doença Renal Crônica

O número de doentes renais crônicos (DRC) vem aumentando, principalmente pelo envelhecimento da população em geral e pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabetes melitus, as duas maiores causas de doença renal crônica.

A portaria ministerial nº 389 de março de 2014 define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC. Caberá aos serviços especializados em nefrologia, a responsabilidade pelo matriciamento da atenção primária, estimulando assim, o diagnóstico precoce dos pacientes. O acompanhamento dos pacientes nos estágios 1, 2 e 3 de DRC será realizado pela Atenção Primária e os serviços especializados de referência pelo tratamento dos pacientes nos estágios 4 e 5. Reuniões junto às CIRAs foram realizadas para estimular os serviços de alta complexidade existente, para habilitação como Unidade Especializada em DRC com Terapia Renal Substitutiva(TRS): Hemodiálise/Diálise Peritoneal/Transplante.

Atualmente em Minas Gerais, são 84 serviços habilitados em Alta Complexidade em Nefrologia, concentrados nas RAS Centro e Sul. Das 77 Regiões de Saúde do Estado, 22 regiões (30%) não existem serviços habilitados. São a Leste, Nordeste e Norte, as áreas com maior número de Regiões de Saúde com vazios assistenciais, conforme tabela abaixo:

Tabela 43 – Quantitativo de serviço de Terapia Renal Substitutiva disponível nos municípios

Municípios	Quantidade de TRS
Municípios do Grupo 1*	1
Municípios do Grupo 2**	2
Municípios do Grupo 3***	3
Uberlândia	4
Belo Horizonte	11

*Grupo 1: Araguari; Araxá; Barbacena; Betim; Bom Despacho; Brasília de Minas; Campo Belo; Carangola; Caratinga; Cataguases; Conselheiro Lafaiete; Curvelo; Diamantina; Divinópolis; Extrema; Formiga; Frutal; Guaxupé; Ipatinga; Itabira; Itaobim; Itaúna; Ituiutaba; Janaúba; João Monlevade; Lavras; Leopoldina; Manhuaçu; Mariana; Muriaé; Pará de Minas; Paracatu; Passos; Patos de Minas; Patrocínio; Pirapora; Poços de Caldas; Ponte Nova; Pouso Alegre; Salinas; São João Del Rei; São Lourenço; São Sebastião do Paraíso; Sete Lagoas; Três Corações; Ubá; Unaí; Varginha;

Viçosa.

**Grupo 2: Alfenas, Contagem, Governador Valadares, Itajubá, Montes Claros, Nova Lima, Teófilo Otoni.

***Grupo 3: Juiz de Fora e Uberaba.

A linha de cuidado aos portadores de Doença Renal Crônica deverá buscar habilitações ou investimentos futuros e, enquanto isto, viabilizar alternativas garantindo atendimento dos residentes das regiões de saúde (RS) que apresentam vazios de serviço, na RS mais próxima. As RS a serem agregadas poderão ser monitoradas através da Tele Saúde conforme detalhamento a ser conduzido pela coordenadoria específica da SAS, responsável pela rede de crônicos.

Obesidade

A Linha de Cuidado e Plano de Ação das pessoas com Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de Minas Gerais foi enviada ao Ministério da Saúde em outubro de 2014 e atualmente aguarda aprovação e publicação.

É necessário implantar a Linha de Cuidado das pessoas com Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de Minas Gerais para organizar o fluxo de pacientes ao serviço, melhorando assim a assistência prestada ao usuário.

Atualmente no Estado de Minas Gerais existem 06 estabelecimentos de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme descrito abaixo.

Tabela 44 - Número de hospitais habilitados em obesidade

Município	Quantidade de Hospitais habilitados em Obesidade
Belo Horizonte	2
Governador Valadares	1
Juiz de Fora	1
Poços de Caldas	1
Uberlândia	1

Neste cenário visualiza-se a necessidade de ampliação da rede de estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade em todas as Regiões Ampliadas de Saúde do Estado. Ressalta-se ainda, persistência de importantes vazios assistenciais nas seguintes regiões: Noroeste, Oeste, Centro Sul, Leste do Sul, Jequitinhonha, Nordeste, Norte.

Doenças Raras

A Resolução SES/MG N° 5164 DE 26 de fevereiro de 2016, constituiu o Núcleo de Atenção às Doenças Raras no âmbito do SUS em Minas Gerais, para organização da Rede Assistencial das Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. O Núcleo tem o objetivo de propor ações de promoção e proteção da saúde e a organização da assistência às pessoas com Doenças Raras.

Transplantes

Na área de transplantes a SES MG vem desenvolvendo o Projeto de fusão MG-TRANSPLANTES com Fundação Hemominas que tem como objetivo principal, a criação de um sistema unificado de hemoterapia, banco de células, tecidos de células, tecidos e transplantes. Desta forma, espera-se otimizar a estrutura operacional do MG-TRANSPLANTES, buscando ampliar a captação de órgãos e tecidos. Entre as propostas, está a implantação de novas Organizações de Procura de órgãos (OPO) no Estado.

Processo transexualizador

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) está regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. A nova portaria insere-se no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e estabelece como diretrizes para a assistência ao/a usuário/a com demanda para realização do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: a integralidade da atenção a transexuais e travestis, buscando estruturar uma linha de cuidado desde a atenção primária à especializada; trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; integração com os demais pontos de atenção da rede de saúde, tendo como porta de entrada a atenção primária, incluindo-se o acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores/as e demais usuários/as da unidade de saúde para o respeito às diferenças, em todos os níveis de atenção.

Atualmente, estão habilitados, pelo Ministério da Saúde, a prestar a atenção especializada no processo transexualizador cinco Estabelecimentos de Saúde em todo o Brasil:

Tabela 45 – Estabelecimentos habilitados para prestar atenção especializada no processo transexualizador

UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto
SP	São Paulo	2078015	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clínicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
PE	Recife	396	Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco

Quanto aos procedimentos para redesignação sexual, a Portaria GM/MS nº 2.803/2013 incluiu na Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais – OPM (PT/GM/MS nº 2.848 de 07/11/07) do Sistema Único de Saúde, os seguintes procedimentos:

- 03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
- 03.03.03.009-7 - Tratamento hormonal no processo transexualizador
- 03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador

- 03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico
- 04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino – AIH (procedimento principal)
- 04.04.01.056-3 – Tireoplastia - AIH (procedimento principal)
- 04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
- 04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador
- 04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual - AIH (procedimento principal)
- 04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador - AIH (procedimento principal)

De acordo com a Portaria 2.803/2013 - art. 15, o SUS realizará em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 03 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002.

Ressalta-se ainda que o acesso aos procedimentos cirúrgicos em outro Estado/Município será regulado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) do Ministério da Saúde, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem. Contudo, o encaminhamento e articulação para acesso ao serviço em outro Estado/Município devem ser realizados entre o gestor local de residência do (da) paciente e o gestor local do outro Estado/Município.

Atenção à Saúde da Mulher / Rede Cegonha

No ano de 2012, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina do Estado de Minas Gerais correspondia a 50,80% da população total, sendo 6.374.527 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos - 63,19% da população de mulheres).

De acordo com informações sobre internações por Capítulo CID-10 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no período de 2013 a 2015, em Minas Gerais, as cinco causas mais frequentes de internação de mulheres foram: gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho geniturinário; doenças do aparelho digestivo e neoplasias (tumores). Em relação às neoplasias, os cânceres de mama, de cólon e reto e de colo de útero são os mais prevalentes entre as mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma.

Dentre as doenças infecciosas, destaca-se, no período de 2010 a 2015, aumento do número de casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, além da infecção pelo Zika vírus como uma doença emergente. No Estado de Minas Gerais, de acordo com o Boletim epidemiológico de monitoramento dos casos de Dengue, Febre Chikungunya e Febre Zika nº 27, até 19 de julho de 2016, foram notificados 962 casos de gestantes com exantema. Destes casos, 608 em investigação, 303 confirmados e 51 descartados. Os casos confirmados estão distribuídos em 15 Unidades Regionais de Saúde e 58 municípios. Neste mesmo período, foram notificados 136 casos de suspeita de microcefalia. Destes, 67 casos estão em investigação, um caso foi confirmado para infecção congênita, dois foram confirmados com infecção por vírus Zika e 51 foram descartados.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Estado de Minas Gerais, no ano 2013 o câncer de mama representou a principal causa de morte em mulheres, com taxa de mortalidade de 12,8 para cada 100.000 mulheres e o câncer de colo do útero a quinta causa de morte em mulheres, com taxa de mortalidade de 3,9 a cada 100.000 mulheres.

No Estado, dentre os anos de 2013 a 2015, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), as principais causas de mortalidade neonatal (0 a 27 dias), foram respectivamente afecções originadas no período neonatal (77%) e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (20%).

Com o intuito de atuar sobre as principais causas de mortalidade materna e infantil, bem como reduzir as taxas de mortalidade por câncer de mama e de colo de útero e promover a atenção à saúde da mulher de forma integral, a Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher / Rede Cegonha (CASMRC) se propõe a investir em ações voltadas à melhoria da assistência à mulher, ao recém-nascido e à criança até 24 meses.

A fim de atingir esses objetivos, as ações se direcionam para investimento, custeio e monitoramento da implantação e do funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS); capacitação de profissionais da área da saúde da mulher e da criança; acompanhamento via *call center* das consultas, exames e condições de saúde de gestantes e crianças, além do monitoramento do acesso ao tratamento do câncer de mama; disponibilização de serviço móvel para realização de mamografias e incentivo financeiro para diagnóstico precoce do câncer de mama e início de tratamento nos Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Diante deste cenário, a CASMRC tem como principais desafios promover a assistência à saúde da mulher de forma integral, estruturar o fluxo entre os pontos de atenção da RAS e qualificar a assistência à saúde da mulher nos diversos ciclos de vida e à criança de 0 a 24 meses.

Em 2014 ocorreu a reorganização dos comitês de prevenção, tendo como principal ação a unificação dos Comitês materno, fetal e infantil. Neste sentido, em 2015, foi instituída uma Secretaria Executiva na composição do Comitê Estadual com foco na análise dos óbitos maternos e infantis segundo critérios epidemiológicos e assistenciais, com destaque às vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais e as diversas regiões do Estado. Esta reorganização possibilita a criação de comitês compartilhados entre os municípios e a qualificação das análises de forma a subsidiar o planejamento de ações que visam reduzir a mortalidade por causas evitáveis.

O Projeto “Zero Morte Materna por Hemorragia Pós Parto”, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), tem por objetivo estruturar o processo de qualificação da atenção às situações de morbimortalidade em mulheres com hemorragia pós-parto, principalmente em áreas remotas e de pouco acesso às tecnologias de cuidado. A implementação do projeto no Estado é uma das estratégias para a redução da morbimortalidade materna e infantil por meio da distribuição de Traje Anti-Choque Não Pneumático (TAN), qualificação de profissionais médicos e de enfermagem e formação de multiplicadores no manejo da hemorragia pós-parto para a utilização do TAN.

No que se refere à atenção à saúde sexual e reprodutiva, as ações envolvem planejamento familiar; qualificação e acesso ao pré-natal de risco habitual e alto risco; adequação das maternidades para

habilitação no atendimento à gestante de alto risco e adoção de boas práticas de assistência ao parto e nascimento, no intuito de contribuir para a mudança do modelo hegemônico e implementação da assistência perinatal baseada nos preceitos da humanização.

Dentre as ações previstas estão a publicação da revisão dos critérios de Estratificação de Risco Gestacional realizada nos anos de 2015-2016 e a capacitação dos profissionais da rede de atenção para a utilização deste instrumento, de forma a qualificar a assistência e direcionar o fluxo assistencial da gestante no Estado.

Considerando também a necessidade de humanização no atendimento ao recém-nascido de baixo peso e as taxas de mortalidade infantil e neonatal no Estado de Minas Gerais, a SES-MG, com o apoio do Ministério da Saúde, promove cursos de formação de tutores do Método Canguru, na atenção hospitalar e na atenção primária à saúde. Essa estratégia visa produzir mudanças na postura dos profissionais de saúde, ao reforçar a necessidade de implementação de assistência segura e a adoção das boas práticas. O conjunto das estratégias contribui também para a promoção do aleitamento materno. Neste sentido, visando difundir e incentivar esta prática em todo o Estado, a SES-MG divulga textos informativos e celebra datas como o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e Semana Mundial de Aleitamento Materno.

A implantação de Fóruns Perinatais nas Regiões Ampliadas de Saúde, abertos a todas as cidadãs e a todos os cidadãos, permite a avaliação, o planejamento e a coordenação da política de atenção perinatal. Os fóruns são espaços de diálogo permanente, inclusivos, plurais, democráticos e participativos, com o objetivo de construção de consenso e referenciais ético-políticos, que envolvem discussões sobre a rede de assistência e a linha de cuidado integral para adequação dos serviços às necessidades da população.

Nas situações de abortamento, as instituições seguem as recomendações do Ministério da saúde conforme a norma técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”. A SES-MG disponibiliza aos hospitais/maternidades insumos previstos na norma, como o misoprostol e kit para Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), e realiza capacitações para os profissionais destas instituições.

Como forma de avaliar os casos de abortamento atendidos no estado de Minas Gerais foram analisados os procedimentos curetagem pós-abortamento/puerperal no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e esvaziamento de útero pós-aborto por Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O total dos dois procedimentos por ano está apresentado abaixo:

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (até jun)
904	973	917	662	680	609	507	945	522

Em relação à violência contra a mulher, um grave problema social, a SES-MG desenvolve estratégias voltadas para a atenção humanizada e em rede. Em especial, para o atendimento à pessoa em situação de violência sexual, é fundamental que os serviços adotem a norma “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” do Ministério da Saúde, que prevê para os hospitais de referência a realização de exame físico, oferta de exames sorológicos, quimioprofilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites e a contracepção de emergência. Além disso, existe a proposta de implantação da Cadeia de Custódia⁶ e a capacitação dos profissionais nas instituições que são

⁶ Cadeia de custódia é a guarda em segurança do material coletado até o envio para a investigação.

portas de entrada, que é realizada pela SES-MG em parceria com o Instituto Médico Legal.

As gestantes dependentes ou em uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas quando identificadas no pré natal de risco habitual são referenciadas para o pré natal de alto risco com elaboração de plano de cuidado. As orientações para os serviços sócio assistenciais sobre o atendimento destas mulheres e seus filhos recém-nascidos envolvem também a Secretaria Estadual de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania e a Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social por meio de criação de resolução conjunta.

Na rede de atenção ao câncer de mama e de colo do útero pretende-se assegurar de forma efetiva e oportuna acesso a todas as etapas do processo assistencial; exames; redução do tempo entre diagnóstico e início de tratamento; direito a reconstrução mamária; monitoramento de exames ofertados, avaliando qualidade e precisão diagnóstica e realização do diagnóstico e tratamento das lesões do colo do útero em um único serviço. Outro desafio é a construção de novas formas de avaliação da eficiência do programa de rastreamento, visando à redução da mortalidade por estes agravos.

A estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde no Brasil para o rastreamento do câncer de mama e adotada no Estado de Minas Gerais é a realização de mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos, conforme a resolução SES-MG Nº 5.189, de 16 de março de 2016. Para mulheres consideradas de risco elevado para câncer de mama, ou seja, aquelas com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau recomenda-se o acompanhamento clínico individualizado, independente da faixa etária.

A Portaria SVS/MS nº 453, de 1 de junho de 1998 aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional. A Vigilância Sanitária da SES/MG utiliza o Formulário “Inspeção Básica de Proteção Radiológica Serviços de Radiodiagnóstico Médico” para avaliação das unidades de mamografia do estado de Minas Gerais.

Uma das estratégias direcionadas à redução da mortalidade por câncer de mama é a realização do exame de mamografia nas unidades móveis, que atendem municípios de regiões de saúde que não possuem equipamento de mamógrafo disponível; municípios de regiões de saúde que possuem mamógrafo, porém, apresentam baixa cobertura do exame de mamografia de rastreamento (inferior a 70%). Além disso, é necessário que os municípios tenham acesso viário pavimentado, que ofereça condições de tráfego sem prejudicar os equipamentos.

Como estratégia para a redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo de útero, o Estado de Minas Gerais investe no monitoramento da qualidade dos exames de citologia oncótica do colo uterino (Papanicolau) ofertados pelo SUS, através da revisão dos exames realizados nos laboratórios contratados pelos municípios por uma Unidade de Monitoramento que foi devidamente habilitada pelo Ministério da Saúde. Todos os laboratórios prestadores de serviços ao SUS já foram monitorados com visitas in loco e capacitados para correção de fatores que inviabilizam a qualidade dos exames de citologia. Além disso, foi realizado o georeferenciamento dos exames a partir dos municípios de origem das pacientes para organização dos pontos de atendimento.

Para a organização da assistência aos casos de infecção por vírus Zika foi elaborado e disponibilizado, em março de 2016, o “Manual técnico de atenção à saúde e resposta aos casos de infecção pelo vírus Zika em gestantes, fetos e recém-nascidos”, que tem o intuito de direcionar o manejo dos casos suspeitos e confirmados. Além disso, a CASMRC monitora os casos de gestantes com exantema e com infecção confirmada pelo vírus Zika, bem como casos de fetos com alteração no sistema nervoso central sugestiva

de infecção congênita, abortamentos e natimortos. As ações são desenvolvidas em interface com o Ministério da Saúde e diferentes áreas técnicas da SES-MG: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Atenção à Saúde do Trabalhador, Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária à Saúde, Coordenação de Atenção à Pessoa com deficiência e Unidades Regionais de Saúde, na perspectiva de promover o monitoramento e assistência adequada aos casos, conforme previsto no protocolo estadual.

Além disso, as ações da SES-MG são direcionadas para fortalecer parcerias com o objetivo de promover capacitações de profissionais e revisões de protocolos; incentivar a formação e aprimoramento de Enfermeiras Obstetras e Obstetizas e replicar cursos de urgências e emergências obstétricas para os profissionais que atuam na assistência perinatal no SUS e ampliar as estratégias de comunicação com a população.

O conjunto das medidas apresentadas tem impacto na qualidade da assistência prestada e visa contribuir para a redução da morbimortalidade materna, fetal e infantil no Estado de Minas e na qualidade de vida da mulher fora do período reprodutivo. Em especial, de forma a possibilitar a atenção integral à mulher nos diferentes pontos da RAS, a CASMRC mantém a articulação com diversas áreas da gestão estadual, participando de discussões e tomada de decisões no que tange a atenção a outras condições da mulher além da gestação, puerpério, câncer de colo do útero e de mama e em situação de violência, tais como climatério, saúde da mulher indígena, adolescente e em situação de rua ou com doenças crônicas. Esta articulação também envolve as ações previstas para a criança de 0 a 24 anos para a produção de uma atenção compartilhada entre as áreas da SES-MG.

A assistência relacionada às ações de atenção à saúde da mulher e criança até dois anos está organizada, principalmente, nos seguintes serviços e estruturas: Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE); Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Centro de Parto Normal (CPN); Maternidades para atendimento de gestantes de risco habitual e alto risco; Leitos de UTI Neonatal; Leitos de UCI Neonatal Convencional (UCINCo); Leitos de UCI Neonatal Canguru (UCINCa); Bancos de Leite Humano (BLH); Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH); Hospitais Amigos da Criança (IHAC); Unidades móveis de saúde, para realização de exames de mamografia; Centros e unidades de assistência de alta complexidade em oncologia; Serviços de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual (SAVVS).

Urgência e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), uma das redes prioritárias para o Ministério da Saúde, foi instituída pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, definindo os diversos componentes desta rede de atenção e os incentivos a serem disponibilizados aos Estados e municípios para sua implementação em seus territórios.

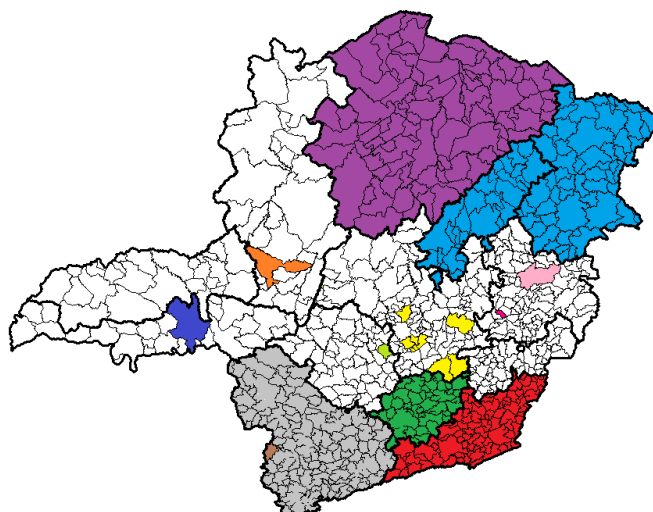
A atenção às urgências vem se apresentando como pauta fundamental e prioritária, tanto para o Governo Federal, Estados e Municípios do País, justificada pela magnitude dos problemas nesta área e pela necessidade de intervenção para a melhoria do atendimento. A política preconiza que a atenção às urgências deve fluir em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a assistência desde as unidades básicas, passando pelas atenções pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar.

Seguindo as diretrizes ministeriais, o Estado de Minas Gerais vem implantando a Rede de Atenção às Urgências em todo território mineiro que, conforme Resolução SES nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, é composta pela integração dos seguintes pontos de atenção à saúde:

- Atenção Primária em Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional e sua Central de Regulação das Urgências (CRU);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h);
- Hospitais; e
- Comitê Gestor das Urgências e Emergências nas Regiões Ampliadas de Saúde (RAS).

O SAMU 192 Regional, acionado gratuitamente pelo número 192 com o objetivo de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, em qualquer lugar, destaca-se que o Estado vem investindo sistematicamente na ampliação da cobertura juntamente com os municípios e o governo federal. Em fevereiro de 2015, inaugurou-se o SAMU 192 Regional no Sul de Minas, garantindo assim o acesso a mais de 2,7 milhões de habitantes residentes dos 153 municípios desta região. Com isso, a cobertura deste serviço para população mineira passou para 66,8%, além de ampliar a frota que, atualmente, conta com 50 Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), também conhecida como UTI Móvel e 196 Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), além de veículos que foram renovados e que estão como reserva técnica. O mapa abaixo ilustra a atual cobertura do SAMU 192 em Minas Gerais.

Figura 46 - Cobertura do SAMU 192 em Minas Gerais.



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Legenda:
Roxo: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Norte
Azul claro: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Nordeste/Jequitinhonha
Verde escuro: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Centro Sul

Vermelho: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Sudeste
Cinza: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Sul
Marrrom: SAMU 192 Municipal de Poços de Caldas
Amarelo: SAMU 192 Municipal de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Itabira, Sete Lagoas, Ouro Preto e Mariana
Verde claro: SAMU 192 Municipal de Itaúna
Rosa escuro: SAMU 192 Municipal de Ipatinga
Rosa claro: SAMU 192 Municipal de Governador Valadares
Laranja: SAMU 192 Municipal de Patos de Minas
Azul escuro: SAMU 192 Municipal de Uberaba

Com o objetivo de garantir 100% de cobertura do território mineiro até o ano 2018, o Estado tem trabalhado em duas vertentes, regionalizando os SAMU 192 municipais já existentes e implantando o SAMU 192 Regional nas regiões que ainda não possuem o serviço. Para ambos, têm sido realizadas ações imprescindíveis para concretização dos projetos, como a compra de 300 ambulâncias para implantação, reserva técnica e renovação de frota dos SAMU 192 Regionais já existentes. Está sendo aguardada a entrega pelas empresas fornecedoras.

Na Região Ampliada de Saúde Centro, o trabalho tem se concentrado para ampliar o acesso de 4.642.755 para 6.480.169 de habitantes. Na mesma perspectiva, o SAMU 192 Municipal de Governador Valadares e de Ipatinga também estão em processo de regionalização, buscando aumentar a cobertura dos referidos serviços para todos os 1.532.984 de habitantes que residem na Região Ampliada de Saúde Leste. Na lógica de implantação do componente SAMU 192 Regional, as Regiões Ampliadas de Saúde Oeste e Triângulo do Norte são outras duas regiões com previsão para contar com o serviço ainda no ano de 2016, com uma Central de Regulação no município de Divinópolis e Uberlândia, respectivamente. Para estas ações de implantação do SAMU 192 realizadas desde o início de 2015, o Estado investiu cerca de R\$ 30 milhões de reais. As Regiões Ampliadas de Saúde Noroeste, Triângulo do Sul e Leste do Sul também estão em processo de implantação/regionalização, já contam com o projeto aprovado, Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde criados e acompanhamento técnico contínuo para realização de todas as ações inerentes ao projeto de implantação.

Além do transporte pré-hospitalar móvel terrestre, o Estado conta com uma aeronave de asa rotativa (helicóptero), cujos atendimentos à saúde são realizados através da parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e profissionais do SAMU 192 (médicos e enfermeiros). Além do helicóptero já existente (EC 145) baseado em Belo Horizonte, o Sul de Minas também passa a contar com o serviço em 2016 na mesma lógica de parceria entre os entes, ampliando assim o acesso aos usuários do SUS.

Concomitante ao aumento da cobertura do SAMU 192 Regional, tem-se realizado ações estratégicas para garantia da manutenção dos componentes já existentes e a prestação de serviços com qualidade, como ampliação do SAMU 192 Regional do Norte de Minas (11 novas ambulâncias) e RAS Centro-Sul, reajustes

no custeio e novas estratégias gerenciais para monitoramento e avaliação do serviço, revisão dos Regimentos Internos dos Comitês Gestores Regionais da RUE e novos alinhamentos junto ao Ministério da Saúde para o Grupo Condutor Estadual da RUE.

Em relação às Unidades de Pronto Atendimento 24h, destaca-se o grande avanço na Política Estadual no ano de 2015, onde o Estado, por meio da publicação da Resolução SES-MG nº 4.884, de 19 de agosto de 2015, estabeleceu as novas diretrizes para implantação e manutenção do componente, assegurando a todos os estabelecimentos habilitados pelo Ministério da Saúde o incentivo financeiro de custeio mensal de 25% sobre o valor de custeio mensal repassado pelo MS. Esta mudança fez com que o número de UPA 24h custeadas pelo Estado aumentasse em cerca de 300%, uma vez que passou de 11 para 43 UPA 24h custeadas. O quadro abaixo detalha o número de UPA 24h, por Região Ampliada de Saúde, que recebem incentivo de custeio atualmente.

Tabela 46: UPA 24h, por Região Ampliada de Saúde

Região Ampliada de Saúde	Nº de UPA 24h	População
Centro	24	6.480.169
Centro Sul	1	780.011
Leste	2	1.532.984
Leste do Sul	1	694.964
Nordeste-Jequitinhonha	1	1.228.816
Noroeste	2	691.080
Norte	-	1.661.130
Oeste	3	1.254.944
Sudeste	3	1.651.433
Sul	3	2.745.220
Triângulo do Norte	1	1.260.398
Triângulo do Sul	2	752.948
Total	43	20.734.097

No que tange ao componente hospitalar, Minas Gerais incentiva o custeio de diversas Portas de Entrada por meio de alguns Programas Estaduais, mas vem concentrando os esforços para elaboração dos Planos de Ação Regionais em todas as Regiões Ampliadas de Saúde, principalmente naquelas em que o componente SAMU 192 Regional está em processo de implantação. Acrescenta-se ainda que o Ministério da Saúde também incentiva financeiramente o componente hospitalar nas RAS conforme o PAR elaborado, sendo os recursos repassados de forma gradativa. Observa-se no quadro abaixo o número de prestadores hospitalares contemplados com os componentes hospitalares da RUE “Porta Aberta” e “Leitos de Retaguarda” por Região Ampliada de Saúde, bem como as RAS que possuem ou não o Plano de ação Regional.

Tabela 47 - Número de prestadores hospitalares contemplados com os componentes das RUE Porta Aberta e Leitos de Retaguarda

Região Ampliada de Saúde (RAS)	RAS possui Plano de Ação Regional	Componente Hospitalar Porta Aberta	Componente Hospitalar Leitos de Retaguarda	População
Centro	Sim	26	29	6.480.169
Centro Sul	Sim	12	6	780.011
Leste	Não	20	1	1.532.984
Leste do Sul	Não	3	-	694.964
Nordeste-Jequitinhonha	Sim	25	1	1.228.816
Noroeste	Não	3	-	691.080
Norte	Sim	22	8	1.661.130
Oeste	Não	18	-	1.254.944
Sudeste	Sim	20	14	1.651.433
Sul	Sim	29	-	2.745.220
Triângulo do Norte	Não	5	-	1.260.398
Triângulo do Sul	Não	4	-	752.948
Total	Sim – 6 Não – 6	187	59	20.734.097

Os esforços estão voltados para concretizar a Rede de Urgência e Emergência em todo Estado, por meio do fortalecimento deste componente, lançando mão, em parceria com as Superintendências/Gerências Regionais de Saúde, de um diagnóstico assistencial, avaliação da vocação das instituições na RUE e sua capacidade instalada, necessidades e vazios assistenciais de forma individual, para que a Rede seja capaz de prestar a assistência à saúde em consonância com os princípios do SUS e garantir, de fato, o acesso integral e universal aos usuários dos serviços.

Políticas de Gestão Hospitalar

Existem dois programas estratégicos que caminham em paralelo. O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp) e a Nova Política de Atenção Hospitalar.

O Pro-Hosp surgiu em 2003 com objetivo de superar um modelo assistencial hospitalar que já apresentava há algum tempo, sinais claros de esgotamento e necessitava de uma remodelagem estratégica (SES/MG, 2013). Dos 498 hospitais do estado (com produção SUS em Dez/2014) apenas 151 são contemplados no programa (Incentivo e Gestão Compartilhada), evidenciando uma insuficiência dos

atuais programas para uma efetiva rede de atenção hospitalar.

Para que pontos de atenção de uma determinada Região Ampliada de Saúde se configurem como Redes de Atenção à Saúde, salienta-se que é de suma importância que funcionem de forma articulada, independentemente de seu nível de complexidade e/ou densidade tecnológica, e, ofereçam serviços em número suficiente para garantir não só a cobertura a uma determinada população, mas também a resolutividade e a qualidade da assistência. A partir desse pressuposto pretende-se redefinir a política de assistência hospitalar do Estado de Minas Gerais.

A redefinição da política de assistência hospitalar é necessária em função do cenário atual onde se observa hospitais desarticulados dos demais pontos de atenção das redes; baixo grau de regulação; iniquidade de oferta permanecendo vazios assistenciais, redes prioritárias estaduais desarticuladas com a política ministerial, fragmentação da política – diversos programas desarticulados entre si, financiamento fragmentado e descolado de um plano global de custeio e investimento e a precariedade do monitoramento e da avaliação de desempenho.

Ao longo do ano de 2015 várias discussões foram realizadas entre membros da Secretaria Estadual da Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) para construção das diretrizes, objetivos e as tipologias hospitalares que serão adotadas no Estado. Elas foram pactuadas através da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.237, de 09 de dezembro de 2015 e da Resolução SES/MG Nº 5.052, de 09 de dezembro de 2015.

Conforme pactuações realizadas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) a conformação da nova Política Estadual de Atenção Hospitalar poderá significar indução de qualificação e ampliação da oferta para alguns hospitais, e também resultar na redefinição de missão de outros hospitais.

Temos como diretrizes da referida política:

- Garantia de acesso universal, equidade e integralidade no atendimento hospitalar em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar;
- Definição dos hospitais como ponto de atenção integrado e articulado às Redes de Saúde, de forma regionalizada em consonância com o planejamento de cada Região de Saúde;
- Fortalecimento da Rede Atenção a Saúde RAS para garantir e ampliar o acesso as ações e serviços de saúde;
- Participação do Controle Social no processo de planejamento e avaliação da implementação da política pelos hospitais e apoio a constituição e funcionamento de conselhos locais de saúde nos estabelecimentos hospitalares, para que possa deliberar antes de encaminhamento para a CIB;
- Acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Estadual e Nacional de Regulação do SUS, com responsabilidade compartilhada entre a gestão Estadual e gestão municipal;
- Atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização, centrada no usuário e baseada nas suas necessidades de saúde respeitando as diversidades individuais e coletivas;
- Organização do processo de trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar, ampliando o olhar sobre os problemas de saúde e criando dispositivos de articulação com os outros serviços e equipes da Rede de Atenção;
- Garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente de acordo com a Política Nacional de Segurança do Paciente;

- Garantia da efetividade dos serviços, com transparência, eficiência e uso racional dos recursos;
- Financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de governo respeitando as especificidades regionais;
- Qualificação e fortalecimento dos processos de produção e gestão em saúde atuando na micropolítica a partir das necessidades dos usuários, tanto nos seus aspectos administrativos, financeiros, quanto assistenciais;
- Contratualização através de instrumento jurídico único com avaliação do desempenho hospitalar e valorização dos resultados sendo a estratégia central de celebração de compromissos entre o gestor e o prestador;
- Monitoramento e avaliação com utilização de ferramentas para acompanhamento dos compromissos, indicadores e metas definidos em contrato, bem como de outros indicadores considerados estratégicos pela gestão interna de cada hospital;

Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

As ações de reabilitação são desenvolvidas com integralidade do cuidado, envolvendo uma equipe multiprofissional e uma articulação intersetorial entre atenção primária à saúde, saúde bucal, saúde mental, atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência.

A atual Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência de Minas Gerais (RCPCD/MG) é composta por 260 pontos de atenção, sendo 13 Centros Especializados de Reabilitação (CER), 29 Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO), 126 Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI), 13 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), 18 Serviços de Reabilitação Física (SRF), 04 Serviços de Reabilitação Visual (SRV), 43 instituições no Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal (PETAN), 04 Serviços de Implante Coclear (SIC), distribuídos em 147 municípios, conforme listagem abaixo. Embora estes serviços estejam estruturados, a qualificação da assistência e a oferta ainda são inadequadas, exigindo ações para ampliação do acesso e da qualidade da assistência ofertada.

IBGE	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante
310010	Abadia dos Dourados	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
310090	Águas Formosas	ÁGUAS FORMOSAS	NORDESTE		SERDI						
310150	Além Paraíba	ALÉM PARAÍBA	SUDESTE	CE	CER		CER			CER	
310160	Alfenas	ALFENAS /	SUL	CE	SERDI	CER	CER	CER	TAN	CER	
310260	Andradas	POÇOS DE CALDAS	SUL		SERDI						
310340	Araçuaí	ARAÇUAÍ	NORDESTE		SERDI				TAN		
310350	Araguari	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
310400	Araxá	ARAXÁ	TRIÂNGULO DO SUL	CE	CER		CER			CER	
310450	Arinos	UNAÍ	NOROESTE		SERDI						
310490	Baependi	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
310560	Barbacena	BARBACENA	CENTRO SUL		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
310590	Barroso	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI						
310620	Belo Horizonte	BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	CENTRO		SERDI	SRA	SRF	SRV	TAN	SASPO	SIC
310670	Betim	BETIM	CENTRO						TAN		
310710	Boa Esperança	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
310740	Bom Despacho	BOM DESPACHO	OESTE		SERDI					SASPO	
310830	Borda da Mata	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
310840	Botelhos	ALFENAS /	SUL		SERDI						
310860	Brasília de Minas	BRASÍLIA DE MINAS/SÃO	NORTE						TAN		
310930	Buritit	UNAÍ	NOROESTE		SERDI						
310970	Cachoeira de Minas	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
311060	Cambuí	POUSO ALEGRE	SUL							SASPO	
311070	Cambuquira	TRÊS CORAÇÕES	SUL		SERDI						
311090	Campanha	TRÊS CORAÇÕES	SUL		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	CE R	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	IMPLANTE
31110	Campestre	ALFENAS /	SUL		SERDI						
31112	Campo Belo	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	OESTE		SERDI				TAN	SASPO	
31116	Campos Gerais	ALFENAS /	SUL		SERDI						
31120	Candeias	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	OESTE		SERDI						
31133	Carangola	CARANGOLA	SUDESTE		SERDI						
31134	Caratinga	CARATINGA	LESTE		SERDI						
31141	Carmo de Minas	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31143	Carmo do Paranaíba	PATOS DE MINAS	NOROESTE		SERDI						
31144	Carmo do Rio Claro	ALFENAS /	SUL		SERDI						
31153	Cataguases	LEOPOLDINA / CATAGUASES	SUDESTE		SERDI					SASPO	
31155	Caxambu	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31158	Centralina	ITUIUTABA	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
31183	Conselheiro Lafaiete	CONSELHEIRO LAFAIETE /	CENTRO SUL		SERDI		SRF	SRV		SASPO	
31186	Contagem	CONTAGEM	CENTRO		SERDI		SRF		TAN		
31187	Coqueiral	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
31193	Coromandel	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI					SASPO	
31194	Coronel Fabriciano	CORONEL FABRICIANO/TIMÓT	LESTE		SERDI						
31202	Cristais	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	OESTE		SERDI						
31205	Cristina	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31208	Cruzília	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31209	Curvelo	CURVELO	CENTRO		SERDI						
31216	Diamantina	DIAMANTINA	JEQUITINHONHA	CE	CER	CER	CER	CER	TAN	CER	
31223	Divinópolis	DIV./ S. ANTÔNIO DO MONTE	OESTE		SERDI				TAN	SASPO	
31236	Elói Mendes	VARGINHA	SUL		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	CE R	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	IMPLANTE
31242	Espera Feliz	CARANGOLA	SUDESTE		SERDI						
31257	Felixlândia	CURVELO	CENTRO		SERDI						
31261	Formiga	FORMIGA	OESTE			SRA			TAN	SASPO	
31271	Frutal	FRUTAL / ITURAMA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
31277	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE			SRA	SRF		TAN	SASPO	SIC
31283	Guaranésia	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
31287	Guaxupé	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
31295	Ibiá	ARAXÁ	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
31298	Ibirité	CONTAGEM	CENTRO						TAN		
31309	Inhapim	CARATINGA	LESTE		SERDI						
31313	Ipatinga	IPATINGA	LESTE		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
31315	Ipuiúna	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
31316	Iraí de Minas	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
31317	Itabira	ITABIRA	CENTRO		SERDI				TAN	SASPO	
31319	Itabirito	OURO PRETO	CENTRO	CE	CER		CER		CER		
31324	Itajubá	ITAJUBÁ	SUL		SERDI				TAN	SASPO	
31327	Itambacuri	TEÓFILO OTONI / MALACACHETA /	NORDESTE		SERDI						
31331	Itanhandu	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31338	Itaúna	ITAÚNA	OESTE		SERDI					SASPO	
31342	Ituiutaba	ITUIUTABA	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI					SASPO	
31344	Iturama	FRUTAL / ITURAMA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
31351	Janaúba	JANAÚBA/MONTE AZUL	NORTE	CE	CER		CER	CER	TAN	CER	
31352	Januária	JANUÁRIA	NORTE	CE	CER		CER			CER	
31367	Juiz de Fora	JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE / BOM JARDIM MINAS	SUDESTE		SERDI	SRA	SRF	SRV	TAN	SASPO	SIC
31372	Lagoa da Prata	DIVINÓPOLIS / SANTO ANTÔNIO	OESTE		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	IMPLANTE
31375	Lagoa Formosa	PATOS DE MINAS	NOROESTE		SERDI						
31376	Lagoa Santa	VESPASIANO	CENTRO		SERDI				TAN		
31378	Lambari	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31382	Lavras	LAVRAS	SUL		SERDI						
31384	Leopoldina	LEOPOLDINA / CATAGUASES	SUDESTE		SERDI					SASPO	
31385	Liberdade	JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE / BOM JARDIM MINAS	SUDESTE		SERDI						
31390	Machado	ALFENAS /	SUL		SERDI						
31394	Manhuaçu	MANHUAÇU	LESTE DO SUL		SERDI		SRF			SASPO	
31395	Manhumirim	MANHUAÇU	LESTE DO SUL		SERDI						
31396	Mantena	MANTENA	LESTE	CE	CER		CER		TAN	CER	
31418	Minas Novas	MINAS NOVAS / TURMALINA / CAPELINHA	JEQUITINHONHA		SERDI						
31419	Minduri	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31421	Miradouro	MURIAÉ	SUDESTE		SERDI						
31426	Monsenhor Paulo	VARGINHA	SUL		SERDI						
31428	Monte Alegre de Minas	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
31430	Monte Belo	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
31431	Monte Carmelo	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI					SASPO	
31433	Montes Claros	MONTES CLAROS /	NORTE		SERDI	SRA	SRF		TAN	SASPO	SIC
31435	Morada Nova de Minas	SETE LAGOAS	CENTRO		SERDI						
31439	Muriaé	MURIAÉ	SUDESTE		SERDI						
31440	Mutum	MANHUAÇU	LESTE DO SUL		SERDI						
31441	Muzambinho	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
31446	Nepomuceno	LAVRAS	SUL		SERDI						
31456	Oliveira	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	OESTE		SERDI						
31460	Ouro Fino	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI					SASPO	

IBGE	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	IMPLANTE
314700	Paracatu	UNAÍ	NOROESTE		SERDI						
314710	Pará de Minas	PARÁ DE MINAS	OESTE	CER	CER		CER			CER	
314720	Paraguaçu	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
314730	Paraisópolis	ITAJUBÁ	SUL		SERDI						
314760	Passa Quatro	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
314790	Passos	PASSOS / PIUMHI	SUL		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
314800	Patos de Minas	PATOS DE MINAS	NOROESTE	CER	CER	CER	SRF		TAN	SASPO	
314810	Patrocínio	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI				TAN	SASPO	
314870	Pedra Azul	PEDRA AZUL	NORDESTE							SASPO	
314930	Pedro Leopoldo	VESPASIANO	CENTRO		SERDI						
314990	Perdões	LAVRAS	SUL		SERDI						
315120	Pirapora	PIRAPORA	NORTE							SASPO	
315130	Piraúba	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
315150	Piumhi	PASSOS / PIUMHI	SUL		SERDI					SASPO	
315180	Poços de Caldas	POÇOS DE CALDAS	SUL		SERDI					SASPO	
315210	Ponte Nova	PONTE NOVA	LESTE DO SUL		SERDI	SRA			TAN	SASPO	
315250	Pouso Alegre	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI	SRA			TAN	SASPO	
315280	Prata	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
315340	Presidente Olegário	PATOS DE MINAS	NOROESTE		SERDI						
315400	Raul Soares	PONTE NOVA	LESTE DO SUL		SERDI						
315460	Ribeirão das Neves	BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	CENTRO						TAN		
315490	Rio Casca	PONTE NOVA	LESTE DO SUL		SERDI						
315540	Rio Novo	JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE / BOM JARDIM MINAS	SUDESTE		SERDI						
315580	Rio Pomba	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
315610	Ritápolis	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI						
315670	Sabará	BH/ NOVA LIMA/CAETÉ	CENTRO		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	IMPLANTE
31569	Sacramento	UBERABA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
31578	Santa Luzia	BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	CENTRO			SRA					
31583	Santana da Vargem	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
31596	Santa Rita do Sapucaí	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
31598	Santa Vitória	ITUJUBA	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
31599	Santo Antônio do Amparo	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	OESTE							SASPO	
31620	São Gonçalo do Sapucaí	VARGINHA	SUL		SERDI						
31625	São João Del Rei	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI				TAN	SASPO	
31637	São Lourenço	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
31647	São Sebastião do Paraíso	SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	SUL		SERDI						
31653	São Vicente de Minas	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI						
31654	Sapucaí-Mirim	ITAJUBÁ	SUL		SERDI						
31657	Senador Firmino	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
31672	Sete Lagoas	SETE LAGOAS	CENTRO		SERDI				TAN	SASPO	
31686	Teófilo Otoni	TEÓFILO OTONI / MALACACHETA / CORONEL	NORDESTE		SERDI	SRA	SRF		TAN		
31687	Timóteo	FABRICIANO/TIMÓT	LESTE		SERDI						
31690	Tocantins	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
31693	Três Corações	TRÊS CORAÇÕES	SUL		SERDI		SRF		TAN		
31694	Três Pontas	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
31696	Tupaciguara	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
31699	Ubá	UBÁ	SUDESTE		SERDI				TAN	SASPO	
31701	Uberaba	UBERABA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI	SRA	SRF	SRV	TAN	SASPO	
31702	Uberlândia	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE	CE	CER/SERDI	SRA	CER	CER	TAN	CER	
31704	Unai	UNAÍ	NOROESTE	CE	CER		CER			CER	
31707	Varginha	VARGINHA	SUL		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
31720	Visconde do Rio Branco	UBÁ	SUDESTE		SERDI						

A Rede de Cuidados ainda consta com o Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA), voltado para os SERDI e para o CER com modalidade intelectual, com a finalidade de captar e estimular precocemente os neonatos que venham apresentar algum risco de deficiência intelectual.

Com os serviços mencionados acima e a distribuição municipal destes centros de reabilitação, temos atualmente em Minas Gerais 63 regiões de saúde com cobertura assistencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o que representa 81,82% de cobertura do Estado. Existe portanto, uma demanda de cobertura assistencial em 14 regiões de saúde, sendo uma na região ampliada Centro, duas na região Leste, quatro na região Nordeste, uma na região Noroeste, quatro na região Norte e duas na região Sudeste.

A ampliação desta Rede está sendo focada na habilitação e construção de Centros Especializados de Reabilitação, conforme Deliberação CIB-SUS MG nº 1545, de 21 de agosto de 2013, com assistência em mais de uma modalidade de reabilitação, buscando suprir os vazios assistenciais existentes e o atendimento integral da pessoa com deficiência, incluindo além da reabilitação, a concessão de órtese, prótese e materiais especiais.

Encontra-se em construção na fase 2 do CER IV e oficina ortopédica de Contagem e do CER IV e oficina ortopédica Três Corações. Está em andamento no Ministério da Saúde a liberação de construção de 5 CER para Governador Valadares, Patos de Minas, Sabará, Vespasiano e Uberaba. Foi solicitado também a construção de um CER III em Araçuaí, além da habilitação do CER em Ipatinga e Lavras.

Com a finalidade de regular, controlar e avaliar os serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o Estado de Minas Gerais, institui através da Deliberação CIB-SUS/MG 1.272, de 24 de outubro de 2012 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014, as Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (JRRPCD). Estas juntas serão formadas por profissionais da saúde, educação e assistências social dos municípios que possuírem algum ponto da RCPCD/MG e nos municípios onde não houver serviços desta Rede, o mesmo deverá formalizar quem será a referência municipal para assuntos da pessoa com deficiência.

Atenção Especializada

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

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

Os Centros Estaduais de Atenção Especializada (ex- Viva Vida e/ou Hiperdia Minas) são pontos de Atenção Especializada Ambulatorial, e fazem parte da política estadual de assistência aos

Hipertensos, Diabéticos, Doentes Renais Crônicos, Crianças e Gestantes de alto ou muito alto grau de risco.

Em março de 2015, ao se realizar um diagnóstico situacional, identificou-se que estas ações eram desarticuladas com o restante da rede assistencial, a regulação era realizada pelo próprio serviço, e apesar de serem intitulados Centros Integrados, só o eram fisicamente, pois as diretrizes que regulamentavam os dois programas eram diferentes. Em relação à oferta de serviços, as unidades eram ociosas e a média de atendimento não chegava nem a 50% do que era financiado.

Como consequência, tínhamos programas que demandavam um alto valor mensal de custeio e que não era revertido em plena assistência à população mineira.

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

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

Os centros estaduais (CEAE- Hipertensão e Viva Vida) serão considerados e farão parte da rede assistencial do CEM, como centro coordenador ou como ponto de atenção de apoio.

Nos locais onde a implantação do CEM terá apenas uma Região de Saúde como área de abrangência foi definido como centro coordenador o município pólo da região de saúde.

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

A partir do levantamento/ diagnóstico que está sendo realizado, para a cobertura total da população do Estado, serão necessários, em média, 52 CEM. Em Pirapora a implantação aconteceu dia 11 de abril de 2016 e os demais CEM serão implantados a partir das prospecções que estão sendo propostas ao Nível Central desta Secretaria de Saúde pelas regiões de saúde. Durante o processo que organizará a implantação do CEM no território, para cada CEM proposto, a região deverá formar um grupo condutor para a implantação. Este deverá ser composto por representantes da unidade regional de saúde, representantes do Conselho Municipal de Saúde, representantes do COSEMS regional e representantes do município polo do CEM.

Saúde Mental

A rede de saúde mental de Minas Gerais é composta por 270 Centros de Atenção Psicossociais habilitados pelo Ministério da Saúde, porém, atualmente existem 332 em funcionamento (168 CAPS I, 55 CAPS II, 17 CAPS III, 41 CAPS AD, 17 CAPS ADIII e 34 CAPSi). Existem também 36

Centros de Convivência em funcionamento no Estado, sendo 09 em Belo Horizonte, 01 em Betim, Contagem, Alfenas, Alvinópolis, Barbacena, Caeté, Caiana, Caparaó, Conselheiro Lafaiete, Curvelo, Fervedouro, Governador Valadares, Illicínea, Ipatinga, Itabira, Itaúna, Itanhandu, Jequirí, João Monlevade, Juiz de Fora, Raul Soares, Rio Casca, Santa Cruz do Escalvado, São Francisco do Glória, São João Del-Rei, São Pedro dos Ferros, Uberlândia.

Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos, existem 77 habilitadas pelo Ministério da Saúde (22 em Belo Horizonte, 22 em Barbacena, 18 em Juiz de Fora, 07 em Alfenas, 02 em Contagem, 02 em Santa Luzia, 01 em Divinópolis, 01 em Mutum, 01 em Araçuaí e 01 em Ibité). Além dessas, o Estado conta com mais 32 residências terapêuticas funcionando sem habilitação do MS (11 em BH, 13 em Barbacena 4 em Juiz de Fora 2 em Lavras e 2 em Leopoldina)

Os leitos de saúde mental em hospital geral são em número de 217 habilitados pelo Ministério da Saúde distribuídos nos seguintes municípios: 05 em Abaeté, em 01 em Além Paraíba, 02 em Almenara, 02 em Araçuaí, 10 em Araguari, 10 em Barbacena, 02 em Belo Vale, 04 em

Brumadinho, 03 em Caetanópolis, 04 em Carangola, 04 em Cataguases, 06 em Conselheiro

Lafaiete, 05 em Diamantina, 01 em Entre Rios, 02 em Ervália, 10 em Governador Valadares, 03 em Grão Mogol, 02 em Ibité, 02 em Itamarandiba, 02 em Itaobim, 04 em Ibertioga, 02 em Ipanema, 01 em Joáima, 06 em Janaúba, 04 em Jequitinhonha, 16 em Juiz de Fora, 04 em Leopoldina, 03 em Minas Novas, 02 em Monte Azul, 02 em Morada Nova de Minas, 05 em Muriaé, 15 em Patrocínio, 08 em Poços de Caldas, 04 em Pompéu, 03 em Resplendor, 02 em Rio Pomba, 03 em Salinas, 01 em São Domingos do Prata, 01 em São Vicente de Minas, 06 em Três Pontas, 02 em Turmalina, 06 em Uberaba, 10 em Viçosa, 08 em Juiz de Fora, 01 Espera Feliz, 01 em Virgem da Lapa, 04 em Bocaiúva, 01 em Capelinha, 04 em Pouso Alto, 02 em Itabirito, 02 em Caeté e 04 em Santa Rita do Sapucaí.

Temos apenas 06 Unidades de Acolhimento habilitadas pelo Ministério da Saúde (02 Adultos e 04 Infanto-juvenis).

Ainda temos 09 Hospitais Psiquiátricos em Minas Gerais (02 em Barbacena, 02 em Belo Horizonte, 01 em Divinópolis, 01 em Uberaba, 01 em São Sebastião do Paraíso, 01 em Passos e 01 em Ituiutaba), perfazendo um total de 1.072 (mil e setenta e dois) leitos.

A Secretaria Estadual de Saúde mantém o programa Aliança Pela Vida, no qual Comunidades Terapêuticas (CT) recebem recursos de custeio para internação de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, com um total de aproximadamente 850 leitos. Inicialmente, 74 CTs estavam vinculadas ao programa, destas, 47 foram vistoriadas e 22 não foram indicadas para renovação dos contratos (indicadas no "Relatório de Vistorias nas Comunidades Terapêuticas do Cartão Aliança Pela Vida" realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de Abril de 2016). Ou seja, atualmente, 52 CTs estão aptas a oferecerem o serviço. Em concordância com a Resolução CESMG nº 010 de 08 de julho de 2016 e deliberação CIBSUSMG 2.400 de 19 de outubro de 2016".

Tabela 48 - Comunidades Terapêuticas aptas do Programa APV por município e número de leitos disponíveis

	Nome da CT	Município de localização	Número de leitos
1	ACRENOC	Varginha	15
2	ADADEC	Formiga	15
3	AMJ ASSOCIACAO MINISTERIO JERICO	Santa Luzia	15
4	ASFER	Lagoa Da Prata	15
5	ASSOCIACAO CASA DA VERDADE	Bom Despacho	15
6	ASSOCIACAO MOVIMENTO RENASCER	Betim	15
7	BANSOL	Montes Claros	15
8	BEIJA-FLOR - FEMININO	Oliveira	15
9	BEIJA-FLOR - MASCULINO	Oliveira	15
10	CADA - DIVINOPOLIS	Divinópolis	15
11	CASA DE ACOLHIMENTO MADRE TEREZA DE CALCUTA IMAD	Uberaba	15
12	CASA DE MARIA	Piumhi	30
13	CASA DE RESGATE EMANUEL	Poços De Caldas	15
14	CAVERNA DO ADULAO	Andradas	30
15	CEMAT	Juiz De Fora	15
16	CENTRO DE RECUPERACAO DE JUIZ DE FORA CONTRA AS DROGAS	Juiz De Fora	15
17	CENTRO DE RECUPERACAO RESGATANDO VIDAS	Juiz De Fora	15
18	CENTRO HERD II	Uberaba	15
19	CENTRO MADRE TEREZA	Joao Pinheiro	15
20	COMUNIDADE NOVA CAMINHADA	Sete Lagoas	15
21	COMUNIDADE TERAPEUTICA MONTE SINAI	Marlândia	15
22	COMUNIDADE TERAPEUTICA STELLA MARIS	Uberlândia	15
23	COMUNIDADE VEM SER	Claudio	30
24	COMVIDA	Muriaé	15
25	CORBE - BETEL	Sabará	15
26	CRESGEL	Carmo Da Mata	15
27	CRVN-ASSOCIACAO CENTRO DE RESTAURACAO VIDA NOVA	Esmeraldas	15
28	CTA - CENTRO TERAPEUTICO ADONAI	Curvelo	15
29	DESAFIO JOVEM PENIEL DE UBERLANDIA	Uberlândia	15
30	DOCE LAR DE MARIA - FEMININA	Campo Belo	15
31	FAZENDA DE RECUPERACAO NOVO CAMINHO	Lagoa Da Prata	15
32	GRUPO DAS SAMARITANAS DE BOA ESPERANCA	Boa Esperança	15
33	GRUPO LUZ E VIDA	Paracatu	15
34	GRUPO SALVA VIDAS - ADULTOS	Uberlândia	15
35	LEAO DA TRIBO DE JUDA	Inhaúma	15

	Nome da CT	Município de localização	Número de leitos
36	MAGNIFICAT	Itaúna	15
37	NOVA CRIATURA	Uberlândia	15
38	NOVA JERUSALEM	Uberaba	15
39	PROVIN - UNIDADES 1 E 2	Campo Belo	30
40	RENASCER PARA A VIDA	São Sebastiao Do Paraiso	15
41	REVIVER	Jaboticatubas	15
42	SACRAMENTO DE AMOR	Divinópolis	15
43	SAGRADA FAMILIA	Passos	15
44	SER - MASCULINO	Uberlândia	15
45	CLIREC	Timóteo	15
46	PROESP	Campo Belo	15
47	ESTRELA DO ORIENTE - CTEO	Montes Claros	30
48	NUTRAAD	Felixlândia	15
49	ESQUADRAO DA VIDA	Francisco Sá	15
50	AMAR A VIDA	Unaí	15
51	CREDQ II	Lagoa Santa	30
52	ADEQUAR	Betim	15

No Estado de Minas Gerais temos regiões com grandes vazios assistenciais como a região de Unaí, Teófilo Otoni, Montes Claros, região do Jequitinhonha e Leste de Minas. A meta da Coordenação é a implantação de pontos de atenção em Saúde Mental, sendo nossa prioridade a implantação de 10 CAPS III (funcionamento 24 horas), 27 CAPS Infante-Juvenil, a implantação de Residenciais Terapêuticas, pois temos como objetivo o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos: CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), Gedor Silveira, Clínica Santa Isabel e Otto Krakauer, implantação de Unidades de Acolhimento de adultos e infante-juvenil. Também constitui como prioridade da Saúde Mental o repasse de recurso de custeio e implantação para os Centros de Convivência, visto que estes dispositivos não são financiados pelo Ministério da Saúde.

Temos atualmente 60 Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento não habilitados pelo Ministério da Saúde nos seguintes municípios: Nova Resende, Machado, Belo Horizonte, Brumadinho, Ibitaré, Itabirito, Lagoa Santa, Mariana, Mateus Leme, Caratinga, Timóteo, Carmo do Cajurú, Divinópolis, Luz, Nova Serrana, Pará de Minas, Governador Valadares, Santa Maria do Suaçuí, Itabirinha, Itabira, Santa Vitória, Januária, Varzelândia, Rio Novo, Astolfo Dutra, Carangola, Manhuaçu, Janaúba, Monte Azul, Montes Claros, Piumhi, São Sebastião do Paraíso, São Gotardo, Patos de Minas, Presidente Olegário, Itajubá, Congonhal, Divisópolis, Pedra Azul, Rubim, Caraí, Malacacheta, Nanuque, Ervália, Senador Firmino, Visconde do Rio Branco, Araguari, Coromandel, Monte Alegre de Minas, Prata, Patrocínio, Conceição das Alagoas, Araxá, Baependi, Lambari, Lavras, São Gonçalo do Sapucaí, São Tomé das Letras e Varginha. Tais municípios ao assumirem o custeio total dos CAPS, têm ameaçado o fechamento das unidades devido à sobrecarga proveniente da falta de habilitação pelo MS. O mesmo se aplica para os Serviços Residenciais Terapêuticos, alguns precisam ser implantados, pois foram fechados hospitais psiquiátricos em Juiz de Fora, Leopoldina e Lavras. O município de Aguas Vermelhas já fechou o CAPS I que estava em funcionamento sem habilitação, por falta de repasse de recursos.

No final de 2016, diversos serviços substitutivos de saúde mental pactuados, ainda não foram

implementados no Estado de Minas Gerais, pelos seguintes motivos: desistência do poder público municipal, falta de estímulo devido o Ministério da Saúde não estar credenciando serviços substitutivos, há quase um ano. Tal contexto aponta para a seguinte realidade:

Tabela 49 – Serviços pendentes de habilitação no Ministério da Saúde

Serviços	Quantidade	Município de implantação
CAPS I	64	Jacinto; Almenara; Alterosa; Carmo do Rio Claro, Machado; Paraguaçu, Poço Fundo; Cabo Verde; Guaranésia; Muzambinho; Juatuba; Mateus Lemes; Açucena; Ubaporanga; Serro; Chapada do Norte; Dolores do Indaiá; Itapeçerica; Pedra do Indaiá; Igaratinga; Carmópolis de Minas; Goiabeira; São Pedro do Suaçuí; Água Boa; Galileia; Frei Inocêncio; Coroa; Tarumirim; Mantena; Divino das Laranjeiras; Capitão Andrade; Nova Era; Senhora do Porto; Virginópolis; Ituiutaba; Bonito de Minas; Montalvânia; Ubaí; Urucuaia; Andrelândia; Astolfo Dutra; Espinosa; São João do Paraíso; Rio Pardo de Minas; Itaú de Minas; Raul Soares; Alvinópolis; Paraisópolis; Barroso; Abaeté; Corinto; Paraopeba; Nanuque; Carlos Chagas; Mirai; Campos Altos; Perdizes; Conceição das Alagoas; Arinos; Bonfinópolis de Minas; Ingaí; Nepomuceno; Caxambu; Aiuruoca; Cristina
CAPS II	10	Itaobim; Lagoa Santa; Timóteo; Santo Antônio do Monte; Formiga; Montes Claros; Santa Rita do Sapucaí; Extrema; Monte Sião; Riachinho
CAPS III	6	Contagem; Caratinga; Diamantina; Juiz de Fora; Paracatu; Unai
CAPS II	10	Itaobim; Lagoa Santa; Timóteo; Santo Antônio do Monte; Formiga; Montes Claros; Santa Rita do Sapucaí; Extrema; Monte Sião; Riachinho
CAPS III	6	Contagem; Caratinga; Diamantina; Juiz de Fora; Paracatu; Unai
CAPS i	37	Congonhas; Pedro Leopoldo; Belo Horizonte; Timóteo; Belo Oriente; Ipatinga; Coronel Fabriciano; Diamantina; Itaúna; Candeias; Santa Maria do Suaçuí; Ituiutaba; Manga; Liberdade; Santa Rita de Jacutinga; Juiz de Fora; Mutum; Patos de Minas; Carmo do Paranaíba; Poços de Caldas; Itajubá; Extrema; Pouso Alegre; Curvelo; Pompéu; Teófilo Otoni; Rio Pomba; Ubá; Muriaé; Araxá; Frutal; Unai; Lavras; Carmo De Minas; Três Corações; Três Pontas; Itamonte

Serviços	Quantidade	Município de implantação
CAPS i	37	Congonhas; Pedro Leopoldo; Belo Horizonte; Timóteo; Belo Oriente; Ipatinga; Coronel Fabriciano; Diamantina; Itaúna; Candeias; Santa Maria do Suaçuí; Ituiutaba; Manga; Liberdade; Santa Rita de Jacutinga; Juiz de Fora; Mutum; Patos de Minas; Carmo do Paranaíba; Poços de Caldas; Itajubá; Extrema; Pouso Alegre; Curvelo; Pompéu; Teófilo Otoni; Rio Pomba; Ubá; Muriaé; Araxá; Frutal; Unaí; Lavras; Carmo De Minas; Três Corações; Três Pontas; Itamonte
CAPS ad	39	Almenara; Alfenas; Guaxupé; Mariana; Coronel Fabriciano; Timóteo; Belo Oriente; Bom Despacho; Arcos; Formiga; Bambuí; Campo Belo; Candeias; Santo Antônio do Amparo; Luz; Pitangui; Aimorés; Peçanha; Guanhães; Ituiutaba; São Francisco; Santos Dumont; Bicas; Ipanema; Francisco Sá; Monte Azul; Taiobeiras; João Pinheiro; Pirapora; Santa Rita do Sapucaí; Extrema; Abaeté; Curvelo; Paraopeba; Nanuque; Frutal; Araxá; Unaí; Três Pontas; Baependi
UA	36	Almenara; Conselheiro Lafaiete; Contagem; Ibirité; Ribeirão das Neves; Caratinga; Ipatinga; Diamantina; João Monlevade; Januária; Juiz de Fora; Cataguases; Carangola; Ipanema; Janaúba; Taiobeiras; Passos; São Sebastião do Paraíso; Patos de Minas; Pirapora; Poços de Caldas; Pouso Alegre; Itajubá; Abaeté; Curvelo; Sete Lagoas; Teófilo Otoni; Ubá; Muriaé; Uberaba; Araxá; Monte Carmelo; Patrocínio; Uberlândia; Paracatu; Lavras; Varginha
UAI	42	Almenara; Conselheiro Lafaiete; Contagem; Ouro Preto; Belo Horizonte; Ribeirão das Neves; Sabará; Caratinga; Araçuaí; Diamantina; Minas Novas; Divinópolis; Itaúna; Resplendor; Santa Maria do Suaçuí; Governador Valadares; Januária; Juiz de Fora; Cataguases; Carangola; Mutum; Francisco Sá; Montes Claros; Salinas; Passos; São Sebastião do Paraíso; Pirapora; Viçosa; Poços de Caldas; Pouso Alegre; Itajubá; São João Del Rei; Curvelo; Teófilo Otoni; Ubá; Muriaé; Araxá; Uberaba; Monte Carmelo; Patrocínio; Unaí; Lavras; Varginha

Serviços	Quantidade	Município de implantação
CONSULTÓRIOS DE/NA RUA	13	Conselheiro Lafaiete; Contagem; Betim; Ribeirão das Neves; Diamantina; Divinópolis; Itaúna; Oliveira; Juiz de Fora; Manhuaçu; Patos de Minas; Araxá; Paracatu.
SRT	44	Alterosa; Campos Gerais; Machado; Guaranésia; Guaxupé; Ouro Preto; Igarapé; Caeté; Ribeirão das Neves; Caratinga; Ipatinga; Diamantina; Santo Antônio do Amparo; Carmópolis de Minas; João Monlevade; Guanhães; Bicas; Rio Novo; Matias Barbosa; Juiz de Fora; Lima Duarte; Santos Dumont; Leopoldina; Montes Claros; Cássia; Passos; Itamogi; Monte Santo de Minas; Capetinga; Bom Jesus da Penha; Pratápolis; Alpinópolis; São Sebastião do Paraíso; Viçosa; Pouso Alegre; Teófilo Otoni; Ubá; Senador Firmino; Unaí; Nepomuceno; São Gonçalo do Sapucaí; Varginha
Centro de Convivência	63	Ouro Preto; Mariana; Itabirito; Lagoa Santa; Esmeraldas; Caeté; Sabará; Divinópolis; Itabira; Juiz de Fora; Carangola; Espera Feliz; Faria Lemos; Tombos; Divino; Pedra Bonita; Pedra Dourada; Orizânia; Santa Margarida; Manhuaçu; Ipanema; Manhumirim; Alto Caparaó; São José do Mantimento; Reduto; São João do Manhuaçu; Alto Jequitibá; Simonésia; Santana do Manhuaçu; Durandé; Lajinha; Pocrane; Mutum; Abre Campo; Montes Claros; Ponte Nova, Alvinópolis, Raul Soares, Jequeri, São Pedro dos Ferros, Santa Cruz do Escalvado, Piedade de Ponte Nova, Oratórios, Acaiaca, Amparo da Serra, Barra Longa, Diogo de Vasconcelos, Dom Silvério, Guaraciaba, Rio Casca, Rio Doce, São José do Goiabal, Sem Peixe, Sericita, Urucania, Viçosa, Paula Cândido, Araponga, Cajuri, Canaã, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras.
Programa de Atenção Domiciliar para usuários de álcool e drogas – PAD AD	5	Brumadinho; Belo Horizonte

O objetivo da Coordenação Estadual de Saúde Mental é implantar e ampliar a RAPS nas regiões de saúde do Estado, priorizando as realidades e necessidades dos territórios, especialmente na região ampliada Centro, Nordeste, Norte, Jequitinhonha, Leste e Noroeste, onde ainda há vazios assistenciais, bem como necessidade de implantação de modalidades de serviços substitutivos tais como CAPS ad III, CAPS III, CAPS i e UA adulto e infante-juvenil, considerando as pactuações realizadas e as possíveis repactuações que se fizerem necessárias.

Sistema Estadual de Transporte em Saúde

Criado em 2005, o Sistema Estadual de transporte em Saúde (SETS) proporciona o deslocamento de pacientes para realização de consultas e exames fora de seu domicílio, com eficiência e de forma humanizada. Ao todo, 535 cidades foram beneficiadas com a entrega de 695 microônibus a 53 Consórcios Intermunicipal de Saúde, que gerencia o programa em 74 microrregiões de saúde do Estado. Focando no objetivo do SETS de realizar o deslocamento dos pacientes com conforto e segurança, todos os pacientes são devidamente cadastrados no sistema próprio do SETS disponibilizado nas Secretarias Municipais de Saúde.

Nos últimos 3 anos, foram transportados mais de 8.9 milhões passageiros (pacientes e acompanhante) para a realização das suas consultas e/ou exames fora do domicílio em mais de 500 mil viagens. Em Minas Gerais, há ainda a previsão da implantação do SETS em 3 microrregiões, sendo elas as microrregiões de Formiga, Governador Valadares e Passos/Piumhi, que totalizam 51 cidades e 813.762 habitantes. Na implantação do SETS a SES/MG é o único financiador deste serviço, proporcionado a estruturação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), públicos de direito de público para gerenciar tal política, além de fornecer a capacitação dos profissionais envolvidos em cursos de acolhimento, com atenção especializada para idosos, crianças e adolescentes. Aos motoristas, além destes, são fornecidas capacitações específicas ao seu cargo, como de direção econômica e defensiva do veículo.

Tabela 50 – Total de viagens e passageiros transportados pelo SETS

Ano	Qtde Viagens	Qtde Passageiros
2013	138.781	2.401.161
2014	181.627	3.266.946
2015	184.641	3.314.619
Total Geral	505.049	8.982.726

Conforme a resolução 3.638 de 23 de fevereiro de 2013, que institui o serviço no Estado, fica a cargo da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) a renovação da frota deste serviço. Esta política visa substituir a frota a cada 7 anos do início do projeto nas regiões ou veículos com 650.000 quilômetros rodados. No ano de 2013 e 2014, foi realizada a substituição dos veículos distribuídos para na implantação do projeto nos anos de 2006 e 2007, garantido a qualidade do serviço nestas regiões e a economia aos municípios.

Conforme citado acima, o SETS é regulamentado pela resolução SETS 3.638/2013 e esta política é gerenciada pelos respectivos consórcios públicos de direito público de cada região de saúde do Estado.

De acordo com o art. 13 dessa resolução, os veículos do SETS deverão ser substituídos e os recursos apurados com tal procedimento poderão ser utilizados pelos consórcios, mediante aprovação da SES/MG em conformidade com o plano de Investimento elaborado pelo consórcio gerente da política. Com a realização de alguns leilões, foram arrecadados cerca de R\$ 3.644.715,42 (três milhões, seiscentos e quarenta e quatro mil, setecentos e quinze reais e quarenta e dois centavos) alienando 50 micro-ônibus deste serviço.

Tratamento Fora de Domicílio – TFD

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um benefício definido pela portaria ministerial nº 55 de 1.999, que tem por objetivo fornecer auxílio a pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a serviços assistências de outro município/Estado, desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir.

Conforme determinação dessa portaria, a SES/MG, no ano de 2000, confeccionou e aprovou, em Comissão Intergestora Bipartite, o manual Minas Gerais através da resolução 532/2000. Neste manual, ficou estabelecida a responsabilidade do governo municipal e do governo estadual, no que tange a gestão dessa política. Ao governo municipal compete o fornecimento das despesas com deslocamento, alimentação e hospedagem, se houver, tanto ao paciente quanto ao acompanhante. Ao governo estadual, compete a aquisição das passagens de ida e volta aos locais de tratamento fora do Estado. Em caso de óbito do paciente em tratamento fora do Estado, é de responsabilidade da SES/MG, bem como do município o traslado do corpo até a localidade do seu domicílio.

A SES/MG, através da coordenação Estadual do Transporte em Saúde, vem realizando a escrita do novo protocolo do Tratamento Fora do Domicílio, que busca a introdução de melhorias no fluxo das demandas para este serviço aos pacientes que necessitam de tratamento em outros Estados.

Atualmente, a Secretaria de Estado de Saúde fornece as passagens, rodoviárias ou aéreas, aos pacientes em tratamento em deformidades crânios faciais, iniciado antes do ano de 2012 no hospital de reabilitação em Bauru/SP, acompanhamento de transplantes, como medula óssea, pulmonar, hepático dentre outros nos Estados de São Paulo, Brasília e Rio Grande do Sul.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Rede Estadual de Assistência Farmacêutica é organizada, a nível central pela Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SAF/SES/MG), a nível regional pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica das Gerências/Superintendências Regionais de Saúde (NAF/GRS/SRS) e a nível municipal pelas Farmácias comunitárias. Para dar suporte à qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no Estado, a SAF/SES/MG disponibiliza aos Municípios o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) que é um software para o gerenciamento dos três componentes da Assistência Farmacêutica.

A SAF foi criada em 2007, vinculada à Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS) e tem por finalidade propor, elaborar e coordenar a política de assistência farmacêutica no âmbito do Estado, competindo-lhe:

- I. Monitorar e avaliar projetos e programas relacionados à assistência farmacêutica;
- II. Promover a normatização e coordenar a organização da assistência farmacêutica;
- III. Promover o acesso e o uso racional de medicamentos.

A missão da SAF é formular, desenvolver e coordenar a política estadual de Assistência Farmacêutica,

visando o acesso e o uso racional de medicamentos, de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população. Sua visão é ser identificada pela confiabilidade e humanização da condução de ações efetivas e eficientes na gestão pública da Assistência Farmacêutica.

Conforme estabelecido no Pacto pela Saúde, é competência das três instâncias gestoras do SUS – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos e o seu uso racional.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é realizado por meio de três componentes principais: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESTAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), organizados conforme tabela 01:

Tabela 51 - Organização da assistência farmacêutica por componentes

Organização da AF no SUS	Componente Básico	Componente Estratégico	Componente Especializado
O que é?	Medicamentos e insumos presentes na RENAME que estejam relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.	Medicamentos e insumos para doenças e agravos de perfil endêmico contemplados nos seguintes programas estratégicos de saúde (Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Endemias Focais, Alimentação e Nutrição, Tabagismo, Influenza).	Medicamentos de acordo com os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para doenças específicas classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)
Seleção	CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) e CFTs (Comissões de Farmácia e Terapêuticas)	CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) e CFTs (Comissões de Farmácia e Terapêuticas)	CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) e CFTs (Comissões de Farmácia e Terapêuticas)
Programação	Municipal	Municipal	Estadual
Aquisição	Financiamento tripartite (união, estados e municípios) e aquisição municipal e estadual*.	Federal	Estadual** e Federal
Armazenamento	Municipal e Estadual	Municipal e Estadual	Estadual
Distribuição	Municipal e Estadual	Da união para os estados e dos estados para os municípios	Estadual
Dispensação	Municipal	Municipal	Estadual (GRS/SRS)

* Para os municípios de pactuação Totalmente Centralizada no Estado-TCE, o Estado executa o recurso tripartite em medicamentos, para os municípios de pactuação Parcialmente Descentralizada no Município-PDM, o Estado executa o recurso Estadual em medicamentos e para os municípios de pactuação Totalmente Centralizada no município-TCM, o Estado repassa o recurso Estadual para o fundo municipal de saúde.

**Federal (Grupo 1A), Estadual (Grupo 1B e 2), conforme Portaria Nº 1554, de 30 de julho de 2013.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O financiamento específico para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF teve início com a publicação da Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999. Antes desta data, o financiamento dos medicamentos para atenção primária se dava em conjunto com as ações referentes ao Piso da Atenção Básica (PAB) e era regulamentado pela Portaria GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998. A Portaria GM/MS nº 176/1999 estabeleceu critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e Estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e definiu valores a serem transferidos (BRASIL, 1999).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção primária em saúde. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação desses medicamentos e insumos (Anexos I e IV da RENAME vigente).

Periodicamente, o Ministério da Saúde atualiza as normas de financiamento e execução do CBAF. Neste sentido, foi publicada em 30 de julho de 2013, a Portaria nº 1.555, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do CBAF. Os valores a serem aplicados no CBAF encontram-se estabelecidos da seguinte forma (BRASIL, 2013):

“Art. 3º O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

(...)

§ 2º Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 9 de novembro de 2011.”

Em consonância com a Portaria Ministerial, os Estados e os municípios devem pactuar nas Comissões

Intergestores Bipartite (CIB), as formas de financiamento e execução do CBAF. O Componente de Medicamentos Básicos do Estado de Minas Gerais encontra-se, atualmente, regulamentado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2164, de 16 de agosto de 2015. Apesar da Portaria nº 1.555/2013 determinar o valor de R\$2,36 por habitante/ano para a contrapartida estadual, Minas Gerais já vem disponibilizando R\$3,00 por habitante/ano para aquisição de medicamentos, sendo que, para os municípios que aderirem à forma de pactuação Totalmente Centralizada no Município o valor da contrapartida estadual é de até 3,35 por habitante/ano. Um maior detalhamento a respeito da Deliberação poderá ser consultado na próxima unidade.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O financiamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é exclusivo do Ministério da Saúde, sendo destinado às ações de Assistência Farmacêutica para tratamento de doenças de perfil endêmico, com impacto socioeconômico e importância epidemiológica e cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se a aquisição de medicamentos para tratamento da tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas. O elenco de medicamentos estratégicos é definido com base nos protocolos de tratamento do Ministério da Saúde.

Os medicamentos estratégicos são adquiridos pelo Ministério da Saúde de forma centralizada e repassados aos Estados, cuja responsabilidade é armazená-los e distribuí-los aos municípios. Esses itens são disponibilizados em farmácias e unidades de saúde em todo o Estado de Minas Gerais e são dispensados aos pacientes cadastrados nos programas (CONASS, 2011).

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das doenças contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento, conforme pactuação na Comissão Intergestora Tripartite – CIT (MINAS GERAIS, 2013).

Atualmente, o CEAF é regulamentado pela Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Os medicamentos incluídos em tal componente são destinados ao tratamento de doenças raras ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado. São disponibilizados pelas Secretarias de Estado de Saúde, junto às suas Regionais de Saúde, mediante abertura de processo administrativo de solicitação de

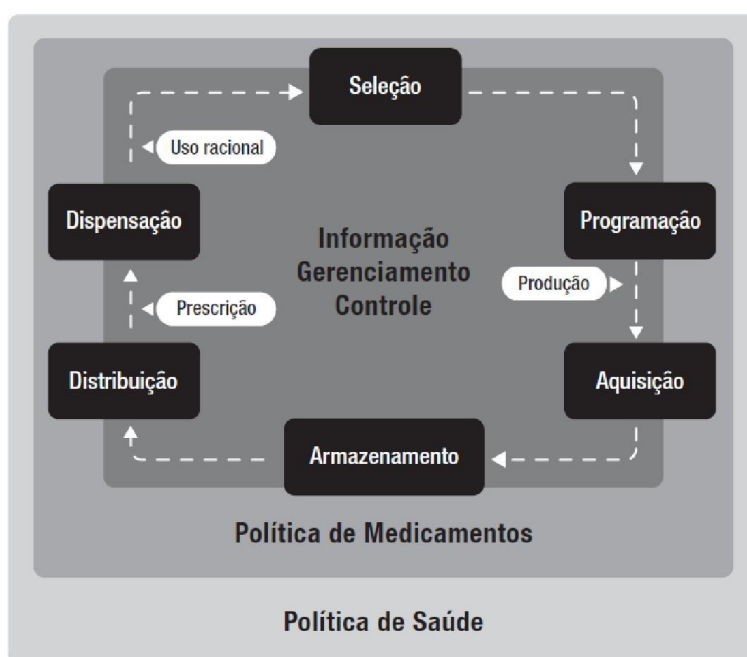
medicamento.

Ciclo da Assistência Farmacêutica

O conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional constituem o ciclo da Assistência Farmacêutica. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Essas atividades devem ser realizadas em uma sequência cíclica e ordenada (figura abaixo). Esse conjunto de ações envolve a participação de vários profissionais, não apenas o farmacêutico, visando a garantia do acesso e o uso racional de medicamentos pela população.

Figura 47 – Ciclo da Assistência Farmacêutica



Situação encontrada em 2015

Em 2014, o quantitativo de medicamentos distribuídos equivaleu a cerca de 1.819.181.381 (um bilhão, oitocentos e dezenove milhões, cento e oitenta e um mil e trezentas e oitenta e uma unidades), correspondendo a 300.577.359,04 (trezentos milhões, quinhentos e setenta e sete mil, trezentos e cinquenta e nove reais e quatro centavos).

Em que pese o quantitativo distribuído, ao longo dos últimos anos as deficiências técnicas e gerenciais, no

que concerne a gestão da assistência farmacêutica, geraram dificuldades de garantir o abastecimento regular e contínuo de medicamentos essenciais para a população e tornou-se um dos pontos críticos das ações de saúde no Estado.

Diversos foram os parâmetros que demonstraram essa criticidade no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde. Dentre eles, podemos destacar o desabastecimento de 165 itens de medicamento aos municípios e Regionais de Saúde em janeiro de 2015; ausência de licitações vigentes; atrasos na distribuição; modelo logístico excessivamente centralizado e de baixa eficiência com gastos anuais na ordem de R\$ 20 milhões; perdas por validade correspondendo a um volume de cerca de 7,9 milhões de unidades farmacêuticas, equivalendo a aproximadamente R\$ 14,8 milhões; ações altamente concentradas na aquisição e distribuição de medicamentos; pouco incentivo para ampliação do elenco do Componente Básico; além de estrutura precária nas farmácias regionais.

Com relação ao Programa Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, apesar de terem sido contemplados 97,5% do total de municípios com 1002 unidades, apenas 556 estão em funcionamento, equivalente a 55%. Um dos motivos apontados para a interrupção das obras é o atraso no repasse do recurso financeiro para a estruturação da Unidade. Há ainda relatos de obras paralisadas por problemas relacionados à construtora contratada pelo município, bem como pendências inerentes ao processo de gestão municipal, como atraso no envio do Projeto Arquitetônico para aprovação da Superintendência de Vigilância Sanitária / SES-MG, mudanças frequentes nas referências municipais, sem devida atualização do cadastro junto à DMB/SAF, pendências no compartilhamento das fotos das etapas das obras, por parte do município e atraso no compartilhamento das fotos relacionadas à montagem do Layout da Farmácia (equipamentos e mobiliários), por parte do município. O Programa Farmácia de Todos conta hoje com 584 farmácias inauguradas.

Isso demonstra que além dos impactos assistenciais negativos demonstrados acima, não houve avanços significativos com relação às propostas previstas para a política como um todo, especialmente no que diz respeito à prestação de serviços farmacêuticos ao paciente.

5 - EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

EIXO 1 – DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE

DIRETRIZ

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

1.1 - FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

OBJETIVOS:

O.1.1.a - Promover ações de vigilância laboratorial em saúde pública com base na análise permanente dos cenários epidemiológico, ambiental, sanitário e da saúde do trabalhador, visando ações de prevenção, tratamento e controle de riscos e danos à saúde da população, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva.

O.1.1.b - Desenvolver, produzir e entregar medicamentos e produtos biológicos para o SUS (vacinas, soros anti-peçonhentos e biofármacos), cumprindo desta forma, as diretrizes da política nacional de assistência farmacêutica, principalmente no atendimento às necessidades de tratamento de agravos e doenças da população brasileira.

METAS:

M.1.1.a - Realizar 1.860.000 análises laboratoriais para Minas Gerais e Brasil;

M.1.1.b - Desenvolver 70 atividades para fortalecer a rede estadual de laboratórios de saúde pública;

M.1.1.c - Entregar 27.634.950 doses da vacina Meningocócica C ao Ministério da Saúde, responsável pela distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde;

M.1.1.d - Entregar 514.696 ampolas de Soros ao Ministério da Saúde, responsável pela distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde;

M.1.1.e - Produzir 258.852.500⁷ medicamentos antirretrovirais até 2019, para o estado de Minas Gerais e para o MS;

M.1.1.f - Produzir 1.094.809.152⁸ medicamentos para o componente básico e estratégico da Assistência Farmacêutica, até 2019, alimentando o Sistema Único de Saúde estadual e nacional.

INDICADORES

I.1.1.a - **Percentual de atendimento a demanda pactuada e espontânea de análises laboratoriais.**

- Fórmula de cálculo: (número de amostras analisadas/número de amostras recebidas) x 100

⁷⁷ As metas definidas consideraram a somatória das metas anuais programadas no Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG dos anos de 2016 a 2019. A programação baseou-se em uma série histórica de produção da Funed, bem como na capacidade produtiva da Fundação

⁸ Idem acima

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Diretoria do Instituto Octávio Magalhães
- Série Histórica e metas:

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
449.936	430.340	503.688	498.436	100%	100%	100%	100%

I.1.1.b - Percentual de cumprimento das entregas programadas da vacina Menigocócica C ao Ministério da Saúde.

- Fórmula de cálculo: (número de doses de vacina entregue/ número de doses de vacina pactuada) x 100
- Polaridade: manter.
- Periodicidade: anual.
- Fonte: Diretoria Industrial
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	7.452.253	6.514.865	10.455.310	10.634.950	100%	100%	100%	100%

I.1.1.c - Percentual de cumprimento das entregas programadas dos Soros Heterólogos ao Ministério da Saúde.

- Fórmula de cálculo: (número de doses de soros entregues/ número de doses de soros pactuadas) x 100
- Polaridade: manter
- Periodicidade: anual
- Fonte: Diretoria Industrial
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	121.581	394.300	210.118	156.787	100%	100%	100%	100%

I.1.1.d – Número de medicamentos antirretrovirais produzidos.

- Fórmula de cálculo: número de medicamentos antirretrovirais produzidos
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual

- Fonte: Diretoria Industrial

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	47.090.000	70.587.500	70.587.500	70.587.500

I.1.1.e - Número de medicamentos para o componente básico e estratégico da Assistência Farmacêutica produzidos.

- Fórmula de cálculo: número de medicamentos para o componente básico e estratégico da Assistência Farmacêutica produzidos
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Diretoria Industrial

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	168.702.288	208.702.288	308.702.288	408.702.288

1.2 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.2.a - Consolidar o processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;

O.1.2.b - Fortalecer a capacidade de gestão das Unidades Regionais de Saúde para as ações de promoção e vigilância em saúde;

O.1.2.c - Promover a articulação da vigilância em saúde em todos os níveis de atenção da saúde em especial com a atenção primária ordenadora das redes de atenção;

O.1.2.d - Promover a articulação inter e intra-setorial para o desenvolvimento das ações de vigilância das causas externas (acidentes e violências) nas Unidades Regionais de Saúde;

O.1.2.e - Qualificar os núcleos regionais de vigilância em saúde para formação de uma ampla rede de unidades geradoras de informação que permitam a organização e adoção de estratégias de intervenção sobre danos, riscos e fatores determinantes dos problemas de saúde; assim como a execução de ações de investigação e medidas de prevenção e controle;

O.1.2.f - Reduzir os impactos das Emergências em Saúde Pública no Estado de Minas Gerais, por meio da estruturação das respostas às emergências e integração dos serviços de saúde, visando dar respostas oportunas e coordenadas entre as esferas de gestão do SUS;

O.1.2.g - Planejar e fomentar o desenvolvimento de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, fomentando a criação de planos de contingência;

O.1.2.h - Implementar ações de abordagem aos fatores condicionantes, determinantes, riscos e danos à saúde, inclusive ações de saneamento básico e saúde ambiental⁹;

O.1.2.i - Aprimorar a Vigilância do óbito visando a redução de causas mal definidas de origem natural e de interesse epidemiológico;

O.1.2.j - Fomentar a vigilância em saúde do trabalhador em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, bem como, a discussão da temática pelos Conselhos Municipais de Saúde;

O.1.2.k - Planejar ações de prevenção e diagnóstico precoce às infecções sexualmente transmissíveis para interromper a cadeia epidemiológica de transmissão.

O.1.2.l - Implantar sistemas de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto em todas as localidades com população entre 200 e 5.000 habitantes no Norte e Nordeste de Minas;

O.1.2.m - Realizar o combate do Mosquito *Aedes Aegypti* no Estado de Minas Gerais.

METAS

M.1.2.a - Fomentar a descentralização das ações de Vigilância em Saúde para os 853 municípios por meio do Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde.

M.1.2.b - Estruturar as 28 Unidades Regionais de Saúde para atuarem com eficiência nas respostas às Emergências em Saúde Pública.

M.1.2.c - Atingir 100% de Cobertura Vacinal preconizada para cada vacina em menores de 1 ano (Pentavalente, Pneumo 10, Meningo C, VIP/VOP, Rotavírus, Febre Amarela) nos municípios ou na Região de Saúde.

M.1.2.d - Promover o desenvolvimento e a qualificação das ações estratégicas de Vigilância em Saúde nas 28 Gerências e Superintendências Regionais de Saúde, aprimorando a vigilância do óbito de mulheres em idade fértil, materno, fetal, infantil e febres hemorrágicas.

M.1.2.e - Fomentar a discussão das causas externas (acidentes e violências) nas 28 Unidades Regionais de Saúde.

M.1.2.f - Estruturar e atualizar anualmente os 6 Planos de Contingência para Doenças emergentes/reemergentes de interesse estadual; acidentes (Químicos, Biológicos, Radioativos e Nucleares) QBRN; eventos de massa e desastres naturais e antropogênicos.

M.1.2.g - Ter, até 2019, 400 municípios executando as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios fortalecendo a política de descentralização.

M.1.2.h - Ter, até 2019, 853 municípios utilizando um Sistema de Informação que possibilite a Programação, Avaliação e Monitoramento das Ações de Vigilância Sanitária.

M.1.2.i - Atualizar o Código Estadual de Saúde (Lei 13.317/99) considerando as inovações tecnológicas e novas demandas da saúde.

M.1.2.j - Implantar, até 2019, 03 (três) unidades do Serviço de Verificação de Óbitos no Estado de Minas Gerais.

- Aumentar gradativamente a porcentagem de notificação das doenças e agravos de Saúde do Trabalhador,

⁹Sistema relacionado: SIGVISA (Sistema Integrado de Gestão da Vigilância Sanitária) com o módulo PAM/VISA (Plano Municipal de Ações VISA) previsto para implantação nos municípios.

garantindo no mínimo aumento de 10% até 2019.

M.1.2.k - Implantar, até 2019, em 70% dos municípios do Estado de Minas Gerais o Teste Rápido para Sífilis, HIV, Hepatite, B e C.

M.1.2.l - Induzir os municípios realizarem no mínimo seis (6) ciclos de visitas nos imóveis urbanos .

INDICADORES

I.1.2.a - Percentual de vacinas com a cobertura vacinal preconizada para cada vacina - menores de um ano

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^{\circ} \text{ de imunobiológicos selecionados com alcance de meta preconizada} / \text{Total de imunobiológicos selecionados}) \times 100$.
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica:

IMUNOBIOLOGICO	2013	2014	2015
Pentavalente: 95%;	102,21%	98,75%	100,70%
Pneumo 10: 95%;	104,69%	97,91%	100,89%
Meningo C: 95%;	105,89%	99,62%	103,38%
VIP/VOP: 95%;	103,24%	96,51%	97,12%
Rotavírus: 90%;	99,08%	98,45%	101,52%
Febre Amarela: 100%.	99,90%	84,20%	91,00%
Percentual de vacinas com a cobertura vacinal preconizada para cada vacina	100%	83%	83%

Nota: Cabe atentar que o indicador em questão é composto pelo somatório de todos os imunobiológicos do quadro acima, cuja meta estipulada é de 100%, nesse sentido, a homogeneidade vacinal não poderá ser inferior ao preconizado. Nos anos de 2014 e 2015, houve um decréscimo do valor obtido, quando comparado ao ano de 2013, o que requer estratégias para fortalecer a ação obtendo melhores resultados.

- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	100%	100%	100%	100%

I.1.2.b - Proporção de óbitos maternos investigados oportunamente.

- Fórmula de cálculo: Número de óbitos maternos investigados oportunamente* no período analisado/ Total de óbitos maternos no período analisado x 100.

*Óbitos investigados em até 120 dias após a data do óbito com inclusão de ficha síntese no módulo SIM WEB <http://sim.saude.gov.br/default.asp>

- Polaridade: maior melhor:
- Periodicidade: anual
- Série Histórica:

Ano	2013	2014	2015 ¹⁰	2016	2017	2018	2019
Óbitos maternos	56,91%	56,52%	55%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Painel de Monitoramento/SIMWEB Data do acesso: 28/04/2016

I.1.2.c - Proporção de óbitos fetais e infantis investigados oportunamente

- Fórmula de cálculo: Número de óbitos infantis e fetais investigados oportunamente¹¹, por período selecionado/Total de óbitos infantis e fetais ocorridos, por período selecionado x 100

* Óbitos investigados em até 120 dias após a data do óbito com inclusão de ficha síntese no módulo SIM WEB: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>

- Polaridade: maior melhor:
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica e meta:

Ano	2013	2014	2015 *	2016	2017	2018	2019
Óbitos fetal e infantil	68,88%	35,28%	64,23%	70%	75%	75%	80%

Fonte: Painel de Monitoramento/SIMWEB. Data do acesso: 28/04/2016

I.1.2.d - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados oportunamente.

- Fórmula de cálculo: Total de óbitos de mulheres em idade fértil¹² investigados oportunamente¹³, no período selecionado/ Total de óbitos de mulheres em idade fértil no período

¹⁰ Dados parciais atualização do painel em Dezembro de 2015

¹¹ Dados parciais atualização do painel em Dezembro de 2015

¹² Mulheres em idade fértil são mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos.

¹³ Óbitos investigados em até 120 dias após a data do óbito com inclusão de ficha síntese no módulo SIM WEB <http://sim.saude.gov.br/default.asp>

selecionado x 100 .

- Polaridade: maior melhor:
- Serie Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015 ¹⁴	2016	2017	2018	2019
Óbitos Mulher em idade fértil	69,36%	73,07%	64,58%	70%	75%	75%	80%

Fonte: Paineis de Monitoramento/SIMWEB. Data do acesso: 28/04/2016

I.1.2.e - Proporção de óbitos por dengue investigados oportunamente

- Fórmula de cálculo: N° total de óbitos por Dengue notificados e investigados em até 15 dias após a data do óbito¹⁵, segundo município de residência/ N° total de óbitos em investigação por Dengue, segundo município de residência) x 100

*Para os casos em que o óbito ocorreu fora do município de residência será considerada, para o cálculo do indicador, a data de comunicação do óbito para o município de residência.

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica: Não há
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	80%	85%	90%	95%

I.1.2.f - Proporção de óbitos por Leishmaniose Visceral investigados oportunamente

- Fórmula de cálculo: N° total de óbitos por Leishmaniose Visceral notificados e investigados em até 15 dias após a data do óbito, segundo município de residência / N° total de óbitos confirmados por Leishmaniose Visceral, segundo município de residência) x 100

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica: Não há

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	80%	85%	90%	95%

I.1.2.g - Proporção de óbitos por acidentes por animais peçonhentos investigados oportunamente.

- Fórmula de cálculo: N° total de óbitos por Acidentes por Animais Peçonhentos notificados e

¹⁴ Dados parciais atualização do painel em Dezembro de 2015

¹⁵ Para os casos em que o óbito ocorreu fora do município de residência será considerada, para o cálculo do indicador, a data de comunicação do óbito para o município de residência.

investigados em até 15 dias após a data do óbito¹⁶, segundo município de residência/ Nº total de óbitos confirmados por Acidentes por Animais Peçonhentos, segundo município de residência) x 100

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica: Não há

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	80%	85%	90%	95%

I.1.2.h – Número de Unidades Regionais de Saúde com ações de vigilância das causas externas (acidentes e violência).

- Fórmula de cálculo: Não há
- Polaridade: maior melhor:
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica: Não há

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	07	14	21	28

I.1.2.i - Número de municípios com população acima de 20.000 habitantes com Comitê Municipal de Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika implantado e funcionando.

- Fórmula de cálculo: Não há
- Polaridade: maior melhor
- Série Histórica: *No ano de 2015, eram, aproximadamente, 94 municípios acima de 20.000 habitantes com o Comitê implantado*

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	125 municípios	376 municípios	376 municípios	376 municípios

I.1.2.j - Número de Planos de Contingência para as emergências em saúde pública revisados anualmente e publicados na site da Secretaria de Estado de Saúde

- Formula de calculo: Número de planos de contingencia revisados e divulgados anualmente no período / Número total de planos estipulados (dengue, zika, chikungunya; vírus respiratórios; inundações; seca e estiagem; acidentes QBRNE; eventos de massa)
- Polaridade: maior melhor
- Série histórica: não há

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	2	6	6	6

¹⁶ Para os casos em que o óbito ocorreu fora do município de residência será considerada, para o cálculo do indicador, a data de comunicação do óbito para o município de residência.

I.1.2.k - Número de municípios executando as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios (Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária; Instauração de Processo Administrativo Sanitário; Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária; Atividade Educativa para a População; Atividade Educativa para o Setor Regulado; Recebimento de Denúncias/Reclamações; Atendimento a Denúncias/Reclamações).

- Fórmula de cálculo: Número absoluto de municípios executando as ações de vigilância sanitária pactuadas.
- Fonte: SISPACTO
- Polaridade: maior melhor.
- Periodicidade: Anual
- Serie Histórica e metas:

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	293	300	325	350	400

I.1.2.l - Proporção de Óbitos não fetais com causa básica definida

- Fórmula de cálculo: (Total De Óbitos Não Fetais Com Causa Básica Definida* por local de residência / Total De Óbitos Não Fetais, por local de residência) X 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015 ¹⁷	2016 ¹⁸	2017**	2018**	2019**
Meta	91,8%	92,2%	91,8%	≥ 90,0%	≥ 90,0%	≥ 90,0%	≥90,0%

Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: 1. Dados de 2014 a 2016 atualizados em 18 de julho de 2016, portanto sujeitos a alterações.

I.1.2.m Percentual de aumento das notificações dos agravos/doenças* de saúde do trabalhador no SINAN.

- Fórmula de cálculo: (Total de notificações no SINAN dos agravos/doenças* relacionados ao trabalho, no ano avaliado - Total de notificações no SINAN dos agravos/doenças* relacionados ao trabalho, no ano de 2015)/ Total de notificações no SINAN dos agravos/doenças* relacionados ao trabalho, no ano de 2015 x 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica e metas:

¹⁷ Total de óbitos por as causas, exceto Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte da CID-10

¹⁸ Meta preconizada pelo MS

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	19.345	19.257	19.413	5%	7%	8%	10%

Fonte: DASS/ SVEAST/SubVPS/SESMG Data da atualização: 25/07/2016

I.1.2.n – Implantar o Teste Rápido (TR) de Sífilis, HIV e Hepatites B e C. nos municípios do Estado de Minas Gerais (MG).

- Fórmula de cálculo: Total de municípios com TR implantado, no período selecionado/ Total de municípios de MG no período selecionado x 100 .
- Polaridade: maior melhor:
- Serie Histórica e metas:

Ano	2016 ¹⁹	2017	2018	2019
Meta	10%	30%	60%	70%

I.1.2.o – Cobertura de imóveis visitados para o combate do Aedes Aegypti

- Fórmula de cálculo: Total de domicílios urbanos visitados/ total de municípios existentes x 100 .
- Polaridade: maior melhor:
- Serie Histórica e metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Municípios com TR implantados	70%	80%	90%	100%

1.3 - REGULAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.3.a - Fortalecer o papel do Estado na Regulação Assistencial, implementando as estratégias e procedimentos correlatos para a descentralização equitativa dos serviços, qualificação da regulação e a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no SUS de Minas Gerais.

METAS

M.1.3.a - Implantar a cogestão nas 13 centrais regionais ampliadas de regulação, implantar a figura do Gestor de Contratos nos 40 principais Hospitais de referência, bem como os Comitês Macrorregionais de Regulação nas 13 Regiões Ampliadas de Saúde, facultada a participação de representantes dos conselhos

¹⁹ No ano de 2016, foram priorizados os municípios que apresentaram maior carga de doença e municípios com população maior de 100.000 habitantes tendo por sua vez maior quantidade de unidades básicas.

de saúde.

M.1.3.b - Aprimorar os Sistemas Estaduais de Regulação, em parceria com a PRODEMGE, através das seguintes ações: desenvolvimento do BI (ferramenta que permite a extração de relatórios das solicitações e realização das internações) do Sistema Informatizado de Regulação Estadual (SUSfácil), o Sistema de Controle de Teto Financeiro, o Sistema de Regulação da Atenção Ambulatorial Especializada e o Sistema da Programação Pactuada Integrada (PPI), bem como promover a integração entre esses Sistemas e outros.

M.1.3.c - Revisar o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, garantindo-o como instrumento de planejamento global da assistência e base interregional para organização das Redes de Atenção a Saúde.

INDICADORES

I.1.3.a - Percentual de centrais regionais de regulação com cogestão implantada

- Fórmula de cálculo: número de centrais regionais de regulação com cogestão implantada / número total de centrais regionais de regulação * 100
- Polaridade: maior melhor.
- Periodicidade: anual.
- Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Série Histórica: não há
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	46,15%	100%	100%	100%

1.4 - FHEMIG

OBJETIVOS

O.1.4.a - Otimizar a utilização da capacidade operacional instalada nos hospitais da FHEMIG e qualificar a assistência por meio de implantação das linhas de cuidado e protocolos de segurança do usuário.

METAS

M.1.4.a – Realizar 1.200.810 consultas eletivas até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	295.737	298.694	301.681	304.698

Nota: consultas marcadas

M.1.4.b - Realizar 1.123.536 consultas de urgência até 2019, sendo ano a ano da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	276.706	279.473	282.267	285.090

M.1.4.c - Realizar 247.500 internações até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	61.500	62.000	62.000	62.000

M.1.4.d - Realizar 28.170 Internações em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	6.980	6.990	7.100	7.100

M.1.4.e - Realizar 111.439 cirurgias até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	27.038	27.578	28.130	28.693

M.1.4.f - Realizar 34.617 partos até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	8.608	8.651	8.664	8.694

M.1.4.g - Realizar 13.283.121 exames até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	3.295.978	3.312.458	3.329.020	3.345.665

M.1.4.h – Alcançar taxa de ocupação hospitalar de 80% até 2019

M.1.4.i – Ter 20 unidades com protocolo de segurança do usuário implantado e monitorado até 2019;

M.1.4.j – Ter 3 unidades (HJXXIII, HMAL e HRAD) com linha de cuidado de ortopedia para o trauma implantada e monitorada até 2019;

M.1.4.k – Desinstitucionalizar até 2019, 50% dos pacientes institucionalizados das Unidades de Saúde Mental para as Residências terapêuticas ou famílias.

M.1.4.l – Reduzir em 10% o tempo médio de permanência hospitalar nos hospitais da FEMIG com base em 2015 até o ano de 2019.

INDICADORES

I.1.4.a - Taxa de ocupação operacional hospitalar

- Fórmula de cálculo: [Somatório do número de leitos hospitalares ocupados com paciente em cada dia do período (pacientes-dia)/número de leitos operacionais²⁰ em cada dia do mesmo período (leitos-dia)] x 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: Boletim estatístico Fhemig
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	78,63%	78,0%	77,66%	78%	80%	80%	80%

I.1.4.b - N° de Unidades com Protocolo de segurança do usuário Implantado e monitorado

- Fórmula de cálculo: Número de unidades com protocolos de segurança do usuário implantados
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: Núcleo de Segurança do Paciente – DIEST/Fhemig
- Série Histórica: não há
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	14	18	20	20

I.1.4.c - N° de Unidades com Linha de Cuidado da Ortopedia para o trauma implantada e monitorada:

- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: DIRASS/FHEMIG
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	0	0	0	1	2	3	3

I.1.4.d - Taxa de desinstitucionalização de usuários internados em instituições de saúde mental

- Fórmula de cálculo: Total de pacientes desinstitucionalizados no período/ Total de pacientes institucionalizados no mesmo período x 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: DIRASS/Fhemig
- Série Histórica: Não há
- Metas:

²⁰ Leitos disponíveis, em utilização e passíveis de serem utilizados, ainda que estejam desocupados.

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	10%	20%	30%	50%

I.1.4.e - Reduzir 10% do Tempo Médio de Permanência Hospitalar nos Hospitais da Fhemig com base em 2015

- Fórmula de cálculo: Somatório do número de leitos hospitalares ocupados com paciente em cada dia do período (pacientes-dia) nas unidades avaliadas/Total de saídas no mesmo período, incluindo os óbitos nas unidades avaliadas. *
- Exclui unidades de saúde mental e leitos crônicos
- Polaridade: Quanto menor melhor
- Fonte: Boletim Estatístico FHEMIG
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	10,12	10,78	9,73	9,15	9,05	8,85	8,76

1.5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVOS

O.1.5.a - Ampliar e qualificar o acesso a medicamentos pela população.

O.1.5.b - Garantir o abastecimento regular e contínuo de medicamentos padronizados pelo SUS/MG nos municípios.

O.1.5.c - Implantar e qualificar os serviços farmacêuticos voltados para o cuidado ao usuário, apoiando a fixação do(s) profissional (is) farmacêutico(s) nas farmácias comunitárias públicas dos municípios, de maneira a promover maior integração do farmacêutico com a equipe da Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde.

O.1.5.d - Implantar novas farmácias comunitárias públicas municipais e reestruturar as regionais, e equipá-las com equipamentos e mobiliários, a fim de torná-las referência na prestação de serviços farmacêuticos qualificados e atendimento humanizado ao cidadão.

O.1.5.e - Aprimorar as interfaces entre a Assistência Farmacêutica e a Atenção Primária a Saúde e Redes de Atenção a Saúde para garantia da integralidade da atenção.

O.1.5.f - Aprimorar as interfaces entre a Assistência Farmacêutica e a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, a fim de qualificar os processos de programação, aquisição, distribuição, dispensação e uso dos medicamentos para tratamento das doenças de notificação compulsória e emergências em saúde pública.

O.1.5.g - Fomentar a fitoterapia no SUS/MG, com ampliação da disponibilidade de medicamentos fitoterápicos.

O.1.5.h - Avaliar a descentralização da dispensação²¹ de medicamentos especializados das Farmácias das Regionais de Saúde para Farmácias municipais elegíveis.

METAS

M.1.5.a - Repassar incentivo para até 869 unidades do Programa Farmácia de Todos, visando o aprimoramento da Assistência Farmacêutica municipal mediante assinatura de Termo de Responsabilidade Técnica pelo Diretor Responsável Técnico das farmácias comunitárias públicas e pelo Gestor Municipal do SUS.

M.1.5.b - Implantar cerca de 380 novas farmácias comunitárias até 2019.

INDICADOR

I.1.5.a – Percentual de atendimento de medicamentos especializados às regionais de saúde

- Fórmula de cálculo: Percentual de atendimento de medicamentos especializados = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens distribuídos} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de itens programados}}$
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: mensal
- Fonte: SIGAF
- Série histórica e metas:

Base histórica	<i>Não se aplica</i>			
Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	85%	87%	88%	90%

1.6 - ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

OBJETIVO

O.1.6.a - Promover o atendimento integral da pessoa com deficiência seja ela física, auditiva, visual, intelectual, transtorno do espectro do autismo, estomizados ou múltiplas deficiências, garantindo a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso aos serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência agregando recursos para novas habilitações, obtenção de órtese, prótese e materiais especiais, além de garantir a adaptação e manutenção dos dispositivos dispensados.

META

²¹ Dispensação é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1998).

A distribuição de medicamentos consiste em suprir a unidade solicitante com os itens requisitados, em quantidade, qualidade e tempo hábil (CONASS, 2004).

M.1.6.a - Apoiar os municípios mineiros no planejamento e desenvolvimento de ações para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na perspectiva de habilitações de serviços por parte do Ministério da Saúde, através das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

M.1.6.b – Garantir nos municípios mineiros na oficialização das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou referências municipais na área da pessoa com deficiência.

INDICADOR

I.1.6.a - Percentual de Cobertura populacional por Componentes Físico e/ou Intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência implantados.

- Fórmula: $\frac{\text{População com cobertura assistencial de componentes implantados}}{\text{População do Estado de Minas Gerais (por ano)}} \times 100$
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Anual
- Fonte: Portarias de Habilitação do Ministério da Saúde – Informações da CASPD e Dados do IBGE/TCU
- Meta: Cobertura de 90% das Regiões de Saúde com o Componente Físico e/ou Intelectual
- Série Histórica e meta:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	85%	86%	86%	88%	88%	90%

I.1.6.b – Garantir a oficialização das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou referências municipais na área da pessoa com deficiência.

- Fórmula: Oficializar 853 Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou referências municipais na área da pessoa com deficiência.
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Informações da CASPD e Dados do IBGE/TCU
- Meta: Cobertura de 100% dos municípios do Estado de Minas Gerais
- Série Histórica e meta:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	3%	9%	26%	50%	70%	100%

1.7 - ATENÇÃO HOSPITALAR

OBJETIVOS

O.1.7.a - Garantir acesso universal, equidade e integralidade ao atendimento hospitalar estabelecendo uma política de atenção hospitalar, em consonância com a política nacional, que defina os hospitais como ponto integrado às redes de saúde, direcionando a organização e gestão dos hospitais e seu papel assistencial.

O.1.7.b - Instituir estratégias de monitoramento e avaliação de desempenho dos hospitais inseridos na nova política de assistência hospitalar no Estado.

O.1.7.c - Apoiar os gestores municipais e os gestores das unidades hospitalares para que ampliem a capacidade de gestão, no contexto da política hospitalar.

O.1.7.d - Reorganizar o modelo assistencial de forma a garantir melhoria nas condições de saúde, qualificando e organizando as redes de atenção à saúde respeitando o perfil demográfico e epidemiológico das regiões de saúde, mantendo a atenção primária como ordenadora do cuidado da população através da formalização de instrumentos organizacionais.

O.1.7.e - Investir no fortalecimento dos hospitais de referência e regionais nas Regiões de Saúde do Estado e de acordo com plano diretor de regionalização e com o desempenho assistencial das instituições, visando melhoria da qualidade da assistência hospitalar, fortalecer a regionalização, reduzir vazios assistenciais e fortalecer as redes prioritárias de atenção à saúde.

O.1.7.f - Construir e implantar hospitais públicos regionais a fim de suprir lacunas assistenciais em diferentes regiões do Estado, prestando papel de referência hospitalar secundária e terciária para a população nos serviços pré-definidos.

METAS

M.1.7.a - Realizar diagnóstico até 2019 da política de atenção hospitalar em todas as 13 regiões ampliadas de saúde classificando os hospitais de acordo com seu perfil assistencial e seu papel na rede.

M.1.7.b - Definir até 2017 o modelo de financiamento baseado em desempenho de metas e indicadores pactuados.

M.1.7.c - Capacitar anualmente as 13 regiões ampliadas de saúde e os gestores hospitalares em temas relacionados à gestão hospitalar.

M.1.7.d - Fazer a transição até 2019, dos hospitais participantes dos programas para a política de atenção hospitalar conforme perfil assistencial e necessidades regionais.

M.1.7.e - Implantar 11 hospitais regionais até 2019.

M.1.7.f - Definir modelo assistencial e de gestão para os hospitais regionais do Estado, nas 13 regiões ampliadas de saúde, avaliando e adequando os Hospitais Regionais para inserção dos mesmos na nova política de assistência hospitalar, até 2019.

M.1.7.g – 13 diagnósticos regionais da política hospitalar concluídos até 2019.

INDICADORES

I.1.7.a – Número de leitos públicos em hospitais regionais

- Fórmula: nº de leitos implantados em Hospitais Regionais ano, a partir de 2015
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Anual
- Fonte: Status das obras dos Hospitais Regionais - Dados Diretoria de Gestão da Rede Física
- Série histórica e metas:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	253	253	418	854	854	1274

1.8 - SAÚDE DA MULHER

OBJETIVOS

O.1.8.a - Prestar assistência integral à saúde da mulher e crianças até 2 anos, por meio do fortalecimento e expansão de pontos de atenção da rede de atenção à saúde materno e infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, com foco naquelas estratificadas como de risco e em situação de vulnerabilidade ,a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil.

O.1.8.b - Realizar rastreamento da mulher para diagnóstico precoce do câncer de mama e câncer de cólo do útero conforme recomendações do INCA.

O.1.8.c - Ampliar o desenvolvimento de ações intersetoriais para assistência integral à saúde das mulheres por meio de articulação com diversas áreas da gestão estadual de Minas Gerais.

O.1.8.d - Investir e custear os pontos de atenção da Rede Cegonha

O.1.8.e - Assegurar assistência integral à saúde das gestantes junto à rede materno infantil do Estado de Minas Gerais.

O.1.8.f - Promover estratégias para a prevenção de infecção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita.

METAS

M.1.8.a - Ampliar o acesso aos exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e naquelas consideradas de risco elevado para câncer de mama, independente da faixa etária.

M.1.8.b - Aumentar a realização de exames citopatológico do colo uterino.

M.1.8.c - Implantar nove pontos de atenção da rede materno e infantil no Estado de Minas Gerais, sendo sete Postos de Coleta de Leite Humano e dois Bancos de Leite Humano, conforme tabela abaixo:

Postos de Coleta de Leite Humano

Nº	CNES	Instituição	Município
1	2205939	Fundação de Assistência Social de Janaúba	Janaúba
2	2760657	Hospital São Sebastião	Três Corações
3	2209195	Santa Casa de Misericórdia	Patrocínio
4	2145960	Santa Casa de Misericórdia	Araguari
5	2208172	Hospital Santa Rosália	Teófilo Otoni
6	2140217	Hospital e Maternidade Vital Brasil	Timóteo
7	6601804	Hospital e Maternidade Dr. Odelmo Leão Carneiro	Uberlândia

Bancos de Leite Humano

Nº	CNES	Instituição	Município
1	27049	Hospital das Clínicas	Belo Horizonte
2	26794	Hospital Sofia Feldman	Belo Horizonte

M.1.8.d - Qualificar e implementar as instituições contempladas pela Rede Cegonha (UTI neonatal, de UCI convencional, UCI canguru, leitos de alto risco obstétrico para componente Parto e Nascimento para 20 (vinte) instituições em 13 (treze) municípios.

M.1.8.e - Manter contrapartida estadual de 20% do custeio das instituições contempladas pela Rede Cegonha (UTI neonatal, de UCI convencional, UCI canguru, leitos de alto risco obstétrico) para componentes Parto e Nascimento para 20 (vinte) instituições em 14 municípios.

M.1.8.f - Qualificar e implementar, priorizando as regiões com vazios assistenciais, pontos de atenção da rede materno e infantil no Estado de Minas Gerais.

INDICADORES

I.1.8.a – Taxa de mortalidade neonatal

- Fórmula de cálculo: Número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias de idade em um determinado local de residência e ano / Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano * 1000
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SIM/SINASC
- Série Histórica e metas:

	2012	2013	2014	2015 ²²	2016	2017	2018	2019
Brasil	9,33	9,20	8,98	-	-	-	-	-
Região Sudeste	8,38	8,18	8,14	-	-	-	-	-
Minas Gerais	8,94	8,61	8,18	8,12	8,00	7,88	7,76	7,65

I.1.8.b- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

- Fórmula de cálculo: Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto e puerpério) em determinado período e local de residência
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SIM
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015*	2016	2017	2018	2019
Meta	-	123	119	110	100	96	92	88

Nota (*):

I.1.8.c - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

- Fórmula de cálculo: (Número de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado município e ano) / (População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2)
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SIA/IBGE
- Série Histórica e metas:

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	0,26	0,29	0,31	0,31	-	-	-	-
Região Sudeste	0,28	0,32	0,34	0,34	-	-	-	-
Minas Gerais	0,32	0,42	0,45	0,45	0,47	0,50	0,53	0,56

²²Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

I.1.8.d - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

- Fórmula de cálculo: (Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano) / (População feminina da faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3)
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: ano
- Fonte: SIM/IBGE
- Série Histórica:

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	0,51	0,48	0,36	0,20	-	-	-	-
Região Sudeste	0,49	0,46	0,39	0,27	-	-	-	-
Minas Gerais	0,58	0,59	0,48	0,32	0,36	0,40	0,44	0,48

I.1.8.e - Proporção de parto normal

- Fórmula de cálculo: (Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano) / (Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano) * 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: ano
- Fonte: SINASC
- Série Histórica e metas:

	2012	2013	2014	2015*	2016	2017	2018	2019
Brasil	44,17	43,17	42,87	-	-	-	-	-
Região Sudeste	39,23	38,55	38,87	-	-	-	-	-
Minas Gerais	42,20	41,66	41,68	43,19	43,60	44,70	43,90	45,12

I.1.8.f - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

- Fórmula de cálculo: (Número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com 7 ou mais consultas de pré-natal) / (Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano) * 100
- Polaridade: maior melhor

- Periodicidade: anual
- Fonte: SINASC
- Série Histórica e metas:

	2012	2013	2014	2015 ²³	2016	2017	2018	2019
Brasil	61,69	62,42	64,62	-	-	-	-	-
Região Sudeste	71,84	72,11	73,11	-	-	-	-	-
Minas Gerais	71,99	71,52	73,86	75,20	76,00	77,00	78,50	79,00

Nota (*): Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

I.1.8.g - Taxa de detecção de sífilis em gestantes

- Fórmula de cálculo: (Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de notificação e local de residência) / (Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano) * 1.000
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SINAN/SINASC
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015 ²⁴	2016	2017	2018	2019
Meta	3,6	4,8	6,8	9,0	8,8	8,6	8,4	8,1

Nota (*): Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

I.1.8.h - Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano

- Fórmula de cálculo: (Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência) / (Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano) * 1.000
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SINAN/SINASC
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015 ²⁵	2016	2017	2018	2019

²³ Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

²⁴ Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

Meta	1,89	2,41	3,28	5,14	4,88	4,62	4,36	4,10
------	------	------	------	------	------	------	------	------

Nota (*): Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

I.1.8.i – Proporção de sífilis congênita X Proporção de sífilis em gestante

- Fórmula de cálculo: Número de notificações de sífilis congênita / Número de notificações de sífilis em gestantes*100.
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Ministério da Saúde/SVS- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- Série Histórica e metas

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
Meta	60,20	64,52	61,31	59,26	64,94	64,94	62,50	60,00	57,50

1.9 - TRANSPORTE EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.9.a - Ampliar e aprimorar o deslocamento das pessoas, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), à realização de consultas e outros procedimentos ambulatoriais e hospitalares fora de seu domicílio, sendo eles intermunicipais e interestaduais²⁶, integrando os municípios das regiões de saúde aos diversos pontos da rede de atenção à saúde do Estado de Minas Gerais.

O.1.9.b - Gerir o sistema estadual de transporte em saúde, através do planejamento das regiões contempladas, através de um sistema de transporte que garanta economia de escala, racionalidade administrativa e qualidade, com o monitoramento e avaliação do serviço.

O.1.9.c - Apoiar, através da política de sistemas logísticos, os municípios na gestão e acompanhamento de seu sistema de saúde objetivando a melhoria do atendimento das secretarias municipais de saúde à sua população, com ações de desenvolvimento, gestão participativa e controle social.

METAS

M.1.9.a - Distribuir veículos do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) para atender as demandas dos municípios, conforme diagnóstico realizado utilizando como instrumento de avaliação a taxa de qualidade do serviço²⁷.

M.1.9.b – Revisar a política estadual de transporte em saúde até 2017.

²⁵ Dados Preliminares, atualizados em julho/2016

²⁶ Os tratamentos interestaduais ocorrerão somente após esgotadas todas as possibilidades de tratamento dentro do Estado de Minas Gerais

²⁷ A taxa de qualidade do serviço é explicitada no indicador I.1.9.a, cujos critérios de qualidade gerencial e da frota estão definidos na Resolução SES/MG n° 3638/2013

INDICADORES

I.1.9.a - Taxa de Qualidade do Serviço

- Fórmula de cálculo: $[(0,6 * \text{Qualidade Gerencial}) + (0,4 * \text{Qualidade Frota}) * 100]$
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SES/SRAS
- Série Histórica: não há
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	0,70	0,72	0,74	0,75

1.10 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVOS

O.1.10.a - Ampliar e implementar a Rede Urgência e Emergência (RUE) no Estado de Minas Gerais, visando o atendimento em tempo e local oportuno, com regulação da assistência na Região Ampliada de Saúde (RAS), garantindo o encaminhamento do paciente ao ponto de atenção mais adequado e seu efetivo atendimento, reduzindo o número de mortes e sequelas por causas evitáveis.

METAS

M.1.10.a - Implantar 7 (sete) SAMU 192 Regional no Estado de Minas Gerais, ampliando a cobertura do serviço para 100% da população até 2019.

M.1.10. b- Garantir a manutenção do Componente da RUE - SAMU 192 Regional já implantado nas 6 regiões ampliadas de saúde no Estado de Minas Gerais em 2016 e nas outras 7 regiões até 2019 .

M.1.10.c - Garantir manutenção dos Componentes da RUE – Portas de Entrada Hospitalar e Leitos de Retaguarda já implantados nas 07 regiões ampliadas de saúde do Estado de Minas Gerais e nas 06 regiões até 2019.

M.1.10.d - Garantir participação no custeio das UPA habilitadas pelo Ministério da Saúde –MS em 25% do valor de participação do MS.

INDICADORES

I.1.10.a - Percentual de cobertura populacional do de SAMU

- Fórmula: $\frac{\text{População coberta por ano}}{\text{População total do Estado de Minas Gerais}} \times 100$

População total do Estado de Minas Gerais

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Anual
- Fonte: PDR 2014
- Série Histórica e metas:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	25,66%	38,91%	89,68%	96,65%	100%	100%

1.11 - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (ATENÇÃO ESPECIALIZADA)

OBJETIVOS

O.1.11.a - Implementar o Centro de Especialidade Médicas (CEM) como ponto de atenção à saúde com atenção especializada ambulatorial, multidisciplinar, de abrangência regional, articulada com os demais níveis de atenção, garantindo acesso universal e regulado, estabelecendo estrutura adequada de apoio ao diagnóstico e tratamento, organizado por meio de diferentes modelagens organizacionais, de acordo com as linhas de cuidado e redes de atenção, ordenado pela Atenção Primária e com regulação do acesso.

O.1.11.b - Ampliar o acesso da população a serviços e cuidados na atenção especializada ambulatorial de forma a estruturar os pontos de atenção deste nível na rede atenção à saúde como referência para as portas de entrada do sistema de saúde, em especial para a atenção primária, apoiando a resolução das necessidades de saúde da população e contribuindo para a garantia da integralidade do cuidado.

METAS

M.1.11.a - Garantia de acesso à atenção especializada de média complexidade em todas as 77 regiões de saúde por meio da implantação do CEM.

INDICADORES

I.11.a - Cobertura da Atenção Especializada Ambulatorial Em Minas Gerais No Modelo do Centro de Especialidades Médicas

- Fórmula de cálculo: Número de regiões de saúde coberta com CEM / Número de regiões de saúde do Estado
- Polaridade: maior melhor.
- Periodicidade: anual.
- Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Série Histórica: não tem
- Meta:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	2	39	57	77

1.12 - SAÚDE MENTAL

OBJETIVOS

O.1.12.a - Formular, apoiar e induzir a implantação e implementação da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas e da Rede Assistencial, no Estado de Minas Gerais, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

O.1.12.b - Avaliar, fiscalizar, monitorar e financiar o programa de apoio aos usuários de Álcool e outras Drogas através das informações disponíveis em seu banco de dados e dos resultados das vistorias.

O.1.12.c - Estabelecer ações de educação permanente para de Rede de Saúde Mental do Estado e demais redes de saúde, bem como estabelecer políticas intersetoriais a partir das interfaces da Saúde Mental com outras políticas públicas e outras secretarias.

METAS

M.1.12.a - Garantir recurso para implantação e participação no custeio dos pontos de atenção, sendo estes: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS ADIII, CAPS i, Unidades de Acolhimento Adulto, Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil, Centros de Convivência e Serviços Residenciais Terapêuticos.

M.1.12.b - Garantir recurso para custeio das internações em Comunidades Terapêuticas já habilitadas pelo Programa Cartão Aliança Pela Vida e para a Rede Assistencial de Saúde Mental do Estado para acolhimento transitório, garantindo qualidade e segurança na assistência.

INDICADORES

1.1.12.a – Taxa de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de CAPS I} \times 0,5) + (N^{\circ} \text{ de CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ CAPS III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS i}) + (N^{\circ} \text{ CAPS ad}) + (N^{\circ} \text{ CAPS ad III} \times 1,5)$ em determinado local e período / População residente no mesmo local e período * 100.000 habitantes
- Polaridade: maior melhor.
- Periodicidade: anual.
- Fonte: Ministério da Saúde.
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	0,92	0,97	1,02	1,02	1,10	1,20	1,20

Nota: O indicador representa a perspectiva de aumento de CAPS e a população coberta em determinado território.

1.13 - ATENÇÃO PRIMÁRIA

OBJETIVOS

O.1.13.a - Implementar a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde em consonância com os princípios do SUS, que possibilitará intervir sobre os condicionantes de saúde e determinantes sociais, promovendo melhoria na qualidade de vida dos usuários e redução das vulnerabilidades e riscos à saúde, por meio da qualificação dos profissionais de saúde, organização dos serviços e financiamento específico para a temática, pautados na integralidade do cuidado da saúde em rede.

O.1.13.b - Reorganizar através da formalização de instrumentos organizacionais o modelo assistencial de forma a garantir melhoria nas condições de saúde, qualificando e organizando as redes de atenção à saúde respeitando o perfil demográfico e epidemiológico das regiões de saúde, mantendo a atenção primária como ordenadora do cuidado da população.

O.1.13.c - Universalizar o acesso equitativo aos serviços e ações de atenção primária, atentando para as

especificidades das populações vulneráveis e tradicionais mantendo a coordenação do cuidado com as equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF.

O.1.13.d - Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família/ESF como eixo estruturador da Atenção Primária com manutenção da cobertura das Equipes de Saúde da Família das equipes de Saúde Bucal e de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, garantindo efetivo acesso, qualidade e integralidade das ações de vigilância, promoção, prevenção e assistência à saúde de toda a população, de acordo com as necessidades identificadas, em tempo oportuno, sustentado pela coordenação do cuidado.

O.1.13.e - Avançar na ampliação e na qualificação da infraestrutura, física e de equipamentos, das unidades de atenção primária, possibilitando melhoria das condições de acesso, humanização do espaço de atendimento e disponibilidade de local de trabalho adequado para as equipes de saúde.

METAS

M.1.13.a - Elaborar diretrizes para a Organização do Processo de trabalho dos serviços de APS, no âmbito da gestão e do cuidado;

M.1.13.b - Desenvolver estratégias de qualificação dos trabalhadores das equipes de APS, gestores e usuários para o cuidado integral em saúde;

M.1.13.c - Elaborar e implantar a Carteira de Serviços da APS.

M.1.13.d - Revisar e implantar as regras do cofinanciamento da APS com ampliação do total dos incentivos a ser repassado por equipe por mês.

M.1.13.e - Desenvolver estratégias que visem a garantia do acesso e assistência integral e humanizada à saúde para todas e todos.

M.1.13.f - Elaborar linhas específicas de cuidado para as populações vulneráveis e tradicionais.

M.1.13.g - Elaborar documento orientador para a organização e gestão do processo de trabalho das equipes de APS e instrumentos de gestão dos processos de trabalho que contemplem: a atenção programada, a atenção integral à saúde, a reformulação de agendas, as ações de educação permanente, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e a atenção segura e de qualidade.

M.1.13.h - Definir estratégias para fortalecer a integração das equipes de NASF e equipes de saúde da família através de dispositivos da gestão da clínica e da clínica ampliada.

M.1.13.i - Elaborar e pactuar protocolos e fluxos de referência e contra-referência com os Centros de Especialidades Multiprofissionais.

M.1.13.j - Conclusão da construção das unidades básicas de saúde em andamento decorrentes de contemplações já efetivadas e vigentes;

M.1.13.k - Distribuição de equipamentos permanentes para as unidades com construção concluída nos termos da Resolução SES/MG nº 4.963, de 21 de outubro de 2015, ou a Normativa que vier a substituí-la ou alterá-la;

M.1.13.l - Publicizar carteira de equipamentos de referência para unidades de atenção primária, possibilitando melhor organização dos serviços.

INDICADORES

I.1.13.a - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária;

- Fórmula de cálculo: Média da Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária do Estado - Mês de dezembro de cada ano
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Série histórica e metas:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	69,84%	71,02%	72,18%	78,66%	79,24%	79,24%	79,24%	79,24%	79,24%

1.14 - SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVOS

O.1.14.a Implementar a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança visando a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, a prevenção de agravos na infância e fortalecimento da rede de assistência à saúde da criança com foco para as populações de maior vulnerabilidade.

O.1.14.b Articular ações de promoção em saúde e prevenção da erradicação do trabalho infantil; do enfrentamento às crianças vítimas de violência; e fortalecimento do convívio familiar e comunitário de crianças em vulnerabilidade ou situações específicas.

METAS

M.1.14.a- Realizar a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da criança;

M.1.14.b - Promover a atenção integral à saúde de crianças com deficiência, de forma articulada com outras áreas, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social;

M.1.14.c - Atuar nas ações de prevenção do óbito infantil evitável;

M.1.14.d - Assegurar que seja realizado o exame de sífilis no pré-natal para diminuir a incidência da doença na mãe e no bebê; e quando necessário, o esquema terapêutico mais adequado.

M.1.14.e- Realizar a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral

INDICADORES

I.1.14.a - Taxa de mortalidade infantil

- Fórmula de cálculo: Número de óbitos de menores que 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano / Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano * 1000
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual

- Fonte: SIM/SINASC
- Série Histórica e metas

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	12,15	11,31	11,39	11,31	11,21	11,11	11,11

1.15 - SAÚDE DO ADOLESCENTE

OBJETIVOS

O.1.15.a - Promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, visando à promoção de saúde, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; à saúde sexual e reprodutiva; à saúde mental e às estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas; à prevenção de violências e agravos; à redução de morbimortalidade por violências e acidentes considerando as questões de gênero, à orientação sexual, à raça/etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade e ao trabalho; estruturando-se nos seguintes temas: Participação Juvenil; Equidade de Gêneros; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Projeto de Vida; Cultura de Paz, Ética e Cidadania e Igualdade Racial e Étnica.

METAS

M.1.15.a - Ampliar a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente, em Minas Gerais, através de ações de sensibilização e capacitação dos profissionais.

M.1.15.b - Realizar Seminários e Encontros sobre a Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens;

M.1.15.c - Fortalecer intersetorialmente as ações de vigilância e promoção à saúde integral para adolescentes e jovens;

M.1.15.d Estimular a Produção de saúde com adolescentes e jovens, trazendo-os para o centro do processo como sujeitos de direitos.

M.1.15.e - Realizar ações que visem complementar o esquema vacinal, buscando estratégias intersetoriais em especial com a educação.

M.1.15.f - Fortalecer ações de promoção e prevenção na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens contribuindo na redução da gravidez indesejável e de infecções sexualmente transmissíveis, amparado na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e que contemple a diversidade das juventudes.

INDICADORES

I.1.15.a - Proporção de segunda dose da vacina HPV aplicada em meninas de 09 anos.

- Fórmula de cálculo: Número de segunda dose da vacina HPV aplicada em meninas de 09 anos/ População de meninas de 09 anos *100
- Polaridade: Maior melhor
- Fonte: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Imunização, Sistema de Informação do

Programa Nacional de Imunização - SI-API ou SI-PNI.

- Periodicidade: anual
- Série histórica e meta:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	46,3%	24,8%	26,0%	32,0%	44,0%	50,0%

I.1.15.b - Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes

- Fórmula de cálculo: Número de nascidos vivos de mulheres de 10 a 19 anos/ Número total de nascidos vivos *100

Polaridade: Menor melhor

- Periodicidade: anual
- Fonte:

2010: IBGE - Censos Demográficos

2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

- Série histórica e metas:

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	16,82%	16,47%	16,31%	16,43%	16,01%	15,45%	15,30%	15,13%	15,03%	14,83%

I.1.15.c - Casos confirmados notificados por sífilis em adolescentes de 10 a 19 anos em MG.

- Método de cálculo: Número de notificações de sífilis em adolescentes de 10 a 19 anos / Número total de adolescentes de 10 a 19 anos *100.000

- Polaridade: Menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte:

2010: IBGE - Censos Demográficos

2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

- Série histórica e metas:

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	0,35	2,33	4,49	5,76	9,24	16,62	16,62	15,62	13,62	10,62

1.16 - SAÚDE DO IDOSO

OBJETIVOS

O.1.16.a – Implantação e implementação da política de atenção à saúde da pessoa idosa, visando a integralidade do cuidado (que a pessoa idosa tenha o atendimento em todos os pontos de atenção e que os atendimentos sejam resolutivos) e a promoção do envelhecimento saudável.

META

M.1.16.a Promover ações de educação permanente para os profissionais da rede de atenção à saúde para o atendimento ao idoso, com enfoque para as Equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com temas que abordam a funcionalidade e autonomia e as principais causas de mortalidade nessa faixa etária;

M.1.16.b Promover o envelhecimento saudável, minimizando as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento;

M.1.16.c Elaborar campanhas e materiais gráficos referentes à saúde do idoso;

M.1.16.d Acompanhar e monitorar a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

INDICADORES

I.1.16.a - Percentual de Plano de Cuidados elaborados por primeira consulta no Centro Mais Vida (CMV)

- Descrição: Medida o número total de Planos de Cuidado elaborados por atendimento de primeira consulta no Centro Mais Vida (CMV), levando em consideração a meta total de primeira consulta pactuada por Centro Mais Vida. Foram pactuados 430, 600 e 605 planos de cuidados por mês respectivamente para os Centros Mais Vida das Regiões Ampliadas Norte de Minas, Sudeste e Centro I
- Fonte: Informes do CMV.
- Periodicidade: Mensal, mas a título de acompanhamento no sistema GEICOM o cálculo é quadrimestral
- Polaridade: quanto maior melhor.
- Método de cálculo: percentual de Plano de Cuidados elaborados por primeira consulta por Centro Mais Vida (CMV).

Plano de cuidados elaborados após 1º atendimento no CMV	X
Total de 1º atendimento no CMV	100%

A complexidade dos indicadores de qualidade é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, novos indicadores poderão ser introduzidos, sendo que os indicadores aqui pactuados tornarão pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados.

- Série histórica e metas:

Série histórica e metas pactuadas para o indicador de Percentual de Plano de Cuidados elaborados por primeira consulta no Centro Mais Vida (CMV):

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	81,59	92,45	100,23	103,64	81,88	86,65	91,23	95,82	100,00

1.17- POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.17.a - Elaborar e implantar políticas e/ou diretrizes para promoção da equidade em saúde, com foco em populações consideradas negligenciadas quanto ao acesso à saúde, como populações negra e quilombola, população cigana, população das ocupações urbanas e rurais, população de rua, população LGBT, populações do campo, das florestas e das águas e demais populações identificadas no Estado, prezando pela efetiva participação social em todo o processo, garantindo apoio técnico, científico, financeiro e estrutural às regionais e municípios, visando o pleno acesso à saúde integral, universal e equânime, livre de toda forma de discriminação;

O.1.17.b - Realização de diagnóstico do perfil epidemiológico das populações contempladas pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; Inserção das temáticas da Políticas de Promoção da Equidade em Saúde nos processos de educação permanente e popular como temas transversais;

O.1.17.c - Garantir a assistência à saúde para mulheres transexuais e homens transexuais.

METAS

M.1.17.a - Implantar 3 Comitês para a gestão das políticas (Comitê Estadual de Saúde Integral da População Negra, Comitê de Saúde Integral das populações do campo, florestas e água);

M.1.17.b - Abertura de 2 ambulatórios para assistência à saúde à mulheres transexuais e homens transexuais, e o desenvolvimento de ações de educação permanente e popular sobre as políticas de promoção da equidade na saúde.

M.1.17.c - Realização de seminários e/ou encontros com a temática da Promoção da Equidade em Saúde, com o objetivo de apresentar as políticas que compõe a Equidade em Saúde, bem como as ações desenvolvidas no Estado e a troca de experiências;

M.1.17.d - Conhecer o perfil epidemiológico das populações contempladas pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde;

1.18 - SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

OBJETIVOS

O.1.18.a - Implantar a Política Estadual de Atenção a Saúde para os Adolescentes e as Adolescentes em conflito com a lei, fortalecendo as ações de atenção em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ampliando e qualificando a atenção à saúde integral para os adolescentes em conflito com a lei.

METAS

M.1.18.a - Implantar e qualificar ações permanentes de diagnóstico, tratamento, cura e controle dos principais agravos existentes nas unidades socioeducativas considerando as especificidades das meninas e da população LGBT privada de liberdade.

M.1.18.b - Qualificar o registro das ações de saúde nas unidades socioeducativas considerado a construção dos planos de ação municipais, a estratificação das medicações utilizadas e a criação de espaços intersetoriais de articulação.

INDICADORES

I.1.18.a - Percentual de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos por adolescentes com diagnóstico de transtorno mental

- Fórmula de cálculo: Nº de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos / Nº de adolescentes com diagnóstico de transtorno mental x 100
- Polaridade: Quanto mais próximo de 100% melhor
- Periodicidade: Semestral
- Série Histórica e metas:

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	189,41%	189,41%	180%	160%	150%

Formulário do Ministério da Saúde – FORMSUS – 1º semestre de 2015. obs: Ministério da Saúde ainda não disponibilizou indicadores do 2º semestre de 2015.

1.19 - SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE – PPL

OBJETIVOS

O.1.19.a - Implantar e qualificar a atenção à saúde para as pessoas privadas de liberdade garantindo promoção, prevenção e tratamento aos principais agravos existentes nas unidades prisionais contemplando as especificidades das mulheres e população LGBT privada de liberdade.

METAS

M.1.19.a - Garantir a adesão municipal à PNAISP.

M.1.19.b - Garantir apoio às regionais de saúde na construção dos planos de ação para a adesão a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Privada de Liberdade – PNAISP.

M.1.19.c - Desenvolver ações de busca ativa, diagnóstico, tratamento e cura dos principais agravos existentes nas unidades prisionais, como tuberculose, HIV/AIDS e outras DST.

INDICADORES

I.1.19.a - Percentual de municípios aderidos à PNAISP

- Fórmula de cálculo: Nº de municípios aderidos / Nº de municípios com unidades prisionais x 100
- Polaridade: Quanto mais melhor
- Periodicidade: Anual
- Série Histórica e meta:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	1,53%	38,46%	47,69%	55,0%	67,0%	79,0%

Fonte: Termos de adesão assinados e enviados ao FORMSUS

1.20- TABAGISMO

OBJETIVOS

O.1.20.a - Fortalecer o Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais reduzindo a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade, por doenças tabaco relacionadas, em Minas Gerais;

O.1.20.b - Ampliar a adesão dos usuários ao programa.

O.1.20.c Ampliar a adesão dos municípios ao Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais para a oferta do tratamento e abordagem ao tabagista;

METAS

M.1.20.a - Realizar campanhas de mobilização do Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais;

M.1.20.b - Capacitar os gestores do Programa de Controle do Tabagismo e os Profissionais de Saúde envolvidos a fim de qualificar e ampliar o programa em Minas Gerais;

M.1.20.c- Realizar Diagnóstico do Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais;

INDICADORES

I.1.20.a - **Proporção de municípios com adesão aos ciclos do PNCT em Minas Gerais.**

- Fórmula de cálculo: número de municípios aderidos/total de municípios x 100
- Polaridade: Quanto maior a adesão dos municípios ao programa, maior a oferta de tratamento e abordagem aos tabagistas.
- Periodicidade: Trimestralmente
- Série Histórica e metas:

1º Ciclo 2014	2º Ciclo 2014	3º Ciclo 2014	4º Ciclo 2015	5º Ciclo 2015	6º Ciclo 2015	Meta* 2016	Meta* 2017	Meta* 2018	Meta* 2019
85,7%	75,6%	80,7%	66,5%	70,1%	78,5%	1% por Ciclo	1% por Ciclo	1% por Ciclo	1% por Ciclo

1.21 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PIC

OBJETIVOS

O.1.21.a - Implementar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, fomentando a realização de ações de PIC nos municípios;

O.1.21.b - Fornecer insumos para a prática de acupuntura e auriculoterapia aos municípios que oferecem essas Práticas nos serviços de saúde.

O.1.21.c - Incluir entre os indicadores da Política de Promoção à Saúde das práticas corporais constantes de PEPIC, aumentando a pontuação e consequentemente os recursos destinados ao município aderente às modalidades;

O.1.21.d - Construir e introduzir, em Minas Gerais, o projeto de Educação Popular em Saúde, o EdPopSUS, juntamente com diversos parceiros, como a Escola de Saúde Pública, o Conselho Estadual de Saúde, Movimentos Sociais e outros parceiros;

O.1.21.e - Articular a inclusão das PIC no bojo das ações da Atenção Primária, principalmente no Núcleo de Políticas de Equidade em saúde, de modo a contemplar as populações dos Campos Águas e Florestas com as PIC;

O.1.21.f - Articular junto a parceiros intra e interinstitucionais, bem como Movimentos Sociais no sentido de incentivar o plantio de Plantas Medicinais, para que tenhamos oferta de Drogas Vegetais a serem disponibilizadas à população através dos Serviços de Saúde.

METAS

M.1.21.a - Melhorar o Registro das Práticas Integrativas e Complementares nos Sistemas de Informações.

M.1.21.b - Instituir incentivo financeiro para apoio aos serviços de PIC.

M.1.21.c - Propor indicadores de acompanhamento, monitoramento e avaliação da PEPIC.

INDICADORES

I.1.21.a - Número de Municípios com Produção Informada (NMPI) em Práticas Integrativas

- Conceito: o indicador expressa o número de municípios que informam produção em Práticas Integrativas e Complementares para o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e no Práticas In Loco .
- Fórmula de cálculo: o indicador é obtido por meio do número total de municípios que informam produção em Práticas Integrativas e Complementares para o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e no Práticas In Loco. Fórmula: NMPI = Número total de Municípios com Produção Informada em Práticas Integrativas e Complementares para o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e no Práticas In Loco .
- Periodicidade: Trimestral
- Fonte: SIA²⁸/SUS e Práticas in loco²⁹.
- Série histórica e metas:

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	93	102	112	123	135

1.22 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVOS

²⁸ Fonte 1: Base de dados – DATASUS/SIA. Competência: Meses de outubro a dezembro de 2015.

²⁹ Fonte 2: Superintendência de Atenção Primária à Saúde/Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares - Práticas in Loco. Meses de outubro a dezembro de 2015.

O.1.22.a - Implantar e implementar a Política Estadual de Promoção da Saúde no Estado de Minas Gerais, estimulando a promoção da saúde no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais como parte da integralidade do cuidado nas RAS articulada às demais redes de proteção social e considerado os diversos setores;

O.1.22.b - Estimular o aumento do gradiente de saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas e que estas sejam planejadas e executadas, considerando os determinantes sociais de saúde do território;

O.1.22.c – Estimular e monitorar ações que visem a redução da prevalência dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo de álcool.

O.1.22.d - Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos na POEPS, para trabalhadores e gestores;

O.1.22.e - Estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;

O.1.22.f - Estimular discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde;

O.1.22.g - Fomentar estratégias de comunicação e mobilização social direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;

METAS

M.1.22.a - Elaborar Plano Estadual de Promoção da Saúde;

M.1.22.b - Ofertar ações de educação permanente anualmente relacionada à promoção da saúde para os trabalhadores e gestores envolvidos na temática;

M.1.22.c - Realizar um Seminário Estadual de Promoção da Saúde;

M.1.22.d - Elaborar normas técnicas para direcionamento da implantação e implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde no Estado de Minas Gerais;

M.1.22.e -Publicitar anualmente o monitoramento da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde;

M.1.22.f -Implementar a Política Estadual de Promoção da Saúde em **80%** dos municípios que aderiram a esta política;

M.1.22.g – Aumentar o gradiente de saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas;

M.1.22.h – Aumentar o percentual de municípios ofertando ações de práticas de atividades corporais e/ou atividades físicas;

M.1.22.i – Aumentar o percentual de municípios realizando ações de atividades coletivas de Educação em Saúde;

M.1.22.j – Aumentar o percentual de crianças menores de 02 anos (SINASC), com registro de marcadores de consumo alimentar registrados no Sisvan Web;

M.1.22.k – Aumentar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada pelo Sisvan Web;

M.1.22.l – Contribuir para a redução do percentual da população adulta com obesidade (grau I) registrados no Sisvan Web;

M.1.22.m – Contribuir para redução da obesidade em crianças menores de 5 anos, de forma a impactar na diminuição do percentual de registros no Sisvan Web;

M.1.22.n – Reduzir o percentual de crianças com déficit de estrutura, na faixa etária de 0 a 5 anos, registrados no Sisvan Web;

M.1.22.o – Aumentar o percentual de municípios aderidos ao PSE com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) instituídos;

M.1.22.p – Aumentar o percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, nas condicionalidades de saúde.

M.1.22.q – Publicar um artigo sobre o processo de construção da Política Estadual de Promoção da Saúde em Minas Gerais, até 2019.

INDICADORES

I.1.22.a - Percentual de municípios que aderiram a Política Estadual de Promoção à Saúde.

- Fórmula de cálculo: $(\text{número de municípios que aderiram a Política Estadual de Promoção da Saúde} / \text{número de municípios do Estado}) \times 100$
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Sistema GEICOM
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	-	-	98%	98%	98%	98%

I.1.22.b - Percentual da população SUS exclusiva participando regularmente das ações de prática corporal e atividades físicas.

- Fórmula de cálculo: $(\text{número de pessoas que estão participando das ações de atividade física e prática corporais ofertadas} / \text{população SUS exclusiva do Estado de Minas Gerais}) \times 100$
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Planilha de monitoramento da Política Estadual de Promoção da Saúde.
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
Meta	-	-	-	-	-	0,5	0,8	1,0	1,2

I.22.c - Percentual dos municípios ofertando ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.

- Fórmula de cálculo: (número de municípios que ofertaram atividade física e prática corporal conforme a Política Estadual de Promoção da Saúde / número de municípios do Estado que aderiram a Política Estadual de Promoção da Saúde) x 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Planilha de monitoramento da Política Estadual de Promoção da Saúde.
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	-	-	79%	79%	80%	81%

I.22.d – Percentual de municípios que aderiram a Política Estadual de Promoção da Saúde realizando ações de atividades coletivas de Educação em Saúde, para Promoção da Saúde, junto à comunidade.

- Fórmula de cálculo: (número de municípios que realizaram ações de atividades coletivas de Educação em Saúde, para Promoção da Saúde, junto à comunidade, conforme a Política Estadual de Promoção da Saúde / número de municípios do Estado que aderiram a Política Estadual de Promoção da Saúde) x 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: 237nnual
- Fonte: Planilha de monitoramento da Política Estadual de Promoção da Saúde.
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	-	-	80%	81%	85%	86%

I.22.e – Percentual de municípios aderidos ao PSE com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) instituídos.

- Fórmula de cálculo: (número de municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola e instituíram o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M) / número de municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola) x 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: portaria do Ministério da Saúde com habilitação dos municípios para adesão e Planilha de monitoramento da Política Estadual de Promoção da Saúde.
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
Meta	-	-	-	-	-	70%	75%	80%	85%

I.22.f - Percentual de crianças menores de 02 anos (SINASC), com registro de marcadores de consumo alimentar registrados no Sisvan Web.

- Fórmula de cálculo: (número de crianças menores de 02 anos com registro de marcadores de consumo alimentar registrados no SISVAN Web/ duas vezes o número de crianças nascidas segundo o ultimo SINASC publicado) x100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SISVAN Web
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	-	2,6%	3,0%	5%	8%	10%

I.22.g - Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web.

- Fórmula de cálculo: (número de pessoas com avaliação do estado nutricional realizado e registro de no SISVAN Web/ população SUS exclusiva do Estado de Minas Gerais) x100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SISVAN Web
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
Meta	8,9%	10,2%	14,1%	14,2%	14,1%	14,2%	14,3%	15%	15,5%

I.22.h- Percentual da população adulta com obesidade (Grau I) registrados no Sisvan Web.

- Fórmula de cálculo: (número de pessoas entre 20 a 59 anos com obesidade Grau I segundo avaliação do estado nutricional / população de 20 a 59 anos segundo IBGE 2012) x100
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual Fonte: SISVAN Web
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	12,6%	13,95%	14,51%	15,24%	15,93%	15,53%	15,13%	14,73%	14,33%

I.22.i - Percentual das crianças menores de 05 anos com obesidade registrados no Sisvan Web.

- Fórmula de cálculo: (número de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos com obesidade segundo avaliação do estado nutricional / população de crianças de 0 a 5 anos segundo IBGE 2012) x100
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SISVAN Web
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	9,33%	8,82%	9,87%	9,53%	8,79%	8,50%	8,30%	8,10%	7,9%

I.22.j - Percentual de crianças com déficit de estatura, na faixa etária de 0 a 5 anos, registrados No Sisvan Web.

- Fórmula de cálculo: (número de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos com déficit de estatura/ população de crianças de 0 a 5 anos segundo IBGE 2012) x100
- Polaridade: menor melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: SISVAN Web
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
Meta	11,30%	10,80%	11,50%	11,50%	10,80%	10,80%	10,60%	10,50%	10,40%

I.22.k - Percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família nas condicionalidades de saúde (2ª vigência).

- Fórmula de cálculo: número de famílias totalmente acompanhadas na saúde na segunda vigência/ total de famílias a serem acompanhadas, na segunda vigência) x100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Fonte: Sistema de Gestão do Bolsa Família na saúde
- Série Histórica e meta:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Meta	Meta	Meta	Meta 2019
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	-----------

						2016	2017	2018	
Meta	79,29%	76,66%	79,22%	80,27%	81,98%	81,98%	81,98%	82%	82%

1.23 - SAÚDE INDÍGENA

OBJETIVOS

O.1.23.a - Organizar o acesso da população indígena às redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais.

O.1.23.b - Implementar a Política Estadual de Saúde Indígena

METAS

M.1.23.a - Organizar grupo de trabalho instituído pelo Grupo Condutor visando construir estratégias para ampliação da cobertura e do acesso do indígena aos serviços de média e alta complexidade, de acordo com o princípio de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS);

M.1.23.b - Aprimorar fluxos de trabalho entre a coordenação estadual de saúde indígena e às Unidades Regionais de Saúde, no qual as regionais atuam de maneira significativa acompanhando, orientando e monitorando a execução da política estadual de saúde indígena nos municípios;

M.1.23.c - Coordenar, financiar e executar, complementarmente, as ações de Saúde Indígena de forma equânime e resolutiva, adequando-se às especificidades das populações indígenas;

M.1.23.d - Atuar de forma intrasecretarial e regional, intersecretarial e interinstitucional, propondo parcerias com a finalidade de proporcionar ações que promovam maior qualidade de vida a essas populações;

M.1.23.e - Realizar reuniões do Grupo Condutor da Saúde Indígena de MG.

M.1.23.f - Realizar visitas nas aldeias para realização de levantamentos relacionados às condições de saúde e infraestrutura das unidades básicas de saúde indígena.

M.1.23.g- Realizar perfil epidemiológico da população indígena, através da análise de indicadores de morbimortalidade;

M.1.23.h - Realizar Conferência Estadual de Saúde Indígena objetivando propor diretrizes para a construção e a consolidação da política estadual de saúde indígena.

INDICADOR

I.1.23.a - Planos de Investimentos a serem Implementados;

- Fórmula de cálculo: Média Percentual de Planos de Investimentos a serem implementados nos 16 municípios com circunscrição indígena em 2016.
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual

- Série histórica: não se aplica
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	80%	85%	90%	95%

Nota: Conforme descrito na resolução que estabelece as normas gerais de concessão de incentivo financeiro “Os recursos financeiros somente poderão ser executados mediante apresentação e aprovação de um Plano de Execução”(…)“O plano de Execução deverá ser elaborado e aprovado em conjunto pelo Conselho Local de Saúde Indígena e pelo Município”. Resolução SES/MG Nº 5.263, de 13 de Abril de 2016, que estabelece as normas gerais de concessão de incentivo financeiro para as ações de saúde especificamente para a população indígena do Estado de Minas Gerais para o exercício de 2016.

1.24 - SAÚDE DO HOMEM

OBJETIVOS

O.1.24.a - Realizar ações e atividades de promoção à saúde e prevenção às doenças, e incentivar a ampliação do acesso aos serviços de saúde;

O.1.24.b - Implantar a Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do Estado, ampliando o acesso aos serviços de atenção primária.

METAS

M.1.24.a - Realizar campanhas anuais de mobilização e educação em saúde, visando à Saúde Integral do Homem;

M.1.24.b - Promover ações que visam a captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares, doenças crônicas, respiratórias, entre outros;

M.1.24.c - Elaborar e analisar os indicadores que permitam monitorar as ações previstas na política estadual e nacional;

M.1.24.d - Estimular a implantação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde;

M.1.24.e - Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;

M.1.24.f - Promover ações de prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

M.1.24.g - Articular junto ao Núcleo de Promoção da equidade e de forma intersetorial, ações que visam a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;

M.1.24.h - Articular junto a outras políticas públicas e sociedade civil, ações que visem a redução da morbimortalidade por causas externas na população deste gênero;

M.1.24.i - Incluir a temática de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial

nas ações educativas e campanhas de mobilização;

M.1.24.j- Educação permanente em Saúde para os profissionais da rede básica para a Atenção Integral à Saúde do Homem;

M.1.24.k- Estimular parcerias públicas e privadas - de forma complementar, sempre que necessárias e na forma da lei. Garantindo a atenção integral à saúde do homem.

M.1.24.l - Promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implementação da Atenção Integral à Saúde do Homem, ressaltando a importância da articulação junto à Educação, Assistência Social e Previdência;

M.1.24.m- Promover articulação com demais políticas públicas de saúde no estado visando à Atenção Integral à Saúde do Homem;

M.1.24.n- Promoção e proteção à saúde dos homens consumidores de tabaco, álcool e outras drogas.

M.1.24.o – Ampliar a vacinação da tríplice viral para indivíduos de 20 a 49 anos de idade não vacinados anteriormente, como forma de prevenção da rubéola, sarampo e caxumba.

1.25 - SAÚDE BUCAL

OBJETIVOS

O.1.25.a - Garantir acesso universal, equidade e integralidade ao atendimento em saúde bucal estabelecendo uma política de atenção em saúde bucal, em consonância com as diretrizes política nacional de saúde bucal, que defina a atenção primária como porta de entrada integrada aos demais pontos da rede de atenção à saúde bucal e às demais redes de saúde, direcionando a organização e gestão dos pontos de atenção e seu papel assistencial.

METAS

M.1.25. a – Ampliar a cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

M1.25.b – Manter em funcionamento e investir no fortalecimento dos 19 hospitais de referência para o serviço de assistência odontológica sob sedação ou anestesia geral visando melhoria da qualidade da assistência hospitalar para as pessoas com deficiência, e para o trauma de face.

M.1.25.c – Ampliar a oferta e a utilização dos Centros de Especialidades Odontológicas, assim como fomentar a melhoria da qualidade da atenção especializada em saúde bucal.

M.1.25.d – Ampliar a oferta dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária por meio da regionalização.

M.1.25.e - Manter 2 Hospitais para serviço de assistência à deformidade crâniofacial até 2019.

M.1.25.f - Criar estratégias para a organização e gestão do processo de trabalho das equipes que atuam na atenção especializada em saúde bucal por meio da educação permanente.

INDICADOR³⁰

I.1.25.a - Percentual de Cobertura populacional de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

- Fórmula: nº equipes de saúde bucal na ESF implantadas em determinado local e período x 3450 habitantes x 100% / População no mesmo local e período
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Quadrimestral
- Fonte de comprovação: DAB
- Série Histórica e meta:

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	44,49%	45,49%	46,49%	47,49%	48,49%	49,49%

I.1.25.b - **Indicador de endodontia**

- Descrição do Indicador: Número de procedimentos endodônticos (constantes na Portaria/GM nº 1.464/2011) realizados.
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Quadrimestral
- Fonte de comprovação: SIA
- Meta: CEO Tipo I: ≥ 35; CEO Tipo II: ≥ 60; CEO III: ≥ 95

I.1.25.c - **Indicador de endodontia em dentes posteriores**

- Descrição do Indicador: Número de procedimentos endodônticos realizados em dentes permanentes com três ou mais raízes (constantes na Portaria/GM nº 1.464/2011).
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Quadrimestral
- Fonte de comprovação: SIA
- Meta : CEO Tipo I: ≥ 7; CEO Tipo II: ≥ 12; CEO III: ≥ 19

I.1.25.d - **Indicador de periodontia especializada**

- Descrição do Indicador: Número de procedimentos de periodontia especializada (constantes na

³⁰ Os indicadores dos Centros de Especialidades Odontológicas são apurados quadrimestralmente. Os resultados são apresentados na forma de média quadrimestral: (quantidade apresentada mês 1 + quantidade apresentada mês 2 + quantidade apresentada mês 3 + quantidade apresentada mês 4)/4.

Portaria/GM nº 1.464/2011) realizados.

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Quadrimestral
- Fonte de comprovação: SIA
- Meta: CEO Tipo I: ≥ 15 ; CEO Tipo II: ≥ 23 ; CEO III: ≥ 38

I.1.25.e - Indicador de atendimento às pessoas com deficiência/necessidades especiais

- Descrição do Indicador: Número de procedimentos odontológicos constantes na Portaria/GM nº 911/2012, realizados em pessoas com deficiência/necessidades especiais e registrados em BPA-I, sendo 114-007 a classificação do serviço.
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Quadrimestral
- Fonte de comprovação: SIA
- Meta: CEO Tipo I: ≥ 80 ; CEO Tipo II: ≥ 110 ; CEO III: ≥ 190

1.26 - DOENÇAS CRÔNICAS

OBJETIVO

O.1.26.a – Desenvolver, avaliar e monitorar políticas de doenças crônicas nas áreas de: cardiologia, neurologia, ortopedia, nefrologia, oncologia, doenças raras, transplantes, obesidade e processo transexualizador. A atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede e cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado.

METAS

M.1.26 .a – Estabelecer a rede de assistência aos portadores de doença crônica nas áreas de oncologia, cardiologia, doenças raras e obesidade;

M.1.26.b – Subsidiar os municípios no planejamento e desenvolvimento de ações para implantação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, na perspectiva de habilitações de serviços por parte do Ministério da Saúde.

EIXO 2 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZ

Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã e fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações Intersetoriais.

2.1 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.2.1.a - Assessorar e contribuir para a implementação da proposta da 4ª da Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2014) relacionada à temática das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT) de abranger a discussão da temática de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos Conselhos Municipais de Saúde verificando a autonomia e o caráter deliberativo destes na formulação de políticas de saúde.

METAS

M.2.1.a – Fomentar a implantação e/ou implementação de 69³¹ Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) pelos Conselhos Municipais de Saúde nos municípios acima de 50.000 habitantes, até 2019.

INDICADORES

I.2.1.a - **Número de Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST) municipal, criadas pelo Conselho Municipal de Saúde.**

- Fórmula de cálculo: não se aplica
- Polaridade: maior melhor:
- Periodicidade: anual
- Serie Histórica: *No ano de 2015 havia 5CISTs implantadas em Minas Gerais*
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	18	23	46	69

2.2 - FHEMIG

OBJETIVO

O.2.2.a - Ampliar os canais de interação com o usuário e fortalecer os conselhos locais de saúde em implantação em todas as unidades da rede FHEMIG.

META

M.2.2.a – Ter 20 unidades da rede FHEMIG com serviço de ouvidoria do usuário implantado e monitorado até 2019.

INDICADORES

I.2.2.a - **Percentual de satisfação do usuário:** reposta sim para a pergunta “Você recomendaria esse serviço para um familiar ou amigo próximo?”³²

- Fórmula de cálculo: Nº de reposta sim para a pergunta “Você recomendaria esse serviço para um familiar ou amigo próximo?”/ Total de respostas x 100
- Fonte: DIEST/Fhemig
- Polaridade: Quanto maior melhor

³¹ Representa 75% da população de Minas Gerais

³² Esta resposta será extraída da Pesquisa de satisfação dos usuários que avalia de forma mais completa todos os serviços prestados pelo Hospital.

- Série Histórica: Não há
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	70%	90%	90%	90%

I.2.2.b - Número de unidades da FHEMIG com serviço de Ouvidoria do usuário implantado e monitorado.

- Fórmula de cálculo: Número de unidades com serviço de Ouvidoria do usuário implantado e monitorado.
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: DIEST/Fhemig
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	0	0	0	5	10	15	20

2.3 - FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

OBJETIVOS

O.2.3.a - Fomentar o controle social e a participação social nas políticas públicas de saúde em Minas Gerais, fortalecendo os Conselhos e Colegiados Regionais de Saúde.

O.2.3.b - Mobilizar a sociedade civil a partir de canais de comunicação permanentes e inclusivos que possibilitem a transparência das ações realizadas pelo Governo do Estado, valorizando e estimulando a participação e o Controle Social nos fóruns de discussão sobre as políticas do SUS.

O.2.3.c - Fortalecer o controle social, autônomo e democrático, por meio do apoio à criação e efetivação dos Conselhos Municipais, regionais, Estadual e Nacional de Saúde, levando em consideração as especificidades locais, das comunidades rurais, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de geraizeiros, fomentando a sua participação na defesa da cidadania.

O.2.3.d - Realizar plenárias regionais de Conselhos de Saúde dentro do Estado de Minas Gerais para que debatam os problemas vivenciados e para que haja maior integração dos conselhos.

O.2.3.e - Garantir a estrutura física, apoio logístico, recursos humanos e financiamento adequado para que o Conselho Estadual de Saúde possa exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei.

O.2.3.f - Promover a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS, conforme Resolução nº 363/2006 do Conselho Nacional de Saúde, de forma regionalizada e descentralizada para conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares, considerando as realidades locais e regionais.

O.2.3.g - Apoiar constantemente o fortalecimento da Ouvidoria da Saúde de forma a garantir a melhoria da qualidade do funcionamento e organização dos serviços de saúde, a transparência e controle social da administração pública e do sistema estadual de saúde.

METAS

M.2.3.a – Apoiar os 853 conselhos municipais de saúde.

M.2.3.b – Manter os canais de comunicação do Conselho Estadual, como informativos, sites e redes sociais, responsivos, abertos e atualizados, com dados de prestação de contas e ações realizadas.

M.2.3.c – Criar e divulgar material informativo sobre a importância do controle social e dos conselhos de saúde

M.2.3.d – Estabelecer parcerias intersetoriais com o intuito de legitimar os conselhos como espaço de gestão participativa.

M.2.3.e – Garantia de local com infraestrutura adequada para as reuniões.

M.2.3.f – Garantir assessoria técnica para cumprimento das atribuições do Conselho Estadual de Saúde.

M.2.3.g - Garantir participação e deslocamento de conselheiros para reuniões ordinárias e extraordinárias, plenárias, fóruns e conferências de Saúde, devidamente regulamentadas.

M.2.3.h – Implantação e implementação dos Colegiados Regionais de Conselhos de Saúde em 100% das regiões do Estado.

M.2.3.i – Implementar o Sistema Estadual de Ouvidoria.

M.2.3.j – Implementar ouvidorias nas 28 unidades regionais do Estado, bem como nas unidades vinculadas (FUNED, HEMOMINAS) e nas 21 unidades da rede FHEMIG.

M.2.3.k – Ampliar, a partir de 2017, as estruturas das ouvidorias já existentes nas unidades vinculadas.

M.2.3.l – Estimular a implementação de ouvidorias em municípios com mais de 30 mil habitantes, que tenham serviços de referência.

2.4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

OBJETIVOS

O.2.4.a - Promover a Política de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social, por meio da articulação, do desenvolvimento e da oferta de ações educacionais para conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares, considerando as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS.

METAS

M.2.4.a – Ter aproximadamente 1700 alunos³³ contemplados com ações de qualificação de conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares ofertadas pela ESP-MG até 2019.

EIXO 3 – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho, considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde, estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

3.1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

OBJETIVOS

O.3.1.a - Contribuir para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde por meio da articulação, do desenvolvimento e da oferta de ações educacionais e da produção de conhecimento, qualificando a produção do cuidado, a educação, a gestão e o controle social, junto a trabalhadores, gestores e outros atores implicados com o SUS.

O.3.1.b - Promover a educação permanente dos profissionais da atenção primária em saúde com ênfase no aperfeiçoamento das práticas clínicas e aprimoramento do processo de trabalho em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção no SUS.

O.3.1.c - Promover a regionalização da educação permanente em saúde no Estado, por meio do estímulo à articulação e à implementação de espaços regionais de governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando a qualificação da produção do cuidado, a educação, a gestão e o controle social.

METAS

M.3.1.a - Ter aproximadamente 12.000³⁴ alunos contemplados com ações educacionais para qualificação de trabalhadores e gestores do SUS ofertadas pela ESP-MG, até 2019, priorizando a formação de profissionais com vínculos efetivos no SUS, e contemplando o uso de estratégias de educação à distância, exceto nos caso de formação de profissionais auxiliares das áreas de saúde pública;

M.3.1.b - Ter 320 Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP) em funcionamento até 2019;

M.3.1.c - Ter 100% de regiões ampliadas de saúde com espaços regionais de governança da Política

³³ O número foi baseado na capacidade histórica, operativa e financeira da ESP, juntamente com as demandas levantadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

³⁴ O número foi baseado na capacidade histórica, operativa e financeira da ESP, juntamente com as demandas levantadas pela gestão estadual da SES/MG.

Estadual de Educação Permanente em Saúde implementados e/ou em implementação até 2019.

INDICADORES

I.3.1.a - Índice de satisfação dos alunos

- Fórmula de cálculo: (somatório do nº de alunos que avaliaram a ação educacional como “Bom” ou “Ótimo” / somatório do nº total de alunos que responderam a avaliação) x 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	91,20%	92%	93%	94%	95%

3.2 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.3.2.a - Apoiar as regionais na reorganização do processo de trabalho estabelecendo padrões e critérios mínimos de infraestrutura e recursos humanos e promovendo a integração das ações de vigilância em saúde de forma a garantir maior resolubilidade das ações;

O.3.2.b - Estimular a desprecarização do vínculo empregatício dos Agentes de Combate às Endemias em seus respectivos municípios.

METAS

M.3.2.a - Fomentar o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos Agentes de Combate à Endemias que atuam nos municípios, visando organizar o processo de trabalho nas ações de combate a endemias, garantindo o alcance de 100% dos registros.

M.3.2.b - Apoiar até o ano de 2019 a reorganização dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde no âmbito das 28 Unidades Regionais de Saúde (URS) com a formação de Equipe Gestora composta pelos Eixos Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica³⁵.

INDICADORES

I.3.2.a – Percentual de municípios com o Cadastro dos Agentes de Combate a Endemias (ACEs) registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tendo como parâmetro 70% do estabelecido na Portaria GM/MS nº 535 de 30 de março de 2016 e atualizações.

- Fórmula de cálculo: (Número de municípios com no mínimo 70% de Agentes de Combate a Endemias do município cadastrado no CNES/ Número total de municípios do estado de Minas Gerais) x

³⁵ Sendo esta última com ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância da Situação da Saúde com interface nas ações de Promoção à Saúde.

100

- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual
- Série Histórica: não há.
- Meta:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	25%	30%	40%	50%

I.3.2.b - Número de Unidade Regional de Saúde (URS) com Equipe Gestora estruturada

- Fórmula de cálculo: (Número de URS com Equipe Gestora estruturada / Número de URS no Estado de Minas Gerais) x 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Série Histórica: não há
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	28

3.3 - GESTÃO DE PESSOAS

OBJETIVO

O.3.3.a - Promover a valorização do trabalhador e da trabalhadora da saúde e do seu trabalho, por meio de dispositivos como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente, fóruns de gestão participativa nas instituições de trabalho, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

O.3.3.b - Apoiar tecnicamente a organização das Comissões de Gestão Participativa, a fim de fortalecer os espaços coletivos locais e regionais, com a participação efetiva dos trabalhadores no projeto ético-político da saúde para Minas Gerais.

O.3.3.c - Apoiar tecnicamente a implantação da Gestão participativa na Secretaria de Estado da Saúde, na Fundação Ezequiel Dias (FUNED), na Fundação Hospitalar do Estado (FHEMIG), na Fundação HEMOMINAS e na Escola de Saúde Pública (ESP/MG), no âmbito das instituições.

O.3.3.d - Promover esforços junto a SEPLAG a fim de prorrogar o concurso SES/MG 2014, garantindo a extensão do prazo de validade e a possibilidade de efetuar as nomeações em conformidade com a lei.

O.3.3.e - Apoiar o fortalecimento da política estadual de educação permanente em saúde, através da Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES, partir da expansão de espaços de proposição solidária e cooperativa de estratégias de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS.

METAS

M.3.3.a - Realização de 28 Seminários regionais e 1 seminário estadual para estímulo à organização de Mesas Permanentes de Negociação do SUS em municípios e regiões;

M.3.3.b - Revisão do plano das carreiras do Grupo de Atividades da Saúde e viabilização de concurso para provimento da carreira de Auditor Assistencial do Sistema Único de Saúde – AASUS;

*A revisão do plano das carreiras bem como a viabilização do concurso dependem da superação das restrições legais impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

M.3.3.c - Apoiar a criação, no âmbito do Sistema Estadual de Saúde, o Grupo Condutor de Gestão Participativa (GCGP), por meio da publicação de ato normativo;

M.3.3.d - Apoiar tecnicamente Municípios na promoção de espaços regionais no estímulo à integração ensino serviço.

3.4 - FHEMIG

OBJETIVO

O.3.3.a - Incentivar educação permanente dos trabalhadores, introduzindo o conceito de avaliação de eficácia

INDICADORES

I.3.3.a - Taxa de qualificação e desenvolvimento do servidor com avaliação de eficácia:

- Fórmula de cálculo: N° de trabalhadores qualificados no período / Total de trabalhadores x 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: DIGEP/Fhemig
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	38%	38,14 %	49%	40%	50% ³⁶	50%	50%

3.5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVOS

O.3.5.a - Implantar o Programa do Cuidado Farmacêutico, o qual consiste na capacitação dos farmacêuticos municipais e regionais para realização de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes e atuação junto aos prescritores com o objetivo de qualificar o acesso aos medicamentos.

O.3.5.b - Manter programa de educação continuada para os profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica, visando o acesso e o uso racional de medicamentos.

³⁶ Capacitar no mínimo 50% dos trabalhadores em temas relacionados a área de atuação.

METAS

M.3.5.a – Fornecer apoio técnico especializado a cerca de 200 farmacêuticos em Cuidado Farmacêutico até 2019, com base em critérios ainda a serem definidos e apresentados ao CES.

M.3.5.b - Realizar pelo menos 4 (quatro) seminários/oficinas em Assistência Farmacêutica para farmacêuticos municipais e regionais, até 2019.

EIXO 4 – FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA

DIRETRIZ

Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, aprimorando o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

4.1 - REGULAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.4.1.a - Qualificar o gasto público em saúde, tendo como premissa o desenho e o fortalecimento das redes de atenção à saúde, por meio do aprimoramento dos instrumentos de planejamento: programação dos recursos existentes, contratação, pagamento, monitoramento, avaliação e controle dos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais.

O.4.1.b - Promover adequações na Programação Pactuada Integrada (PPI), reformular os instrumentos contratuais firmados com os prestadores de serviços de saúde, bem como fiscalizar a qualidade da gestão e do gasto público por meio do Componente Estadual de Auditoria do SUS.

O.4.1C - Assegurar que a gestão pública das ações e serviços de saúde sejam integralmente de responsabilidade do poder público e que a prestação de serviços de assistência a saúde executados por instituições privados sejam de caráter eminentemente complementar, formalizado por meio de instrumentos contratuais, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

METAS

M.4.1.a - Sistematizar o processo de monitoramento dos recursos no âmbito do Bloco MAC e do Tesouro no que tange à gestão da SUBREG, bem como dar transparência às ações realizadas em conjunto com a SUBSILS.

4.2 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVOS

O.4.2.a - Implantar modelo regionalizado de aquisição e distribuição de medicamentos básicos, o qual

consiste na cooperação técnica aos municípios por meio da disponibilização de Atas de Registro de Preços Estaduais, com ampliação do elenco de medicamentos, criação de incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao modelo, economia de recursos com a redução de custos logísticos e ampliação do acesso aos medicamentos pela população.

O.4.2.b - Implantar metodologia de acompanhamento, monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica.

O.4.2.c - Ampliar o elenco de medicamentos no âmbito do SUS/MG, respeitando a necessidade de saúde da população no estado de Minas Gerais.

METAS

M.4.2.a - Implantar modelo regionalizado de aquisição e distribuição de medicamentos.

M.4.2.b - Repassar 0,35 centavos *per capita*/ano de incentivo financeiro para adesão ao modelo regionalizado de aquisição e distribuição de medicamentos.

INDICADORES

I.4.2.a - Percentual de medicamentos básicos com atas de registro de preço vigentes

- Fórmula de cálculo: Percentual de medicamentos com atas de registro de preço vigentes = (Nº de itens homologados / Nº de itens planejados) * 100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Anual
- Fonte: Portal de Compras
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	65%	70%	75%	80%

4.3 - PAPEL DO ESTADO

OBJETIVOS

O.4.3.a - Reafirmar a saúde como direito universal, integral e dever do Estado, investir no mínimo 12% dos recursos diretamente arrecadados e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos com financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde.

O.4.3.b - Buscar a adequação do financiamento tripartite para as ações e serviços de saúde, buscando o reequilíbrio entre estas ações e o aumento da participação do Estado;

O.4.3.c – Fortalecer e ampliar mecanismos de comunicação das políticas e diretrizes do SUS em Minas Gerais, contemplando todas as suas áreas, possibilitando à população conhecimento acerca das estratégias de promoção e prevenção, formas de acesso às políticas e campanhas de saúde promovidas.

EIXO 5 – GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO

DIRETRIZ

Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, Estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral à Saúde.

5.1 - FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS

OBJETIVOS

O.5.1.a - Atender à demanda de sangue e hemocomponentes para os pacientes da Rede Pública e contratualizada ao SUS.

O.5.1.b - Realizar 100% dos exames de Histocompatibilidade (HLA) para o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) em Minas Gerais, definidos em portaria específica da SES para a Fundação Hemominas (Portaria nº 844, de 2 de maio de 2012 que estabelece a manutenção regulada do número de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME).

O.5.1.c - Implantar e implementar os bancos de células e tecidos previstos para o Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio), com o objetivo de fornecer materiais biológicos seguros e de alta qualidade técnica para a realização de procedimentos de média e alta complexidade como implantes e transplantes, nas áreas Hematologia e Hemoterapia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Ortopedia e Odontologia.

METAS

M.5.1.a - Implantar 5 unidades de coleta em Minas Gerais (Barbacena, Varginha, Ipatinga, Teófilo Otoni e Alfenas).

M.5.1.b - Ampliar a atuação dos bancos do Cetebio em funcionamento e realizar a implantação e implementação dos outros bancos de células e tecidos previstos no Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais / Cetebio, incluindo:

- Consolidação das atividades do Banco de Medula Óssea, já em funcionamento, ampliando e aprimorando os procedimentos de coleta e criopreservação de células progenitoras hematopoéticas para utilização em transplante de medula óssea autólogo e alogênico, assim como dos exames necessários para a sua realização;
- Início das atividades do Banco Público de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, uma das fontes de células progenitoras hematopoéticas para utilização em transplante de medula alogênico;
- Implantação do Banco de Pele, destinado a fornecer tecidos para o tratamento de pacientes com queimaduras graves;
- Implantação do Banco de Membrana Amniótica, destinado a fornecer tecidos para o tratamento de pacientes com queimaduras graves e algumas patologias oftalmológicas;

- Implantação do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos, destinado a fornecer tecidos para o tratamento de pacientes nas áreas de Ortopedia e Odontologia;

INDICADORES

I.5.1.a - Percentual de Transfusões SUS realizadas pela Fundação HEMOMINAS

- Fórmula de cálculo: Número de transfusões SUS realizadas pela Fundação Hemominas (Pesq. Tabwin) / número total de transfusões SUS realizadas no Estado de Minas Gerais(Pesq. Tabwin)* 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Periodicidade: Semestral
- Série Histórica e metas:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	84,72%	88,27%	90,07%	90,98%	92,40%	92,40%	92,40%	92,40%	92,40%

I.5.1.b - Atendimento à demanda ambulatorial (teste do pezinho)

- Fórmula de cálculo: Somatório do Tempo decorrido entre o Diagnóstico e o Atendimento de 1ª Consulta dos Pacientes do teste do pezinho / Total de atendimentos de consulta (mensurado em dias)
- Polaridade: Quanto menor melhor
- Periodicidade: Semestral
- Série Histórica e metas:

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	34,65 dias	35,5 dias	23,15 dias	27,34 dias	29,23 dias	26,7 dias	26,7 dias	26,7 dias	26,7 dias

I.5.1.c - Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Hemácias Solicitadas pelos Serviços de Saúde Contratantes e Ambulatórios da FH.

- Fórmula de cálculo: Nº de bolsas de concentrado de hemácias atendidas pela FH / Nº de bolsas de concentrado de hemácias solicitadas à FH X 100
- Polaridade: Quanto maior Melhor
- Periodicidade: Mensal
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	83,89%	83,31%	86,37%	92,87%	90%	90%	90%	90%

I.5.1.d - Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Plaquetas Solicitadas pelos Serviços Contratantes e Ambulatórios da FH.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de bolsas de concentrado de plaquetas atendidas pelos serviços de saúde contratantes a FH} / \text{N}^\circ \text{ de bolsas de concentrado de plaquetas solicitadas pelos serviços de saúde contratantes a FH}) * 100$
- Polaridade: Quanto maior Melhor
- Periodicidade: Mensal
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
meta	78,59%	78,79%	85,84%	93,49%	90%	90%	90%	90%

I.5.1.e - Taxa de Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Crioprecipitado em Estabelecimentos de Saúde Contratantes à Fundação Hemominas.

- Fórmula de cálculo: $\text{N}^\circ \text{ de bolsas de Crioprecipitado mensais atendidas} / \text{N}^\circ \text{ de bolsas de Crioprecipitado mensais solicitadas} \times 100$
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Periodicidade: Mensal
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	-	80%	80%	80%	80%

I.5.1.f - Taxa de Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Plasma Fresco Congelado (PFC) em Estabelecimentos de Saúde Contratantes à Fundação Hemominas.

- Fórmula de cálculo: $\text{N}^\circ \text{ de bolsas de PFC mensais atendidas} / \text{N}^\circ \text{ de bolsas de PFC mensais solicitadas} \times 100$
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Periodicidade: Mensal
- Série Histórica e metas:

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	-	-	-	-	80%	80%	80%	80%

I.5.1.g - Percentual de testes de HLA realizados para o REDOME³⁷

- Fórmula de cálculo: Exames realizados pela Fundação Hemominas / Teto estadual de Exames (30800) X 100
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Periodicidade: Anual
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

I.5.1.h - Unidades de Produtos Médicos de Origem Humana disponibilizadas (bolsas de células progenitoras hematopoéticas).

- Fórmula de cálculo: Número de Bolsas de células progenitoras hematopoéticas disponibilizadas
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Periodicidade: Quadrimestral
- Série Histórica: início da mensuração em maio/2016
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	50 bolsas	50 bolsas	50 bolsas	50 bolsas

5.2 - GOVERNANÇA REGIONAL

OBJETIVOS

O.5.2.a - Aperfeiçoar o modelo de Governança Regional do SUS em Minas Gerais, de forma a articular os atores e as territorialidades adotadas pelo SUS, reconhecendo as instâncias regionais de pactuação (CIR e CIRA), as Unidades Regionais de Saúde (SRS e GRS) e o controle social, por meio dos conselhos municipais de saúde/colegiados de conselhos regionais, como fundamentais ao processo de consolidação das redes de atenção à saúde e fortalecendo os canais de comunicação permanentes e eficientes entre os atores sociais do SUS, a exemplo dos fóruns regionais e municipais de saúde.

³⁷ A Portaria nº 844, de 2 de maio de 2012 que regulamenta o número de cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). Em Minas Gerais este número está limitado em 30.800 coletas por ano.

O laboratório de HLA da Fundação Hemominas foi credenciado em dezembro de 2013 e em negociação com Secretária do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e optamos por limitar o número de exames em 30% do total. Desta forma permitiríamos uma curva de crescimento com foco na qualidade e incorporação dos conhecimentos, uma vez que todo o conhecimento científico e tecnológico teria que ser assumido pela Fundação Hemominas. Os exames de Histocompatibilidade (HLA) são extremamente complexos e é fundamental que o corpo técnico esteja devidamente capacitado evitando erros e falhas nos procedimentos que podem comprometer os pacientes que necessitem de transplantes.

Atualmente o laboratório de HLA da Fundação Hemominas possui conhecimento técnico e processual para realizar 100% dos exames de Minas Gerais, mas não possui equipe em número suficiente para realização dos exames. É também importante ressaltar também que, a definição de quais laboratórios no interior farão os exames de HLA perpassa pelas estratégias da SES-MG para o Sistema Estadual de Transplante. Os exames realizados no laboratório de HLA têm que ser realizados em regime de plantão 24x7 de forma emergencial.

O.5.2.b - Definir e/ou fortalecer os fóruns e instâncias de Governança Regional em saúde, fundamentalmente as Comissões Intergestores, garantindo a sua reestruturação e qualificação.

O.5.2.c - Fortalecer o papel das unidades regionais de saúde (Gerências e Superintendências) e redefinir seus processos de trabalho, de forma a tornar suas ações mais estratégicas, com participação na formulação das políticas. Contemplar as dimensões da participação social, sustentabilidade nas propostas de organização de serviços de saúde nos diversos territórios e a de desenvolvimento de pessoas.

O.5.2.d - Apoiar os municípios no processo de planejamento e gestão do SUS para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas no cidadão e em consonância com as especificidades regionais, com transparência e participação social – conselhos municipais de saúde/ colegiado regional de conselhos de saúde, de forma articulada com o Conselho Estadual de Saúde, Colegiados e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde.

O.5.2.e - Instituir e aperfeiçoar as formas de funcionamento e coordenação dos Consórcios Públicos de Direito Público e sua relação com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), alinhando as ações e investimentos realizados nessas associações com os objetivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

METAS

M.5.2.a - Monitorar 100% das demandas de saúde provenientes dos fóruns regionais.

M.5.2.b - Realizar diagnóstico anual do Regimento Interno da CIB para avaliação e eventuais adequações.

M.5.2.c - Atualizar o diagnóstico da unidade regional de saúde com vistas a melhorias de sua estrutura para o atendimento à demanda dos municípios e demais atores do SUS, a partir de visitas as unidades regionais.

M.5.2.d - Revisar resolução que define a organização dos processos de trabalho das unidades regionais de saúde, tendo em vista as novas diretrizes e novas dimensões do trabalho a ser desenvolvido, com participação e alinhamento de propostas entre nível central e regional.

M.5.2.e - Dar continuidade ao processo de capacitação dos gestores municipais no que se refere a importância do controle social no SUS, a gestão financeira e orçamentária do SUS e aos instrumentos de planejamento do SUS;

M.5.2.f - Dar continuidade ao processo de capacitação do controle social no que se refere a importância do controle social no SUS, a gestão financeira e orçamentária do SUS e aos instrumentos de planejamento do SUS;

M.5.2.g - Apoiar o funcionamento e a atuação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e do controle social;

M.5.2.h - Conciliar a abrangência territorial dos CIS (Consórcios Intermunicipais de Saúde) com os territórios definidos no PDR/MG.

M.5.2.i - Promover processos de capacitação e qualificação para os colaboradores dos Consórcios Públicos de Direito Público parceiros da SES/MG, de modo a viabilizar a profissionalização e aperfeiçoamento dos mesmos.

M.5.2.j - Regularizar a situação dos CIS em relação aos procedimentos previstos no Sistema de Regulação do SUS.

M.5.2.k - Ampliar a quantidade de CIS habilitados para estabelecer parcerias com a SES/MG, conforme critérios da resolução 5.173/2016, adequando os consórcios à respectiva normativa.

5.3 - FHEMIG

OBJETIVO

O.5.3.a - Definir modelo de gestão e de atenção à saúde nas unidades assistenciais por meio de gestão participativa integrada e alinhados às políticas estaduais, considerando as especificidades regionais, de forma a garantir integração e interface das ações das Unidades da FHEMIG na Rede de Atenção à Saúde do SUS.

INDICADOR

I.5.3.a - Nº de Unidades com Gestão Colegiada Implantada e atuante.

- Fórmula de cálculo: Número de unidades com Gestão Colegiada Implantada
- Polaridade: Quanto maior melhor
- Fonte: DIEST/Fhemig
- Série Histórica e metas:

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	0	0	17	20	20	20	20

EIXO 6 – EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

DIRETRIZ

Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS, valorizando o SUS como política de Estado por meio de estratégias de comunicação.

6.1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

OBJETIVOS

O.6.1.a - Construir e disseminar conhecimento científico e tecnológico em saúde, por meio do desenvolvimento de pesquisas relacionadas às áreas de educação e saúde visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais.

METAS

M.6.1.a - Ter aproximadamente 32 produtos¹⁶ gerados por atividades de pesquisa da ESP-MG.

INDICADORES

I.6.1.a - Percentual de produtos decorrentes do desenvolvimento de pesquisas realizadas pela ESP-MG

- Fórmula de cálculo: (somatório do nº de notas / somatório do nº total de pesquisas desenvolvidas) x 100, em que:

Nota = valor atribuído à quantidade de produtos gerados por pesquisa, a partir do seguinte cálculo de desempenho:

Nº de Produtos ³⁸ por Pesquisa	Nota
1 produto	0
2 produtos	0,5
3 produtos	0,7
4 produtos	0,9
Mais de 4 produtos	1

- Polaridade: Quanto maior melhor
- Série Histórica: não se aplica
- Metas³⁹:

Ano	2016	2017	2018	2019
meta	85%	85%	90%	95%

6.2 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.6.2.a - Elaborar instrumentos técnicos para o enfrentamento das doenças e agravos que mais contribuem para a carga de adoecimento e morte em Minas Gerais.

O.6.2.b - Fomentar o desenvolvimento de ações, no âmbito do Estado de Minas Gerais, que permeiem a promoção à saúde, a vigilância à saúde do trabalhador, a atenção integral à saúde do trabalhador e a educação permanente visando prevenção e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora.

METAS

M.6.2.a - Elaborar e divulgar 7 documentos/materiais técnicos⁴⁰, até 2019, que subsidiem a gestão pública com informações capazes de contribuir para a organização da assistência à saúde.

INDICADORES

³⁸ São considerados produtos: mapas falados, softwares e plataformas digitais; cartilhas, manuais e demais publicações científicas como: artigos científicos, trabalhos aceitos para apresentação em eventos científicos e em outros meios físicos e digitais

³⁹ O número foi baseado na capacidade histórica, operativa e financeira da ESP-MG, juntamente com as demandas levantadas pela gestão estadual da SES/MG.

⁴⁰ Os documentos e materiais técnicos referem-se a Boletins Epidemiológicos, Protocolos, Manuais Técnicos, Cartilhas, Instrutivos, entre outros.

I.6.2.a - Número de Boletins Temáticos de Vigilância em Saúde produzidos e disponibilizados no site da Secretaria de Estado de Saúde por ano.

- Fórmula de cálculo: não se aplica
- Polaridade: maior melhor:
- Periodicidade: anual
- Série Histórica: não se aplica
- Metas:

2016	2017	2018	2019
2 documentos/materiais técnicos	5 documentos/materiais técnicos	5 documentos/materiais técnicos	7 Documentos/materiais técnicos

6.3 - FHEMIG

OBJETIVO

O.6.3.a - Avançar na formação de residentes e preceptores com foco nas políticas do SUS, ampliar para especialidades estratégicas e com vazios de formação, além da residência Multiprofissional.

META

M.6.3.a – Disponibilizar vagas de residência médica

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	440	440	440	440

M.6.3.b –Disponibilizar vagas de residência multiprofissional

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	20	23	30	40

EIXO 7 - CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS

DIRETRIZES

Defender e fortalecer uma política industrial de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde), consolidando a soberania e o desenvolvimento da plataforma tecnológica do país, bem como tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população.

7.1 - FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

OBJETIVOS

O.7.1.a - Gerar conhecimento científico e tecnológico inovadores, visando a aplicação de resultados de pesquisas científicas em parcerias para: transferir tecnologias, desenvolver protótipos, lotes piloto para registro e /ou ensaios clínicos voltados à saúde pública.

O.7.1.b - Descentralizar as atividades de difusão e disseminação de conhecimento científico por meio da realização de exposições itinerantes em municípios mineiros, com foco no público estudantil e agentes de saúde municipais, contribuindo assim para a melhoria do ensino da ciência e difundindo a cultura científico-tecnológica em todo o Estado de Minas Gerais.

O.7.1.c - Ampliar, modernizar e manter a infraestrutura da Fundação Ezequiel Dias para garantir a produção de medicamentos, a efetivação dos processos de transferência e incorporação de tecnologia, a estruturação do laboratório central de saúde pública e as plataformas tecnológicas de pesquisa e desenvolvimento.

METAS

M.7.1.a - Realizar 103 exposições itinerantes do programa Ciência em Movimento em Minas Gerais;

M.7.1.b - Celebrar 21 termos de parceria de interesse em saúde pública com instituições das áreas de pesquisa e/ou setor farmacêutico;

M.7.1.c - Manter no mínimo 30 projetos de pesquisa básica ou aplicada por ano.

M.7.1.d - Realizar 50.476 manutenções, calibrações e qualificações nos equipamentos, instrumentos e sistemas da Funed;

M.7.1.e - Finalizar 21 projetos executivos⁴¹ de arquitetura e engenharia em especial os referentes ao novo almoxarifado industrial, ampliação da divisão de controle da qualidade e nova planta de vacinas.

INDICADORES

I.7.1.a - Número de exposições itinerantes de ciência realizadas.

- Fórmula de cálculo: número de exposições itinerantes de ciência realizadas
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: anual.
- Fonte: Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento
- Série Histórica: Não se aplica.
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	20	23	30	30

I.7.1.b - Percentual do Parque Tecnológico disponível para produção.

⁴¹ Para a produção de medicamentos no Brasil é necessário atender aos requisitos preconizados pela legislação sanitária vigente, no caso a RDC nº 17/2010. A RDC estabelece os padrões de Boas Práticas de Fabricação (BPF) de medicamentos que são imprescindíveis para a certificação do órgão pela ANVISA. Dessa forma, são necessárias adequações nas instalações da FUNED.

- Fórmula de cálculo: tempo do parque tecnológico disponível / (tempo do parque tecnológico disponível + tempo do parque tecnológico indisponível) x 100
- Polaridade: manter
- Periodicidade: annual
- Fonte: Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças.
- Série Histórica: Não se aplica
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	85%	85%	85%	90%

7.2 - FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS

OBJETIVOS

O.7.2.a - Incrementar o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação científica e tecnológica com a formação de recursos humanos qualificados e a inovação de produtos, processos e serviços nas áreas da hematologia e hemoterapia, células e tecidos por meio da criação e consolidação da Fundação Hemominas como Instituição Científica e Tecnológica – ICT.

O.7.2.b - Introduzir a gestão de tecnologias em saúde. Trabalhar junto com a SES as ferramentas da gestão baseada em evidências, interagindo com as áreas de estudo na instituição para conhecimento de resultados de pesquisas e/ou indução de pesquisas estratégicas para a instituição e o Estado.

METAS

M.7.2.a - Implantação do Laboratório de Diagnóstico Molecular para prestação de serviços de testes moleculares em Hematologia e Hemoterapia.

M.7.2.b - Implantação do Biobanco, banco de amostras de doadores e pacientes, com fins de desenvolvimento de pesquisas e validação de testes diagnósticos.

M.7.2.c - Criação do nível de doutorado na carreira de Analista em Hematologia e Hemoterapia (ANHH) e de Médicos.

M.7.2.d - Adequar a infraestrutura de pesquisa, planejando a modernização da infraestrutura física e de equipamentos para desenvolvimento de pesquisas, a partir de demanda levantada pelos líderes das áreas internas da Fundação Hemominas.

INDICADORES

I.7.2.a - **Percentual de execução das ações/metasp criadas para consolidar a Fundação Hemominas como Instituição Científica e Tecnológica – ICT.**

- Fórmula de cálculo: (nº de metas cumpridas / nº total de metas estabelecidas para o ano vigente) x 100
- Polaridade: Quanto maior melhor

- Periodicidade: Anual
- Série Histórica: início da mensuração 2017
- Metas:

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	-	100%	100%	100%

7.3 - INFORMAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ

Definir modelo de implementação de sistemas, articulação e disseminação de informações necessárias às ações e serviços de saúde, em consonância com as diretrizes nacionais da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

OBJETIVOS

O.7.3.a - Garantir e ampliar a conectividade para atender os serviços de registro eletrônico em Saúde e os serviços assistenciais a distância priorizando os municípios que apresentam dificuldade na implantação deste serviço;

O.7.3.b - Monitorar e expandir o serviço do Tele Minas Saúde, atendendo aos municípios para realização de teleconsultoria para 100% das equipes da Atenção Primária e o suporte assistencial e ampliação da emissão de laudo à distância nas UTI neonatais, urgência e Centros de Especialidades.

O.7.3.c - Implantar e integrar o sistema de registro eletrônico em saúde com proposta de interface com os municípios que possuem sistemas próprios ou e-SUS;

O.7.3.d - Implantar o Barramento de Registro Eletrônico em Saúde (B-RES) visando fortalecer as ações de integração da informação, de apoio à decisão e de continuidade do cuidado;

O.7.3.e - Desenvolver a ferramenta de Business Intelligence (BI) a partir dos dados da B-RES e outros sistemas de informação e disponibilizar ferramenta de BI para os diversos perfis de usuários;

O.7.3.f - Estruturar a sala de apoio e gestão estratégica;

O.7.3.g - Qualificar as informações coletadas e criar uma padronização de forma e conceitos para disponibilização de informações procurando facilitar a análise e o uso por todos que a acessarem.

METAS

M.7.3.a - Ter 60 Unidades Básicas utilizando o prontuário eletrônico de sistema próprio com envio de dados B-RES até 2019;

M.7.4.b - Ter 2500 Unidades básicas utilizando o prontuário eletrônico e-Sus até 2019;

M.7.3.c - Levantar necessidade de 2500 unidades com serviço de conectividade até 2019;

M.7.3.d – 12 sistemas com interoperabilidade para o B-RES até 2019.

INDICADORES

I.7.3.a - Implantar teleconsultoria em 100% das equipes da Atenção Primária até 2019;

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	61%	77%	87%	100%	100%

I.7.3.b - Contemplar 100% dos municípios com serviço de telediagnóstico de acordo com parâmetros estabelecidos em CIB, por meio da Resolução SES/MG nº 5.058, de 09 de dezembro de 2015;

Ano	2015	2016	2017	2018	2019
Meta	78%	82%	90%	100%	100%

7.4- FHEMIG

OBJETIVO

O.7.4.a - Estimular a prática de Pesquisa na instituição com foco nas políticas do SUS, nas áreas de gestão e do cuidado à saúde, atendendo a demandas específicas relacionadas ao contexto local e as necessidades de saúde, buscando aprimorar dados e métodos para aplicação com vistas a melhoria das ações de saúde, ofertando sistematicamente:

- apoio aos servidores pesquisadores, preceptores e residentes por meio de cursos regulares sobre metodologia científica e bioestatística,
- acompanhamento presencial e a distância de projetos de pesquisa e extensão;
- análise estratégica de projetos de pesquisadores não servidores antes da apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP;
- avaliação de potencial de patente e proteção de propriedade intelectual;
- realização de encontros, seminários e fóruns;
- participação no Comitê Gestor da Revista Gerais.

META

M.7.4.a - Publicação de 100 Artigos científicos até 2019.

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	35	15	35	15

Nota explicativa: A FHEMIG realiza o Fórum Científico Bianual (anos pares), neste sentido o quantitativo de publicações científicas para os anos de 2016 e 2018 é maior comparado aos anos em que não ocorre o Fórum. Os artigos científicos contabilizados obedecem os seguintes critérios: a) publicação em revista indexada (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>); b) vinculação do autor a FHEMIG deve ser evidenciada.

no artigo; c) ou as Unidades da Fundação foram campo de realização da pesquisa para o servidor pesquisador e está citada na seção Métodos.

7.5- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVOS

O.7.5.a - Promover a revisão permanente da Relação Estadual de Medicamentos (REMEMG), por meio da incorporação, exclusão e alteração dos medicamentos no âmbito do SUS/MG com base em evidências técnico-científica, avaliação econômica e/ou análise de impacto orçamentário.

O.7.5.b - Fortalecer a informação em Assistência Farmacêutica, por meio do aperfeiçoamento do SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica) e fomento à sua efetiva utilização pelos municípios.

METAS

M.7.5.a - Reativar a Comissão de Farmácia e Terapêutica da SES/MG em 2016 e garantir sua permanência e atuação;

M.7.5.b - Atualizar a Relação Estadual de Medicamentos em consonância com a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);

M.7.5.c - Realizar até 2019 as melhorias previstas no SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica) e homologar nova versão do sistema.

INDICADORES

I.7.5.a - Percentual de melhorias realizadas no SIGAF.

- Fórmula: Percentual de melhorias realizadas no SIGAF =(percentual de melhorias realizadas / Percentual de melhorias previstas) *100
- Polaridade: maior melhor
- Periodicidade: Anual
- Fonte: Sistema Mantis – Ferramenta de Demandas do Cliente

Ano	2016	2017	2018	2019
Meta	65%	70%	75%	80%

7.6 - DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

OBJETIVOS

O.7.6.a - Fomentar a produção de evidências em saúde conforme necessidade de saúde da população adstrita, visando subsidiar tomadas de decisão em saúde no Estado.

METAS

M.7.6.a – Financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população mineira.

M.7.6.b – Promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais.

6 - CONSOLIDADO DOS OBJETIVOS, METAS E INDICADORES POR TEMA

Este capítulo replica os objetivos, metas e indicadores organizados por tema e não por eixo como o capítulo anterior.

FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS – FUNED

OBJETIVOS

O.1.1.a - Promover ações de vigilância laboratorial em saúde pública com base na análise permanente dos cenários epidemiológico, ambiental, sanitário e da saúde do trabalhador, visando ações de prevenção, tratamento e controle de riscos e danos à saúde da população, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva.

O.1.1.b - Desenvolver, produzir e entregar medicamentos e produtos biológicos para o SUS (vacinas, soros anti-peçonhentos e biofármacos), cumprindo desta forma, as diretrizes da política nacional de assistência farmacêutica, principalmente no atendimento às necessidades de tratamento de agravos e doenças da população brasileira.

O.7.1.a - Gerar conhecimento científico e tecnológico inovadores, visando a aplicação de resultados de pesquisas científicas em parcerias para: transferir tecnologias, desenvolver protótipos, lotes piloto para registro e /ou ensaios clínicos voltados à saúde pública.

O.7.1.b - Descentralizar as atividades de difusão e disseminação de conhecimento científico por meio da realização de exposições itinerantes em municípios mineiros, com foco no público estudantil e agentes de saúde municipais, contribuindo assim para a melhoria do ensino da ciência e difundindo a cultura científico-tecnológica em todo o Estado de Minas Gerais.

O.7.1.c - Ampliar, modernizar e manter a infraestrutura da Fundação Ezequiel Dias para garantir a produção de medicamentos, a efetivação dos processos de transferência e incorporação de tecnologia, a estruturação do laboratório central de saúde pública e as plataformas tecnológicas de pesquisa e desenvolvimento.

METAS

M.1.1.a - Realizar 1.860.000 análises laboratoriais para Minas Gerais e Brasil;

M.1.1.b - Desenvolver 70 atividades para fortalecer a rede estadual de laboratórios de saúde pública;

M.1.1.c - Entregar 27.634.950 doses da vacina Meningocócica C ao Ministério da Saúde, responsável pela distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde;

M.1.1.d - Entregar 514.696 ampolas de Soros ao Ministério da Saúde, responsável pela distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde;

M.1.1.e - Produzir 258.852.500 ⁴²medicamentos antirretrovirais até 2019, para o estado de Minas Gerais e para o MS;

M.1.1.f - Produzir 1.094.809.152 ⁴³medicamentos para o componente básico e estratégico da Assistência Farmacêutica, até 2019, alimentando o Sistema Único de Saúde estadual e nacional.

⁴² As metas definidas consideraram a somatória das metas anuais programadas no Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG dos anos de 2016 a 2019. A programação baseou-se em uma série histórica de produção da Funed, bem como na capacidade produtiva da Fundação

⁴³ Idem acima

- M.7.1.a** - Realizar 103 exposições itinerantes do programa Ciência em Movimento em Minas Gerais;
- M.7.1.b** - Celebrar 21 termos de parceria de interesse em saúde pública com instituições das áreas de pesquisa e/ou setor farmacêutico;
- M.7.1.c** - Manter no mínimo 30 projetos de pesquisa básica ou aplicada por ano.
- M.7.1.d** - Realizar 50.476 manutenções, calibrações e qualificações nos equipamentos, instrumentos e sistemas da Funed;
- M.7.1.e** - Finalizar 21 projetos executivos⁴⁴ de arquitetura e engenharia em especial os referentes ao novo almoxarifado industrial, ampliação da divisão de controle da qualidade e nova planta de vacinas.

INDICADORES

- I.1.1.a** - Percentual de atendimento a demanda pactuada e espontânea de análises laboratoriais.
- I.1.1.b** - Percentual de cumprimento das entregas programadas da vacina Menigocócica C ao Ministério da Saúde.
- I.1.1.c** - Percentual de cumprimento das entregas programadas dos Soros Heterólogos ao Ministério da Saúde.
- I.1.1.d** - Número de medicamentos antirretrovirais produzidos.
- I.1.1.e** - Número de medicamentos para o componente básico e estratégico da Assistência Farmacêutica produzidos.
- I.7.1.a** - Número de exposições itinerantes de ciência realizadas.
- I.7.1.b** Percentual do Parque Tecnológico disponível para produção.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- O.1.2.a** - Consolidar o processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;
- O.1.2.b** - Fortalecer a capacidade de gestão das Unidades Regionais de Saúde para as ações de promoção e vigilância em saúde;
- O.1.2.c** - Promover a articulação da vigilância em saúde em todos os níveis de atenção da saúde em especial com a atenção primária ordenadora das redes de atenção;
- O.1.2.d** - Promover a articulação inter e intra-setorial para o desenvolvimento das ações de vigilância das causas externas (acidentes e violências) nas Unidades Regionais de Saúde;
- O.1.2.e** - Qualificar os núcleos regionais de vigilância em saúde para formação de uma ampla rede de unidades geradoras de informação que permitam a organização e adoção de estratégias de intervenção sobre danos, riscos e fatores determinantes dos problemas de saúde; assim como a execução de ações de investigação e medidas de prevenção e controle;
- O.1.2.f** - Reduzir os impactos das Emergências em Saúde Pública no Estado de Minas Gerais, por meio da estruturação das respostas às emergências e integração dos serviços de saúde, visando dar respostas

⁴⁴ Para a produção de medicamentos no Brasil é necessário atender aos requisitos preconizados pela legislação sanitária vigente, no caso a RDC nº 17/2010. A RDC estabelece os padrões de Boas Práticas de Fabricação (BPF) de medicamentos que são imprescindíveis para a certificação do órgão pela ANVISA. Dessa forma, são necessárias adequações nas instalações da FUNED.

oportunas e coordenadas entres as esferas de gestão do SUS;

O.1.2.g - Planejar e fomentar o desenvolvimento de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, fomentando a criação de planos de contingência;

O.1.2.h - Implementar ações de abordagem aos fatores condicionantes, determinantes, riscos e danos à saúde, inclusive ações de saneamento básico e saúde ambiental⁴⁵;

O.1.2.i - Aprimorar a Vigilância do óbito visando a redução de causas mal definidas de origem natural e de interesse epidemiológico;

O.1.2.j - Fomentar a vigilância em saúde do trabalhador em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, bem como, a discussão da temática pelos Conselhos Municipais de Saúde;

O.1.2.k - Planejar ações de prevenção e diagnóstico precoce às infecções sexualmente transmissíveis para interromper a cadeia epidemiológica de transmissão.

O.1.2.l - Implantar sistemas de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto em todas as localidades com população entre 200 e 5.000 habitantes no Norte e Nordeste de Minas;

O.1.2.m - Realizar o combate do Mosquito *Aedes Aegypti* no Estado de Minas Gerais.

O.2.1.a - Assessorar e contribuir para a implementação da proposta da 4ª da Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2014) relacionada à temática das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT) de abranger a discussão da temática de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos Conselhos Municipais de Saúde verificando a autonomia e o caráter deliberativo destes na formulação de políticas de saúde.

O.3.2.a - Apoiar as regionais na reorganização do processo de trabalho estabelecendo padrões e critérios mínimos de infraestrutura e recursos humanos e promovendo a integração das ações de vigilância em saúde de forma a garantir maior resolubilidade das ações;

O.3.2.b - Estimular a desprecarização do vínculo empregatício dos Agentes de Combate às Endemias em seus respectivos municípios.

O.6.2.a - Elaborar instrumentos técnicos para o enfrentamento das doenças e agravos que mais contribuem para a carga de adoecimento e morte em Minas Gerais.

O.6.2.b - Fomentar o desenvolvimento de ações, no âmbito do Estado de Minas Gerais, que permeiem a promoção à saúde, a vigilância à saúde do trabalhador, a atenção integral à saúde do trabalhador e a educação permanente visando prevenção e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora.

METAS

M.1.2.a - Fomentar a descentralização das ações de Vigilância em Saúde para os 853 municípios por meio do Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde.

M.1.2.b - Estruturar as 28 Unidades Regionais de Saúde para atuarem com eficiência nas respostas às Emergências em Saúde Pública.

M.1.2.c - Atingir 100% de Cobertura Vacinal preconizada para cada vacina em menores de 1 ano

⁴⁵Sistema relacionado: SIGVISA (Sistema Integrado de Gestão da Vigilância Sanitária) com o módulo PAM/VISA (Plano Municipal de Ações VISA) previsto para implantação nos municípios.

(Pentavalente, Pneumo 10, Meningo C, VIP/VOP, Rotavírus, Febre Amarela) nos municípios ou na Região de Saúde.

M.1.2.d - Promover o desenvolvimento e a qualificação das ações estratégicas de Vigilância em Saúde nas 28 Gerências e Superintendências Regionais de Saúde, aprimorando a vigilância do óbito de mulheres em idade fértil, materno, fetal, infantil e febres hemorrágicas.

M.1.2.e - Fomentar a discussão das causas externas (acidentes e violências) nas 28 Unidades Regionais de Saúde.

M.1.2.f - Estruturar e atualizar anualmente os 6 Planos de Contingência para Doenças emergentes/reemergentes de interesse estadual; acidentes (Químicos, Biológicos, Radioativos e Nucleares) QBRN; eventos de massa e desastres naturais e antropogênicos.

M.1.2.g - Ter, até 2019, 400 municípios executando as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios fortalecendo a política de descentralização.

M.1.2.h - Ter, até 2019, 853 municípios utilizando um Sistema de Informação que possibilite a Programação, Avaliação e Monitoramento das Ações de Vigilância Sanitária.

M.1.2.i - Atualizar o Código Estadual de Saúde (Lei 13.317/99) considerando as inovações tecnológicas e novas demandas da saúde.

M.1.2.j - Implantar, até 2019, 03 (três) unidades do Serviço de Verificação de Óbitos no Estado de Minas Gerais.

- Aumentar gradativamente a porcentagem de notificação das doenças e agravos de Saúde do Trabalhador, garantindo no mínimo aumento de 10% até 2019.

M.1.2.k - Implantar, até 2019, em 70% dos municípios do Estado de Minas Gerais o Teste Rápido para Sífilis, HIV, Hepatite, B e C.

M.1.2.l - Induzir os municípios realizarem no mínimo seis (6) ciclos de visitas nos imóveis urbanos .

M.2.1.a – Fomentar a implantação e/ou implementação de 69⁴⁶ Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) pelos Conselhos Municipais de Saúde nos municípios acima de 50.000 habitantes, até 2019.

M.3.2.a - Fomentar o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos Agentes de Combate à Endemias que atuam nos municípios, visando organizar o processo de trabalho nas ações de combate a endemias, garantindo o alcance de 100% dos registros.

M.3.2.b - Apoiar até o ano de 2019 a reorganização dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde no âmbito das 28 Unidades Regionais de Saúde (URS) com a formação de Equipe Gestora composta pelos Eixos Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica⁴⁷.

M.6.2.a - Elaborar e divulgar 7 documentos/materiais técnicos⁴⁸, até 2019, que subsidiem a gestão pública com informações capazes de contribuir para a organização da assistência à saúde.

INDICADORES

⁴⁶ Representa 75% da população de Minas Gerais

⁴⁷ Sendo esta última com ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância da Situação da Saúde com interface nas ações de Promoção à Saúde.

⁴⁸ Os documentos e materiais técnicos referem-se a Boletins Epidemiológicos, Protocolos, Manuais Técnicos, Cartilhas, Instrutivos, entre outros.

- I.1.2.a** - Percentual de vacinas com a cobertura vacinal preconizada para cada vacina - menores de um ano.
- I.1.2.b** Proporção de óbitos maternos investigados oportunamente.
- I.1.2.c** - Proporção de óbitos fetais e infantis investigados oportunamente
- I.1.2.d** - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados oportunamente.
- I.1.2.e** - Proporção de óbitos por dengue investigados oportunamente
- I.1.2.f** - Proporção de óbitos por Leishmaniose Visceral investigados oportunamente
- I.1.2.g** - Proporção de óbitos por acidentes por animais peçonhentos investigados oportunamente.
- I.1.2.h** – Número de Unidades Regionais de Saúde com ações de vigilância das causas externas (acidentes e violência).
- I.1.2.i** - Número de municípios com população acima de 20.000 habitantes com Comitê Municipal de Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika implantado e funcionando.
- I.1.2.j** - Número de Planos de Contingência para as emergências em saúde pública revisados anualmente e publicados na site da Secretaria de Estado de Saúde
- I.1.2.k** - Número de municípios executando as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
- I.1.2.l** - Proporção de Óbitos não fetais com causa básica definida
- I.1.2.m** Percentual de aumento das notificações dos agravos/doenças* de saúde do trabalhador no SINAN.
- I.1.2.n** – Implantar o Teste Rápido (TR) de Sífilis, HIV e Hepatites B e C. nos municípios do Estado de Minas Gerais (MG).
- I.1.2.o** – Cobertura de imóveis visitados para o combate do Aedes Aegypti

REGULAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS

- O.1.3.a** - Fortalecer o papel do Estado na Regulação Assistencial, implementando as estratégias e procedimentos correlatos para a descentralização equitativa dos serviços, qualificação da regulação e a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no SUS de Minas Gerais.
- O.4.1.a** - Qualificar o gasto público em saúde, tendo como premissa o desenho e o fortalecimento das redes de atenção à saúde, por meio do aprimoramento dos instrumentos de planejamento: programação dos recursos existentes, contratação, pagamento, monitoramento, avaliação e controle dos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais.
- O.4.1.b** - Promover adequações na Programação Pactuada Integrada (PPI), reformular os instrumentos contratuais firmados com os prestadores de serviços de saúde, bem como fiscalizar a qualidade da gestão e do gasto público por meio do Componente Estadual de Auditoria do SUS.
- O.4.1.c** - Assegurar que a gestão pública das ações e serviços de saúde sejam integralmente de responsabilidade do poder público e que a prestação de serviços de assistência a saúde executados por instituições privados sejam de caráter eminentemente complementar, formalizado por meio de instrumentos contratuais, em conformidade com a portaria GM/MS 1034 e suas alterações.

METAS

M.1.3.a - Implantar a cogestão nas 13 centrais regionais ampliadas de regulação, implantar a figura do Gestor de Contratos nos 40 principais Hospitais de referência, bem como os Comitês Macrorregionais de Regulação nas 13 Regiões Ampliadas de Saúde, facultada a participação de representantes dos conselhos de saúde.

M.1.3.b - Aprimorar os Sistemas Estaduais de Regulação, em parceria com a PRODEMGE, através das seguintes ações: desenvolvimento do BI (ferramenta que permite a extração de relatórios das solicitações e realização das internações) do Sistema Informatizado de Regulação Estadual (SUSfácil), o Sistema de Controle de Teto Financeiro, o Sistema de Regulação da Atenção Ambulatorial Especializada e o Sistema da Programação Pactuada Integrada (PPI), bem como promover a integração entre esses Sistemas e outros.

M.1.3.c - Revisar o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, garantindo-o como instrumento de planejamento global da assistência e base interregional para organização das Redes de Atenção a Saúde.

M.4.1.a - Sistematizar o processo de monitoramento dos recursos no âmbito do Bloco MAC e do Tesouro no que tange à gestão da SUBREG, bem como dar transparência às ações realizadas em conjunto com a SUBSILS.

INDICADORES

I.1.3.a - Percentual de centrais regionais de regulação com cogestão implantada

FHEMIG

OBJETIVOS

O.1.4.a - Otimizar a utilização da capacidade operacional instalada nos hospitais da FHEMIG e qualificar a assistência por meio de implantação das linhas de cuidado e protocolos de segurança do usuário.

O.3.3.a - Incentivar educação permanente dos trabalhadores, introduzindo o conceito de avaliação de eficácia

O.5.3.a - Definir modelo de gestão e de atenção à saúde nas unidades assistenciais por meio de gestão participativa integrada e alinhados às políticas estaduais, considerando as especificidades regionais, de forma a garantir integração e interface das ações das Unidades da FHEMIG na Rede de Atenção à Saúde do SUS.

O.6.3.a - Avançar na formação de residentes e preceptores com foco nas políticas do SUS, ampliar para especialidades estratégicas e com vazios de formação, além da residência Multiprofissional.

O.7.4.a - Estimular a prática de Pesquisa na instituição com foco nas políticas do SUS, nas áreas de

gestão e do cuidado à saúde, atendendo a demandas específicas relacionadas ao contexto local e as necessidades de saúde, buscando aprimorar dados e métodos para aplicação com vistas a melhoria das ações de saúde, ofertando sistematicamente:

- apoio aos servidores pesquisadores, preceptores e residentes por meio de cursos regulares sobre metodologia científica e bioestatística,
- acompanhamento presencial e a distância de projetos de pesquisa e extensão;
- análise estratégica de projetos de pesquisadores não servidores antes da apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP;
- avaliação de potencial de patente e proteção de propriedade intelectual;
- realização de encontros, seminários e fóruns;
- participação no Comitê Gestor da Revista Gerais.

METAS

M.1.4.a – Realizar 1.200.810 consultas eletivas até 2019

M.1.4.b - Realizar 1.123.536 consultas de urgência até 2019

M.1.4.c - Realizar 247.500 internações até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

M.1.4.d - Realizar 28.170 Internações em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

M.1.4.e - Realizar 111.439 cirurgias até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

M.1.4.f - Realizar 34.617 partos até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

M.1.4.g - Realizar 13.283.121 exames até 2019, sendo ano a ano, da forma detalhada abaixo;

M.1.4.h – Alcançar taxa de ocupação hospitalar de 80% até 2019

M.1.4.i – Ter 20 unidades com protocolo de segurança do usuário implantado e monitorado até 2019;

M.1.4.j – Ter 3 unidades (HJXXIII, HMAL e HRAD) com linha de cuidado de ortopedia para o trauma implantada e monitorada até 2019;

M.1.4.k – Desinstitucionalizar até 2019, 50% dos pacientes institucionalizados das Unidades de Saúde Mental para as Residências terapêuticas ou famílias.

M.1.4.l – Reduzir em 10% o tempo médio de permanência hospitalar nos hospitais da FEMIG com base em 2015 até o ano de 2019.

M.2.2.a – Ter 20 unidades da rede FHEMIG com serviço de ouvidoria do usuário implantado e monitorado até 2019.

M.6.3.a – Disponibilizar vagas de residência médica

M.7.4.a - Publicação de 100 Artigos científicos até 2019.

INDICADORES

I.1.4.a - Taxa de ocupação operacional hospitalar

I.1.4.b - N° de Unidades com Protocolo de segurança do usuário Implantado e monitorado

I.1.4.c - N° de Unidades com Linha de Cuidado da Ortopedia para o trauma implantada e monitorada:

- I.1.4.d** - Taxa de desinstitucionalização de usuários internados em instituições de saúde mental
- I.1.4.e** - Reduzir 10% do Tempo Médio de Permanência Hospitalar nos Hospitais da Fhemig com base em 2015
- I.2.2.a** - Percentual de satisfação do usuário:
- I.2.2.b** - Número de unidades da FHEMIG com serviço de Ouvidoria do usuário implantado e monitorado.
- I.5.3.a** - Nº de Unidades com Gestão Colegiada Implantada e atuante.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVOS

- O.1.5.a** - Ampliar e qualificar o acesso a medicamentos pela população.
- O.1.5.b** - Garantir o abastecimento regular e contínuo de medicamentos padronizados pelo SUS/MG nos municípios.
- O.1.5.c** - Implantar e qualificar os serviços farmacêuticos voltados para o cuidado ao usuário, apoiando a fixação do(s) profissional (is) farmacêutico(s) nas farmácias comunitárias públicas dos municípios, de maneira a promover maior integração do farmacêutico com a equipe da Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde.
- O.1.5.d** - Implantar novas farmácias comunitárias públicas municipais e reestruturar as regionais, e equipá-las com equipamentos e mobiliários, a fim de torná-las referência na prestação de serviços farmacêuticos qualificados e atendimento humanizado ao cidadão.
- O.1.5.e** - Aprimorar as interfaces entre a Assistência Farmacêutica e a Atenção Primária a Saúde e Redes de Atenção a Saúde para garantia da integralidade da atenção.
- O.1.5.f** - Aprimorar as interfaces entre a Assistência Farmacêutica e a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, a fim de qualificar os processos de programação, aquisição, distribuição, dispensação e uso dos medicamentos para tratamento das doenças de notificação compulsória e emergências em saúde pública.
- O.1.5.g** - Fomentar a fitoterapia no SUS/MG, com ampliação da disponibilidade de medicamentos fitoterápicos.
- O.1.5.h** - Avaliar a descentralização da dispensação⁴⁹ de medicamentos especializados das Farmácias das Regionais de Saúde para Farmácias municipais elegíveis.
- O.3.5.a** - Implantar o Programa do Cuidado Farmacêutico, o qual consiste na capacitação dos farmacêuticos municipais e regionais para realização de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes e atuação junto aos prescritores com o objetivo de qualificar o acesso aos medicamentos.
- O.3.5.b** - Manter programa de educação continuada para os profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica, visando o acesso e o uso racional de medicamentos.

⁴⁹ Dispensação é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1998). A distribuição de medicamentos consiste em suprir a unidade solicitante com os itens requisitados, em quantidade, qualidade e tempo hábil (CONASS, 2004).

O.4.2.a - Implantar modelo regionalizado de aquisição e distribuição de medicamentos básicos, o qual consiste na cooperação técnica aos municípios por meio da disponibilização de Atas de Registro de Preços Estaduais, com ampliação do elenco de medicamentos, criação de incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao modelo, economia de recursos com a redução de custos logísticos e ampliação do acesso aos medicamentos pela população.

O.4.2.b - Implantar metodologia de acompanhamento, monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica.

O.4.2.c - Ampliar o elenco de medicamentos no âmbito do SUS/MG, respeitando a necessidade de saúde da população no estado de Minas Gerais.

O.7.5.a - Promover a revisão permanente da Relação Estadual de Medicamentos (REMEMG), por meio da incorporação, exclusão e alteração dos medicamentos no âmbito do SUS/MG com base em evidências técnico-científica, avaliação econômica e/ou análise de impacto orçamentário.

O.7.5.b - Fortalecer a informação em Assistência Farmacêutica, por meio do aperfeiçoamento do SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica) e fomento à sua efetiva utilização pelos municípios.

METAS

M.1.5.a - Repassar incentivo para até 869 unidades do Programa Farmácia de Todos, visando o aprimoramento da Assistência Farmacêutica municipal mediante assinatura de Termo de Responsabilidade Técnica pelo Diretor Responsável Técnico das farmácias comunitárias públicas e pelo Gestor Municipal do SUS.

M.1.5.b - Implantar cerca de 380 novas farmácias comunitárias até 2019.

M.3.5.a Fornecer apoio técnico especializado a cerca de 200 farmacêuticos em Cuidado Farmacêutico até 2019, com base em critérios ainda a serem definidos e apresentados ao CES.

M.3.5.b - Realizar pelo menos 4 (quatro) seminários/oficinas em Assistência Farmacêutica para farmacêuticos municipais e regionais, até 2019.

M.4.2.a - Implantar modelo regionalizado de aquisição e distribuição de medicamentos.

M.4.2.b - Repassar 0,35 centavos *per capita*/ano de incentivo financeiro para adesão ao modelo regionalizado de aquisição e distribuição de medicamentos.

M.7.5.a - Reativar a Comissão de Farmácia e Terapêutica da SES/MG em 2016 e garantir sua permanência e atuação;

M.7.5.b - Atualizar a Relação Estadual de Medicamentos em consonância com a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);

M.7.5.c - Realizar até 2019 as melhorias previstas no SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica) e homologar nova versão do sistema.

INDICADOR

I.1.5.a – Percentual de atendimento de medicamentos especializados às regionais de saúde

I.4.2.a - Percentual de medicamentos básicos com atas de registro de preçovigentes

I.7.5.a - Percentual de melhorias realizadas no SIGAF.

ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

OBJETIVO

O.1.6.a - Promover o atendimento integral da pessoa com deficiência seja ela física, auditiva, visual, intelectual, transtorno do espectro do autismo, estomizados ou múltiplas deficiências, garantindo a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso aos serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência agregando recursos para novas habilitações, obtenção de órtese, prótese e materiais especiais, além de garantir a adaptação e manutenção dos dispositivos dispensados.

META

M.1.6.c - Apoiar os municípios mineiros no planejamento e desenvolvimento de ações para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na perspectiva de habilitações de serviços por parte do Ministério da Saúde, através das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

M.1.6.d – Garantir nos municípios mineiros na oficialização das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou referências municipais na área da pessoa com deficiência.

INDICADOR

I.1.6.a - Percentual de Cobertura populacional por Componentes Físico e/ou Intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência implantados.

I.1.6.b – Garantir a oficialização das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou referências municipais na área da pessoa com deficiência.

ATENÇÃO HOSPITALAR

OBJETIVOS

O.1.7.a - Garantir acesso universal, equidade e integralidade ao atendimento hospitalar estabelecendo uma política de atenção hospitalar, em consonância com a política nacional, que defina os hospitais como ponto integrado às redes de saúde, direcionando a organização e gestão dos hospitais e seu papel assistencial.

O.1.7.b - Instituir estratégias de monitoramento e avaliação de desempenho dos hospitais inseridos na nova política de assistência hospitalar no Estado.

O.1.7.c - Apoiar os gestores municipais e os gestores das unidades hospitalares para que ampliem a capacidade de gestão, no contexto da política hospitalar.

O.1.7.d - Reorganizar o modelo assistencial de forma a garantir melhoria nas condições de saúde, qualificando e organizando as redes de atenção à saúde respeitando o perfil demográfico e epidemiológico das regiões de saúde, mantendo a atenção primária como ordenadora do cuidado da população através da formalização de instrumentos organizacionais.

O.1.7.e - Investir no fortalecimento dos hospitais de referência e regionais nas Regiões de Saúde do Estado e de acordo com plano diretor de regionalização e com o desempenho assistencial das instituições, visando melhoria da qualidade da assistência hospitalar, fortalecer a regionalização, reduzir vazios assistenciais e fortalecer as redes prioritárias de atenção à saúde.

O.1.7.f - Construir e implantar hospitais públicos regionais a fim de suprir lacunas assistenciais em diferentes regiões do Estado, prestando papel de referência hospitalar secundária e terciária para a população nos serviços pré-definidos.

METAS

M.1.7.a - Realizar diagnóstico até 2019 da política de atenção hospitalar em todas as 13 regiões ampliadas de saúde classificando os hospitais de acordo com seu perfil assistencial e seu papel na rede.

M.1.7.b - Definir até 2017 o modelo de financiamento baseado em desempenho de metas e indicadores pactuados.

M.1.7.c - Capacitar anualmente as 13 regiões ampliadas de saúde e os gestores hospitalares em temas relacionados à gestão hospitalar.

M.1.7.d - Fazer a transição até 2019, dos hospitais participantes dos programas para a política de atenção hospitalar conforme perfil assistencial e necessidades regionais.

M.1.7.e - Implantar 11 hospitais regionais até 2019.

M.1.7.f - Definir modelo assistencial e de gestão para os hospitais regionais do Estado, nas 13 regiões ampliadas de saúde, avaliando e adequando os Hospitais Regionais para inserção dos mesmos na nova política de assistência hospitalar, até 2019.

M.1.7.g – 13 diagnósticos regionais da política hospitalar concluídos até 2019.

INDICADORES

I.1.7.a – Número de leitos públicos em hospitais regionais

SAÚDE DA MULHER

OBJETIVOS

O.1.8.a - Prestar assistência integral à saúde da mulher e crianças até 2 anos, por meio do fortalecimento e expansão de pontos de atenção da rede de atenção à saúde materno e infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, com foco naquelas estratificadas como de risco e em situação de vulnerabilidade, a fim de

reduzir a mortalidade materna e infantil.

O.1.8.b - Realizar rastreamento da mulher para diagnóstico precoce do câncer de mama e câncer de cólo do útero conforme recomendações do INCA.

O.1.8.c - Ampliar o desenvolvimento de ações intersetoriais para assistência integral à saúde das mulheres por meio de articulação com diversas áreas da gestão estadual de Minas Gerais.

O.1.8.d - Investir e custear os pontos de atenção da Rede Cegonha

O.1.8.e - Assegurar assistência integral à saúde das gestantes junto à rede materno infantil do Estado de Minas Gerais.

O.1.8.f - Promover estratégias para a prevenção de infecção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita.

METAS

M.1.8.a - Ampliar o acesso aos exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e naquelas consideradas de risco elevado para câncer de mama, independente da faixa etária.

M.1.8.b - Aumentar a realização de exames citopatológico do colo uterino.

M.1.8.c - Implantar nove pontos de atenção da rede materno e infantil no Estado de Minas Gerais, sendo sete Postos de Coleta de Leite Humano e dois Bancos de Leite Humano

M.1.8.d Qualificar e implementar as instituições contempladas pela Rede Cegonha (UTI neonatal, de UCI convencional, UCI canguru, leitos de alto risco obstétrico para componente Parto e Nascimento para 20 (vinte) instituições em 13 (treze) municípios.

M.1.8.e - Manter contrapartida estadual de 20% do custeio das instituições contempladas pela Rede Cegonha (UTI neonatal, de UCI convencional, UCI canguru, leitos de alto risco obstétrico) para componentes Parto e Nascimento para 20 (vinte) instituições em 14 municípios.

M.1.8.f - Qualificar e implementar, priorizando as regiões com vazios assistenciais, pontos de atenção da rede materno e infantil no Estado de Minas Gerais.

INDICADORES

I.1.8.a – Taxa de mortalidade neonatal

I.1.8.b- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

I.1.8.c - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

I.1.8.d - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

I.1.8.e - Proporção de parto normal

I.1.8.f - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

I.1.8.g - Taxa de detecção de sífilis em gestantes

I.1.8.h - Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano

I.1.8.i – Proporção de sífilis congênita X Proporção de sífilis em gestante

TRANSPORTE EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.9.a - Ampliar e aprimorar o deslocamento das pessoas, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), à realização de consultas e outros procedimentos ambulatoriais e hospitalares fora de seu domicílio, sendo eles intermunicipais e interestaduais⁵⁰, integrando os municípios das regiões de saúde aos diversos pontos da rede de atenção à saúde do Estado de Minas Gerais.

O.1.9.b - Gerir o sistema estadual de transporte em saúde, através do planejamento das regiões contempladas, através de um sistema de transporte que garanta economia de escala, racionalidade administrativa e qualidade, com o monitoramento e avaliação do serviço.

O.1.9.c - Apoiar, através da política de sistemas logísticos, os municípios na gestão e acompanhamento de seu sistema de saúde objetivando a melhoria do atendimento das secretarias municipais de saúde à sua população, com ações de desenvolvimento, gestão participativa e controle social.

METAS

M.1.9.a - Distribuir veículos do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) para atender as demandas dos municípios, conforme diagnóstico realizado utilizando como instrumento de avaliação a taxa de qualidade do serviço⁵¹.

M.1.9.b – Revisar a política estadual de transporte em saúde até 2017.

INDICADORES

I.1.9.a - Taxa de Qualidade do Serviço

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVOS

O.1.10.a - Ampliar e implementar a Rede Urgência e Emergência (RUE) no Estado de Minas Gerais, visando o atendimento em tempo e local oportuno, com regulação da assistência na Região Ampliada de Saúde (RAS), garantindo o encaminhamento do paciente ao ponto de atenção mais adequado e seu efetivo atendimento, reduzindo o número de mortes e sequelas por causas evitáveis.

METAS

M.1.10.a - Implantar 7 (sete) SAMU 192 Regional no Estado de Minas Gerais, ampliando a cobertura do serviço para 100% da população até 2019.

M.1.10. b- Garantir a manutenção do Componente da RUE - SAMU 192 Regional já implantado nas 6 regiões ampliadas de saúde no Estado de Minas Gerais em 2016 e nas outras 7 regiões até 2019 .

M.1.10.e - Garantir manutenção dos Componentes da RUE – Portas de Entrada Hospitalar e Leitos de Retaguarda já implantados nas 07 regiões ampliadas de saúde do Estado de Minas Gerais e nas 06 regiões até 2019.

⁵⁰ Os tratamentos interestaduais ocorrerão somente após esgotadas todas as possibilidades de tratamento dentro do Estado de Minas Gerais

⁵¹ A taxa de qualidade do serviço é explicitada no indicador I.1.9.a, cujos critérios de qualidade gerencial e da frota estão definidos na Resolução SES/MG n° 3638/2013

M.1.10.f - Garantir participação no custeio das UPA habilitadas pelo Ministério da Saúde –MS em 25% do valor de participação do MS.

INDICADORES

I.1.10.b - Percentual de cobertura populacional do de SAMU

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (ATENÇÃO ESPECIALIZADA)

OBJETIVOS

O.1.11.a - Implementar o Centro de Especialidade Médicas (CEM) como ponto de atenção à saúde com atenção especializada ambulatorial, multidisciplinar, de abrangência regional, articulada com os demais níveis de atenção, garantindo acesso universal e regulado, estabelecendo estrutura adequada de apoio ao diagnóstico e tratamento, organizado por meio de diferentes modelagens organizacionais, de acordo com as linhas de cuidado e redes de atenção, ordenado pela Atenção Primária e com regulação do acesso.

O.1.11.b - Ampliar o acesso da população a serviços e cuidados na atenção especializada ambulatorial de forma a estruturar os pontos de atenção deste nível na rede atenção à saúde como referência para as portas de entrada do sistema de saúde, em especial para a atenção primária, apoiando a resolução das necessidades de saúde da população e contribuindo para a garantia da integralidade do cuidado.

METAS

M.1.11.a - Garantia de acesso à atenção especializada de média complexidade em todas as 77 regiões de saúde por meio da implantação do CEM.

INDICADORES

I.11.a - Cobertura da Atenção Especializada Ambulatorial Em Minas Gerais No Modelo do Centro de Especialidades Médicas

SAÚDE MENTAL

OBJETIVOS

O.1.12.d - Formular, apoiar e induzir a implantação e implementação da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas e da Rede Assistencial, no Estado de Minas Gerais, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

O.1.12.e - Avaliar, fiscalizar, monitorar e financiar o programa de apoio aos usuários de Álcool e outras Drogas através das informações disponíveis em seu banco de dados e dos resultados das vistorias.

O.1.12.f - Estabelecer ações de educação permanente para de Rede de Saúde Mental do Estado e demais redes de saúde, bem como estabelecer políticas intersetoriais a partir das interfaces da Saúde Mental com outras políticas públicas e outras secretarias.

METAS

M.1.12.c - Garantir recurso para implantação e participação no custeio dos pontos de atenção, sendo estes: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS ADIII, CAPS i, Unidades de Acolhimento Adulto, Unidades de

Acolhimento Infanto-Juvenil, Centros de Convivência e Serviços Residenciais Terapêuticos.

M.1.12.d - Garantir recurso para custeio das internações em Comunidades Terapêuticas já habilitadas pelo Programa Cartão Aliança Pela Vida e para a Rede Assistencial de Saúde Mental do Estado para acolhimento transitório, garantindo qualidade e segurança na assistência.

INDICADORES

I.1.12.b – Taxa de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

ATENÇÃO PRIMÁRIA

OBJETIVOS

O.1.13.a - Implementar a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde em consonância com os princípios do SUS, que possibilitará intervir sobre os condicionantes de saúde e determinantes sociais, promovendo melhoria na qualidade de vida dos usuários e redução das vulnerabilidades e riscos à saúde, por meio da qualificação dos profissionais de saúde, organização dos serviços e financiamento específico para a temática, pautados na integralidade do cuidado da saúde em rede.

O.1.13.b - Reorganizar através da formalização de instrumentos organizacionais o modelo assistencial de forma a garantir melhoria nas condições de saúde, qualificando e organizando as redes de atenção à saúde respeitando o perfil demográfico e epidemiológico das regiões de saúde, mantendo a atenção primária como ordenadora do cuidado da população.

O.1.13.c - Universalizar o acesso equitativo aos serviços e ações de atenção primária, atentando para as especificidades das populações vulneráveis e tradicionais mantendo a coordenação do cuidado com as equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF.

O.1.13.d - Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família/ESF como eixo estruturador da Atenção Primária com manutenção da cobertura das Equipes de Saúde da Família das equipes de Saúde Bucal e de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, garantindo efetivo acesso, qualidade e integralidade das ações de vigilância, promoção, prevenção e assistência à saúde de toda a população, de acordo com as necessidades identificadas, em tempo oportuno, sustentado pela coordenação do cuidado.

O.1.13.e - Avançar na ampliação e na qualificação da infraestrutura, física e de equipamentos, das unidades de atenção primária, possibilitando melhoria das condições de acesso, humanização do espaço de atendimento e disponibilidade de local de trabalho adequado para as equipes de saúde.

METAS

M.1.13.a - Elaborar diretrizes para a Organização do Processo de trabalho dos serviços de APS, no âmbito da gestão e do cuidado;

M.1.13.b - Desenvolver estratégias de qualificação dos trabalhadores das equipes de APS, gestores e usuários para o cuidado integral em saúde;

M.1.13.c - Elaborar e implantar a Carteira de Serviços da APS.

M.1.13.d - Revisar e implantar as regras do cofinanciamento da APS com ampliação do total dos incentivos a ser repassado por equipe por mês.

M.1.13.e - Desenvolver estratégias que visem a garantia do acesso e assistência integral e humanizada à

saúde para todas e todos.

M.1.13.f - Elaborar linhas específicas de cuidado para as populações vulneráveis e tradicionais.

M.1.13.g - Elaborar documento orientador para a organização e gestão do processo de trabalho das equipes de APS e instrumentos de gestão dos processos de trabalho que contemplem: a atenção programada, a atenção integral à saúde, a reformulação de agendas, as ações de educação permanente, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e a atenção segura e de qualidade.

M.1.13.h - Definir estratégias para fortalecer a integração das equipes de NASF e equipes de saúde da família através de dispositivos da gestão da clínica e da clínica ampliada.

M.1.13.i - Elaborar e pactuar protocolos e fluxos de referência e contra-referência com os Centros de Especialidades Multiprofissionais.

M.1.13.j - Conclusão da construção das unidades básicas de saúde em andamento decorrentes de contemplações já efetivadas e vigentes;

M.1.13.k - Distribuição de equipamentos permanentes para as unidades com construção concluída nos termos da Resolução SES/MG nº 4.963, de 21 de outubro de 2015, ou a Normativa que vier a substituí-la ou alterá-la;

M.1.13.l - Publicizar carteira de equipamentos de referência para unidades de atenção primária, possibilitando melhor organização dos serviços.

INDICADORES

I.1.13.a - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária;

SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVOS

O.1.14.a Implementar a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança visando a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, a prevenção de agravos na infância e fortalecimento da rede de assistência à saúde da criança com foco para as populações de maior vulnerabilidade.

O.1.14.b Articular ações de promoção em saúde e prevenção da erradicação do trabalho infantil; do enfrentamento às crianças vítimas de violência; e fortalecimento do convívio familiar e comunitário de crianças em vulnerabilidade ou situações específicas.

METAS

M.1.14.a- Realizar a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da criança;

M.1.14.b - Promover a atenção integral à saúde de crianças com deficiência, de forma articulada com outras áreas, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social;

M.1.14.c - Atuar nas ações de prevenção do óbito infantil evitável;

M.1.14.d - Assegurar que seja realizado o exame de sífilis no pré-natal para diminuir a incidência da

doença na mãe e no bebê; e quando necessário, o esquema terapêutico mais adequado.

M.1.14.e- Realizar a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral

INDICADORES

I.1.14.a - Taxa de mortalidade infantil

SAÚDE DO ADOLESCENTE

OBJETIVOS

O.1.15.a - Promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, visando à promoção de saúde, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; à saúde sexual e reprodutiva; à saúde mental e às estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas; à prevenção de violências e agravos; à redução de morbimortalidade por violências e acidentes considerando as questões de gênero, à orientação sexual, à raça/etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade e ao trabalho; estruturando-se nos seguintes temas: Participação Juvenil; Equidade de Gêneros; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Projeto de Vida; Cultura de Paz, Ética e Cidadania e Igualdade Racial e Étnica.

METAS

M.1.15.a - Ampliar a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente, em Minas Gerais, através de ações de sensibilização e capacitação dos profissionais.

M.1.15.b - Realizar Seminários e Encontros sobre a Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens;

M.1.15.c - Fortalecer intersetorialmente as ações de vigilância e promoção à saúde integral para adolescentes e jovens;

M.1.15.d Estimular a Produção de saúde com adolescentes e jovens, trazendo-os para o centro do processo como sujeitos de direitos.

M.1.15.e - Realizar ações que visem complementar o esquema vacinal, buscando estratégias intersetoriais em especial com a educação.

M.1.15.f - Fortalecer ações de promoção e prevenção na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens contribuindo na redução da gravidez indesejável e de infecções sexualmente transmissíveis, amparado na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e que contemple a diversidade das juventudes.

INDICADORES

I.1.15.a - Proporção de segunda dose da vacina HPV aplicada em meninas de 09 anos.

I.1.15.b - Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes

I.1.15.c - Casos confirmados notificados por sífilis em adolescentes de 10 a 19 anos em MG.

SAÚDE DO IDOSO

OBJETIVOS

O.1.16.a – Implantação e implementação da política de atenção à saúde da pessoa idosa, visando a integralidade do cuidado (que a pessoa idosa tenha o atendimento em todos os pontos de atenção e que os atendimentos sejam resolutivos) e a promoção do envelhecimento saudável.

META

M.1.16.a Promover ações de educação permanente para os profissionais da rede de atenção à saúde para o atendimento ao idoso, com enfoque para as Equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com temas que abordam a funcionalidade e autonomia e as principais causas de mortalidade nessa faixa etária;

M.1.16.b Promover o envelhecimento saudável, minimizando as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento;

M.1.16.c Elaborar campanhas e materiais gráficos referentes à saúde do idoso;

M.1.16.d Acompanhar e monitorar a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

INDICADORES

I.1.16.a - Percentual de Plano de Cuidados elaborados por primeira consulta no Centro Mais Vida (CMV)

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.17.a - Elaborar e implantar políticas e/ou diretrizes para promoção da equidade em saúde, com foco em populações consideradas negligenciadas quanto ao acesso à saúde, como populações negra e quilombola, população cigana, população das ocupações urbanas e rurais, população de rua, população LGBT, populações do campo, das florestas e das águas e demais populações identificadas no Estado, prezando pela efetiva participação social em todo o processo, garantindo apoio técnico, científico, financeiro e estrutural às regionais e municípios, visando o pleno acesso à saúde integral, universal e equânime, livre de toda forma de discriminação;

O.1.17.b -Realização de diagnóstico do perfil epidemiológico das populações contempladas pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; Inserção das temáticas da Políticas de Promoção da Equidade em Saúde nos processos de educação permanente e popular como temas transversais;

O.1.17.c -Garantir a assistência à saúde para mulheres transexuais e homens transexuais.

METAS

M.1.17.a - Implantar 3 Comitês para a gestão das políticas (Comitê Estadual de Saúde Integral da População Negra, Comitê de Saúde Integral das populações do campo, florestas e água);

M.1.17.b - Abertura de 2 ambulatórios para assistência à saúde à mulheres transexuais e homens transexuais, e o desenvolvimento de ações de educação permanente e popular sobre as políticas de promoção da equidade na saúde.

M.1.17.c - Realização de seminários e/ou encontros com a temática da Promoção da Equidade em Saúde, com o objetivo de apresentar as políticas que compõem a Equidade em Saúde, bem como as ações desenvolvidas no Estado e a troca de experiências;

M.1.17.d - Conhecer o perfil epidemiológico das populações contempladas pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde;

SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

OBJETIVOS

O.1.18.a - Implantar a Política Estadual de Atenção a Saúde para os Adolescentes e as Adolescentes em conflito com a lei, fortalecendo as ações de atenção em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ampliando e qualificando a atenção à saúde integral para os adolescentes em conflito com a lei.

METAS

M.1.18.a - Implantar e qualificar ações permanentes de diagnóstico, tratamento, cura e controle dos principais agravos existentes nas unidades socioeducativas considerando as especificidades das meninas e da população LGBT privada de liberdade.

M.1.18.b - Qualificar o registro das ações de saúde nas unidades socioeducativas considerado a construção dos planos de ação municipais, a estratificação das medicações utilizadas e a criação de espaços intersetoriais de articulação.

INDICADORES

I.1.18.a - Percentual de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos por adolescentes com diagnóstico de transtorno mental

SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE – PPL

OBJETIVOS

O.1.19.a - Implantar e qualificar a atenção à saúde para as pessoas privadas de liberdade garantindo promoção, prevenção e tratamento aos principais agravos existentes nas unidades prisionais contemplando as especificidades das mulheres e população LGBT privada de liberdade.

METAS

M.1.19.a - Garantir a adesão municipal à PNAISP.

M.1.19.b - Garantir apoio às regionais de saúde na construção dos planos de ação para a adesão a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Privada de Liberdade – PNAISP.

M.1.19.c - Desenvolver ações de busca ativa, diagnóstico, tratamento e cura dos principais agravos existentes nas unidades prisionais, como tuberculose, HIV/AIDS e outras DST.

INDICADORES

I.1.19.a - Percentual de municípios aderidos à PNAISP

TABAGISMO

OBJETIVOS

O.1.20.a - Fortalecer o Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais reduzindo a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade, por doenças tabaco relacionadas, em Minas Gerais;

O.1.20.b - Ampliar a adesão dos usuários ao programa.

O.1.20.c Ampliar a adesão dos municípios ao Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais para a oferta do tratamento e abordagem ao tabagista;

METAS

M.1.20.a - Realizar campanhas de mobilização do Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais;

M.1.20.b - Capacitar os gestores do Programa de Controle do Tabagismo e os Profissionais de Saúde envolvidos a fim de qualificar e ampliar o programa em Minas Gerais;

M.1.20.c- Realizar Diagnóstico do Programa de Controle do Tabagismo em Minas Gerais;

INDICADORES

I.1.20.a - **Proporção de municípios com adesão aos ciclos do PNCT em Minas Gerais.**

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PIC

OBJETIVOS

O.1.21.a - Implementar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, fomentando a realização de ações de PIC nos municípios;

O.1.21.b - Fornecer insumos para a prática de acupuntura e auriculoterapia aos municípios que oferecem essas Práticas nos serviços de saúde.

O.1.21.c - Incluir entre os indicadores da Política de Promoção à Saúde das práticas corporais constantes de PEPIC, aumentando a pontuação e consequentemente os recursos destinados ao município aderente às modalidades;

O.1.21.d - Construir e introduzir, em Minas Gerais, o projeto de Educação Popular em Saúde, o EdPopSUS, juntamente com diversos parceiros, como a Escola de Saúde Pública, o Conselho Estadual de Saúde, Movimentos Sociais e outros parceiros;

O.1.21.e - Articular a inclusão das PIC no bojo das ações da Atenção Primária, principalmente no Núcleo de Políticas de Equidade em saúde, de modo a contemplar as populações dos Campos Águas e Florestas com as PIC;

O.1.21.f - Articular junto a parceiros intra e interinstitucionais, bem como Movimentos Sociais no sentido de incentivar o plantio de Plantas Medicinais, para que tenhamos oferta de Drogas Vegetais a serem disponibilizadas à população através dos Serviços de Saúde.

METAS

M.1.21.a - Melhorar o Registro das Práticas Integrativas e Complementares nos Sistemas de Informações.

M.1.21.b - Instituir incentivo financeiro para apoio aos serviços de PIC.

M.1.21.c - Propor indicadores de acompanhamento, monitoramento e avaliação da PEPIC.

INDICADORES

I.1.21.a - Número de Municípios com Produção Informada (NMPI) em Práticas Integrativas

PROMOÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVOS

O.1.22.a - Implantar e implementar a Política Estadual de Promoção da Saúde no Estado de Minas Gerais, estimulando a promoção da saúde no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais como parte da integralidade do cuidado nas RAS articulada às demais redes de proteção social e considerado os diversos setores;

O.1.22.b - Estimular o aumento do gradiente de saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas e que estas sejam planejadas e executadas, considerando os determinantes sociais de saúde do território;

O.1.22.c – Estimular e monitorar ações que visem a redução da prevalência dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo de álcool.

O.1.22.d - Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos na POEPS, para trabalhadores e gestores;

O.1.22.e - Estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;

O.1.22.h - Estimular discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde;

O.1.22.i - Fomentar estratégias de comunicação e mobilização social direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;

METAS

M.1.22.a - Elaborar Plano Estadual de Promoção da Saúde;

M.1.22.b - Ofertar ações de educação permanente anualmente relacionada à promoção da saúde para os trabalhadores e gestores envolvidos na temática;

M.1.22.c - Realizar um Seminário Estadual de Promoção da Saúde;

M.1.22.d - Elaborar normas técnicas para direcionamento da implantação e implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde no Estado de Minas Gerais;

M.1.22.e -Publicitar anualmente o monitoramento da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde;

- M.1.22.f - Implementar a Política Estadual de Promoção da Saúde em 80% dos municípios que aderiram a esta política;
- M.1.22.g – Aumentar o gradiente de saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas;
- M.1.22.h – Aumentar o percentual de municípios ofertando ações de práticas de atividades corporais e/ou atividades físicas;
- M.1.22.i – Aumentar o percentual de municípios realizando ações de atividades coletivas de Educação em Saúde;
- M.1.22.j – Aumentar o percentual de crianças menores de 02 anos (SINASC), com registro de marcadores de consumo alimentar registrados no Sisvan Web;
- M.1.22.k – Aumentar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada pelo Sisvan Web;
- M.1.22.l – Contribuir para a redução do percentual da população adulta com obesidade (grau I) registrados no Sisvan Web;
- M.1.22.m – Contribuir para redução da obesidade em crianças menores de 5 anos, de forma a impactar na diminuição do percentual de registros no Sisvan Web;
- M.1.22.n – Reduzir o percentual de crianças com déficit de estrutura, na faixa etária de 0 a 5 anos, registrados no Sisvan Web;
- M.1.22.o – Aumentar o percentual de municípios aderidos ao PSE com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) instituídos;
- M.1.22.p – Aumentar o percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, nas condicionalidades de saúde.
- M.1.22.q – Publicar um artigo sobre o processo de construção da Política Estadual de Promoção da Saúde em Minas Gerais, até 2019.

INDICADORES

- I.1.22.a - Percentual de municípios que aderiram a Política Estadual de Promoção à Saúde.
- I.1.22.b - Percentual da população SUS exclusiva participando regularmente das ações de prática corporal e atividades físicas.
- I.22.c - Percentual dos municípios ofertando ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.
- I.22.e – Percentual de municípios que aderiram a Política Estadual de Promoção da Saúde realizando ações de atividades coletivas de Educação em Saúde, para Promoção da Saúde, junto à comunidade.
- I.22.e – Percentual de municípios aderidos ao PSE com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) instituídos.
- I.22.f - Percentual de crianças menores de 02 anos (SINASC), com registro de marcadores de consumo alimentar registrados no Sisvan Web.
- I.22.g - Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web.
- I.22.h- Percentual da população adulta com obesidade (Grau I) registrados no Sisvan Web.
- I.22.i - Percentual das crianças menores de 05 anos com obesidade registrados no Sisvan Web.
- I.22.j - Percentual de crianças com déficit de estatura, na faixa etária de 0 a 5 anos, registrados No Sisvan Web.
- I.22.k - Percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família nas condicionalidades de saúde (2ª vigência).

SAÚDE INDÍGENA

OBJETIVOS

O.1.23.a - Organizar o acesso da população indígena às redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais.

O.1.23.b - Implementar a Política Estadual de Saúde Indígena

METAS

M.1.23.a - Organizar grupo de trabalho instituído pelo Grupo Condutor visando construir estratégias para ampliação da cobertura e do acesso do indígena aos serviços de média e alta complexidade, de acordo com o princípio de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS);

M.1.23.b - Aprimorar fluxos de trabalho entre a coordenação estadual de saúde indígena e às Unidades Regionais de Saúde, no qual as regionais atuam de maneira significativa acompanhando, orientando e monitorando a execução da política estadual de saúde indígena nos municípios;

M.1.23.c - Coordenar, financiar e executar, complementarmente, as ações de Saúde Indígena de forma equânime e resolutiva, adequando-se às especificidades das populações indígenas;

M.1.23.d - Atuar de forma intrasecretarial e regional, intersecretarial e interinstitucional, propondo parcerias com a finalidade de proporcionar ações que promovam maior qualidade de vida a essas populações;

M.1.23.e - Realizar reuniões do Grupo Condutor da Saúde Indígena de MG.

M.1.23.f - Realizar visitas nas aldeias para realização de levantamentos relacionados às condições de saúde e infraestrutura das unidades básicas de saúde indígena.

M.1.23.g- Realizar perfil epidemiológico da população indígena, através da análise de indicadores de morbimortalidade;

M.1.23.h - Realizar Conferência Estadual de Saúde Indígena objetivando propor diretrizes para a construção e a consolidação da política estadual de saúde indígena.

INDICADOR

I.1.23.a - Planos de Investimentos a serem Implementados;

SAÚDE DO HOMEM

OBJETIVOS

O.1.24.a - Realizar ações e atividades de promoção à saúde e prevenção às doenças, e incentivar a ampliação do acesso aos serviços de saúde;

O.1.24.b - Implantar a Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do Estado, ampliando o acesso aos serviços de atenção primária.

METAS

M.1.24.a - Realizar campanhas anuais de mobilização e educação em saúde, visando à Saúde Integral do

Homem;

M.1.24.b - Promover ações que visam a captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares, doenças crônicas, respiratórias, entre outros;

M.1.24.c - Elaborar e analisar os indicadores que permitam monitorar as ações previstas na política estadual e nacional;

M.1.24.d - Estimular a implantação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde;

M.1.24.e - Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;

M.1.24.f - Promover ações de prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

M.1.24.g - Articular junto ao Núcleo de Promoção da equidade e de forma intersetorial, ações que visam a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;

M.1.24.h - Articular junto a outras políticas públicas e sociedade civil, ações que visem a redução da morbimortalidade por causas externas na população deste gênero;

M.1.24.i - Incluir a temática de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas e campanhas de mobilização;

M.1.24.j- Educação permanente em Saúde para os profissionais da rede básica para a Atenção Integral à Saúde do Homem;

M.1.24.k- Estimular parcerias públicas e privadas - de forma complementar, sempre que necessárias e na forma da lei. Garantindo a atenção integral à saúde do homem.

M.1.24.l - Promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implementação da Atenção Integral à Saúde do Homem, ressaltando a importância da articulação junto à Educação, Assistência Social e Previdência;

M.1.24.m- Promover articulação com demais políticas públicas de saúde no estado visando à Atenção Integral à Saúde do Homem;

M.1.24.n- Promoção e proteção à saúde dos homens consumidores de tabaco, álcool e outras drogas.

M.1.24.o – Ampliar a vacinação da tríplice viral para indivíduos de 20 a 49 anos de idade não vacinados anteriormente, como forma de prevenção da rubéola, sarampo e caxumba.

SAÚDE BUCAL

OBJETIVOS

O.1.25.a - Garantir acesso universal, equidade e integralidade ao atendimento em saúde bucal estabelecendo uma política de atenção em saúde bucal, em consonância com as diretrizes política nacional de saúde bucal, que defina a atenção primária como porta de entrada integrada aos demais pontos da rede de atenção à saúde bucal e às demais redes de saúde, direcionando a organização e gestão dos pontos de atenção e seu papel assistencial.

METAS

M.1.25. a – Ampliar a cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

M1.25.b – Manter em funcionamento e investir no fortalecimento dos 19 hospitais de referência para o serviço de assistência odontológica sob sedação ou anestesia geral visando melhoria da qualidade da assistência hospitalar para as pessoas com deficiência, e para o trauma de face.

M.1.25.g – Ampliar a oferta e a utilização dos Centros de Especialidades Odontológicas, assim como fomentar a melhoria da qualidade da atenção especializada em saúde bucal.

M.1.25.h – Ampliar a oferta dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária por meio da regionalização.

M.1.25.i – Manter 2 Hospitais para serviço de assistência à deformidade crâniofacial até 2019.

M.1.25.j – Criar estratégias para a organização e gestão do processo de trabalho das equipes que atuam na atenção especializada em saúde bucal por meio da educação permanente.

INDICADOR⁵²

I.1.25.a – Percentual de Cobertura populacional de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

I.1.25.b – Indicador de endodontia

I.1.25.c – Indicador de endodontia em dentes posteriores

I.1.25.d – Indicador de periodontia especializada

I.1.25.e – Indicador de atendimento às pessoas com deficiência/necessidades especiais

DOENÇAS CRÔNICAS

OBJETIVO

O.1.26.a – Desenvolver, avaliar e monitorar políticas de doenças crônicas nas áreas de: cardiologia, neurologia, ortopedia, nefrologia, oncologia, doenças raras, transplantes, obesidade e processo transexualizador. A atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede e cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado.

METAS

M.1.26 .a – Estabelecer a rede de assistência aos portadores de doença crônica nas áreas de oncologia, cardiologia, doenças raras e obesidade;

M.1.26.b – Subsidiar os municípios no planejamento e desenvolvimento de ações para implantação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, na perspectiva de habilitações de serviços por parte do Ministério da Saúde.

⁵² Os indicadores dos Centros de Especialidades Odontológicas são apurados quadrimestralmente. Os resultados são apresentados na forma de média quadrimestral: (quantidade apresentada mês 1 + quantidade apresentada mês 2 + quantidade apresentada mês 3 + quantidade apresentada mês 4)/4.

FORTELECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

OBJETIVOS

O.2.3.a - Fomentar o controle social e a participação social nas políticas públicas de saúde em Minas Gerais, fortalecendo os Conselhos e Colegiados Regionais de Saúde.

O.2.3.b - Mobilizar a sociedade civil a partir de canais de comunicação permanentes e inclusivos que possibilitem a transparência das ações realizadas pelo Governo do Estado, valorizando e estimulando a participação e o Controle Social nos fóruns de discussão sobre as políticas do SUS.

O.2.3.c - Fortalecer o controle social, autônomo e democrático, por meio do apoio à criação e efetivação dos Conselhos Municipais, regionais, Estadual e Nacional de Saúde, levando em consideração as especificidades locais, das comunidades rurais, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de geraizeiros, fomentando a sua participação na defesa da cidadania.

O.2.3.d - Realizar plenárias regionais de Conselhos de Saúde dentro do Estado de Minas Gerais para que debatam os problemas vivenciados e para que haja maior integração dos conselhos.

O.2.3.e - Garantir a estrutura física, apoio logístico, recursos humanos e financiamento adequado para que o Conselho Estadual de Saúde possa exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei.

O.2.3.f - Promover a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS, conforme Resolução nº 363/2006 do Conselho Nacional de Saúde, de forma regionalizada e descentralizada para conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares, considerando as realidades locais e regionais.

O.2.3.g - Apoiar constantemente o fortalecimento da Ouvidoria da Saúde de forma a garantir a melhoria da qualidade do funcionamento e organização dos serviços de saúde, a transparência e controle social da administração pública e do sistema estadual de saúde.

METAS

M.2.3.a – Apoiar os 853 conselhos municipais de saúde.

M.2.3.b – Manter os canais de comunicação do Conselho Estadual, como informativos, sites e redes sociais, responsivos, abertos e atualizados, com dados de prestação de contas e ações realizadas.

M.2.3.c – Criar e divulgar material informativo sobre a importância do controle social e dos conselhos de saúde

M.2.3.d – Estabelecer parcerias intersetoriais com o intuito de legitimar os conselhos como espaço de gestão participativa.

M.2.3.e – Garantia de local com infraestrutura adequada para as reuniões.

M.2.3.f – Garantir assessoria técnica para cumprimento das atribuições do Conselho Estadual de Saúde.

M.2.3.g - Garantir participação e deslocamento de conselheiros para reuniões ordinárias e extraordinárias, plenárias, fóruns e conferências de Saúde, devidamente regulamentadas.

M.2.3.h – Implantação e implementação dos Colegiados Regionais de Conselhos de Saúde em 100% das regiões do Estado.

M.2.3.i – Implementar o Sistema Estadual de Ouvidoria.

M.2.3.j – Implementar ouvidorias nas 28 unidades regionais do Estado, bem como nas unidades vinculadas (FUNED, HEMOMINAS) e nas 21 unidades da rede FHEMIG.

M.2.3.k – Ampliar, a partir de 2017, as estruturas das ouvidorias já existentes nas unidades vinculadas.

M.2.3.l – Estimular a implementação de ouvidorias em municípios com mais de 30 mil habitantes, que tenham serviços de referência.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

OBJETIVOS

O.2.4.a - Promover a Política de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social, por meio da articulação, do desenvolvimento e da oferta de ações educacionais para conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares, considerando as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS.

O.3.1.a Contribuir para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde por meio da articulação, do desenvolvimento e da oferta de ações educacionais e da produção de conhecimento, qualificando a produção do cuidado, a educação, a gestão e o controle social, junto a trabalhadores, gestores e outros atores implicados com o SUS.

O.3.1.b - Promover a educação permanente dos profissionais da atenção primária em saúde com ênfase no aperfeiçoamento das práticas clínicas e aprimoramento do processo de trabalho em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção no SUS.

O.3.1.c - Promover a regionalização da educação permanente em saúde no Estado, por meio do estímulo à articulação e à implementação de espaços regionais de governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando a qualificação da produção do cuidado, a educação, a gestão e o controle social.

O.6.1.a - Construir e disseminar conhecimento científico e tecnológico em saúde, por meio do desenvolvimento de pesquisas relacionadas às áreas de educação e saúde visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais.

METAS

M.2.4.a – Ter aproximadamente 1700 alunos⁵³ contemplados com ações de qualificação de conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares ofertadas pela ESP-MG até 2019.

⁵³ O número foi baseado na capacidade histórica, operativa e financeira da ESP, juntamente com as demandas levantadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

M.3.1.a Ter aproximadamente 12.000⁵⁴ alunos contemplados com ações educacionais para qualificação de trabalhadores e gestores do SUS ofertadas pela ESP-MG, até 2019, priorizando a formação de profissionais com vínculos efetivos no SUS, e contemplando o uso de estratégias de educação à distância, exceto nos caso de formação de profissionais auxiliares das áreas de saúde pública;

M.3.1.b - Ter 320 Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP) em funcionamento até 2019;

M.3.1.c - Ter 100% de regiões ampliadas de saúde com espaços regionais de governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde implementados e/ou em implementação até 2019.

M.6.1.a - Ter aproximadamente 32 produtos¹⁶ gerados por atividades de pesquisa da ESP-MG.

INDICADORES

I.3.1.a - Índice de satisfação dos alunos

I.6.1.a - Percentual de produtos decorrentes do desenvolvimento de pesquisas realizadas pela ESP-MG

GESTÃO DE PESSOAS

OBJETIVO

O.3.3.a - Promover a valorização do trabalhador e da trabalhadora da saúde e do seu trabalho, por meio de dispositivos como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente, fóruns de gestão participativa nas instituições de trabalho, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

O.3.3.b - Apoiar tecnicamente a organização das Comissões de Gestão Participativa, a fim de fortalecer os espaços coletivos locais e regionais, com a participação efetiva dos trabalhadores no projeto ético-político da saúde para Minas Gerais.

O.3.3.c - Apoiar tecnicamente a implantação da Gestão participativa na Secretaria de Estado da Saúde, na Fundação Ezequiel Dias (FUNED), na Fundação Hospitalar do Estado (FHEMIG), na Fundação HEMOMINAS e na Escola de Saúde Pública (ESP/MG), no âmbito das instituições.

O.3.3.d - Promover esforços junto a SEPLAG a fim de prorrogar o concurso SES/MG 2014, garantindo a extensão do prazo de validade e a possibilidade de efetuar as nomeações em conformidade com a lei.

O.3.3.e - Apoiar o fortalecimento da política estadual de educação permanente em saúde, através da Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES, partir da expansão de espaços de proposição solidária e cooperativa de estratégias de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS.

⁵⁴ O número foi baseado na capacidade histórica, operativa e financeira da ESP, juntamente com as demandas levantadas pela gestão estadual da SES/MG.

METAS

M.3.3.a - Realização de 28 Seminários regionais e 1 seminário estadual para estímulo à organização de Mesas Permanentes de Negociação do SUS em municípios e regiões;

M.3.3.b - Revisão do plano das carreiras do Grupo de Atividades da Saúde e viabilização de concurso para provimento da carreira de Auditor Assistencial do Sistema Único de Saúde – AASUS;

*A revisão do plano das carreiras bem como a viabilização do concurso dependem da superação das restrições legais impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

M.3.3.c - Apoiar a criação, no âmbito do Sistema Estadual de Saúde, o Grupo Condutor de Gestão Participativa (GCGP), por meio da publicação de ato normativo;

M.3.3.d - Apoiar tecnicamente Municípios na promoção de espaços regionais no estímulo à integração ensino serviço.

PAPEL DO ESTADO

OBJETIVOS

O.4.3.a - Reafirmar a saúde como direito universal, integral e dever do Estado, investir no mínimo 12% dos recursos diretamente arrecadados e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos com financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde.

O.4.3.b - Buscar a adequação do financiamento tripartite para as ações e serviços de saúde, buscando o reequilíbrio entre estas ações e o aumento da participação do Estado;

O.4.3.c – Fortalecer e ampliar mecanismos de comunicação das políticas e diretrizes do SUS em Minas Gerais, contemplando todas as suas áreas, possibilitando à população conhecimento acerca das estratégias de promoção e prevenção, formas de acesso às políticas e campanhas de saúde promovidas.

FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – HEMOMINAS

OBJETIVOS

O.5.1.a - Atender à demanda de sangue e hemocomponentes para os pacientes da Rede Pública e contratualizada ao SUS.

O.5.1.b - Realizar 100% dos exames de Histocompatibilidade (HLA) para o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) em Minas Gerais, definidos em portaria específica da SES para a Fundação Hemominas (Portaria nº 844, de 2 de maio de 2012 que estabelece a manutenção regulada do número de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME).

O.5.1.c - Implantar e implementar os bancos de células e tecidos previstos para o Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio), com o objetivo de fornecer materiais biológicos seguros e de alta qualidade técnica para a realização de procedimentos de média e alta complexidade como implantes e transplantes, nas áreas Hematologia e Hemoterapia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Ortopedia e Odontologia.

O.7.2.a - Incrementar o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação científica e tecnológica com a formação de recursos humanos qualificados e a inovação de produtos, processos e serviços nas áreas da hematologia e hemoterapia, células e tecidos por meio da criação e consolidação da Fundação Hemominas como Instituição Científica e Tecnológica – ICT.

O.7.2.b - Introduzir a gestão de tecnologias em saúde. Trabalhar junto com a SES as ferramentas da gestão baseada em evidências, interagindo com as áreas de estudo na instituição para conhecimento de resultados de pesquisas e/ou indução de pesquisas estratégicas para a instituição e o Estado.

METAS

M.5.1.a - Implantar 5 unidades de coleta em Minas Gerais (Barbacena, Varginha, Ipatinga, Teófilo Otoni e Alfenas).

M.5.1.b - Ampliar a atuação dos bancos do Cetebio em funcionamento e realizar a implantação e implementação dos outros bancos de células e tecidos previstos no Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais / Cetebio, incluindo:

- Consolidação das atividades do Banco de Medula Óssea, já em funcionamento, ampliando e aprimorando os procedimentos de coleta e criopreservação de células progenitoras hematopoéticas para utilização em transplante de medula óssea autólogo e alogênico, assim como dos exames necessários para a sua realização;
- Início das atividades do Banco Público de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, uma das fontes de células progenitoras hematopoéticas para utilização em transplante de medula alogênico;
- Implantação do Banco de Pele, destinado a fornecer tecidos para o tratamento de pacientes com queimaduras graves;
- Implantação do Banco de Membrana Amniótica, destinado a fornecer tecidos para o tratamento de pacientes com queimaduras graves e algumas patologias oftalmológicas;
- Implantação do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos, destinado a fornecer tecidos para o tratamento de pacientes nas áreas de Ortopedia e Odontologia;

M.7.2.a - Implantação do Laboratório de Diagnóstico Molecular para prestação de serviços de testes moleculares em Hematologia e Hemoterapia.

M.7.2.b - Implantação do Biobanco, banco de amostras de doadores e pacientes, com fins de desenvolvimento de pesquisas e validação de testes diagnósticos.

M.7.2.c - Criação do nível de doutorado na carreira de Analista em Hematologia e Hemoterapia (ANHH) e de Médicos.

M.7.2.d - Adequar a infraestrutura de pesquisa, planejando a modernização da infraestrutura física e de equipamentos para desenvolvimento de pesquisas, a partir de demanda levantada pelos líderes das áreas internas da Fundação Hemominas.

INDICADORES

I.5.1.a - **Percentual de Transfusões SUS realizadas pela Fundação HEMOMINAS**

I.5.1.b - Atendimento à demanda ambulatorial (teste do pezinho)

I.5.1.c - Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Hemácias Solicitadas pelos Serviços de Saúde Contratantes e Ambulatórios da FH.

I.5.1.d - Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Plaquetas Solicitadas pelos Serviços Contratantes e Ambulatórios da FH.

I.5.1.e - Taxa de Eficácia Transfusional de Transusão de Bolsas de Crioprecipitado em Estabelecimentos de Saúde Contratantes à Fundação Hemominas.

I.5.1.f - Taxa de Eficácia Transfusional de Transusão de Bolsas de Plasma Fresco Congelado (PFC) em Estabelecimentos de Saúde Contratantes à Fundação Hemominas.

I.5.1.g - Percentual de testes de HLA realizados para o REDOME⁵⁵

I.5.1.h Unidades de Produtos Médicos de Origem Humana disponibilizadas (bolsas de células progenitoras hematopoéticas).

I.7.2.a - Percentual de execução das ações/metasp criadas para consolidar a Fundação Hemominas como Instituição Científica e Tecnológica – ICT.

GOVERNANÇA REGIONAL

OBJETIVOS

O.5.2.a - Aperfeiçoar o modelo de Governança Regional do SUS em Minas Gerais, de forma a articular os atores e as territorialidades adotadas pelo SUS, reconhecendo as instâncias regionais de pactuação (CIR e CIRA), as Unidades Regionais de Saúde (SRS e GRS) e o controle social, por meio dos conselhos municipais de saúde/colegiados de conselhos regionais, como fundamentais ao processo de consolidação das redes de atenção à saúde e fortalecendo os canais de comunicação permanentes e eficientes entre os atores sociais do SUS, a exemplo dos fóruns regionais e municipais de saúde.

O.5.2.b - Definir e/ou fortalecer os fóruns e instâncias de Governança Regional em saúde, fundamentalmente as Comissões Intergestores, garantindo a sua reestruturação e qualificação.

O.5.2.c - Fortalecer o papel das unidades regionais de saúde (Gerências e Superintendências) e redefinir seus processos de trabalho, de forma a tornar suas ações mais estratégicas, com participação na formulação das políticas. Contemplar as dimensões da participação social, sustentabilidade nas propostas

⁵⁵ A Portaria nº 844, de 2 de maio de 2012 que regulamenta o número de cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). Em Minas Gerais este número está limitado em 30.800 coletas por ano.

O laboratório de HLA da Fundação Hemominas foi credenciado em dezembro de 2013 e em negociação com Secretária do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e optamos por limitar o número de exames em 30% do total. Desta forma permitiríamos uma curva de crescimento com foco na qualidade e incorporação dos conhecimentos, uma vez que todo o conhecimento científico e tecnológico teria que ser assumido pela Fundação Hemominas. Os exames de Histocompatibilidade (HLA) são extremamente complexos e é fundamental que o corpo técnico esteja devidamente capacitado evitando erros e falhas nos procedimentos que podem comprometer os pacientes que necessitem de transplantes.

Atualmente o laboratório de HLA da Fundação Hemominas possui conhecimento técnico e processual para realizar 100% dos exames de Minas Gerais, mas não possui equipe em número suficiente para realização dos exames. É também importante ressaltar também que, a definição de quais laboratórios no interior farão os exames de HLA perpassa pelas estratégias da SES-MG para o Sistema Estadual de Transplante. Os exames realizados no laboratório de HLA têm que ser realizados em regime de plantão 24x7 de forma emergencial.

de organização de serviços de saúde nos diversos territórios e a de desenvolvimento de pessoas.

O.5.2.d - Apoiar os municípios no processo de planejamento e gestão do SUS para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas no cidadão e em consonância com as especificidades regionais, com transparência e participação social – conselhos municipais de saúde/ colegiado regional de conselhos de saúde, de forma articulada com o Conselho Estadual de Saúde, Colegiados e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde.

O.5.2.e - Instituir e aperfeiçoar as formas de funcionamento e coordenação dos Consórcios Públicos de Direito Público e sua relação com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), alinhando as ações e investimentos realizados nessas associações com os objetivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

METAS

M.5.2.a - Monitorar 100% das demandas de saúde provenientes dos fóruns regionais.

M.5.2.b - Realizar diagnóstico anual do Regimento Interno da CIB para avaliação e eventuais adequações.

M.5.2.c - Atualizar o diagnóstico da unidade regional de saúde com vistas a melhorias de sua estrutura para o atendimento à demanda dos municípios e demais atores do SUS, a partir de visitas as unidades regionais.

M.5.2.d - Revisar resolução que define a organização dos processos de trabalho das unidades regionais de saúde, tendo em vista as novas diretrizes e novas dimensões do trabalho a ser desenvolvido, com participação e alinhamento de propostas entre nível central e regional.

M.5.2.e - Dar continuidade ao processo de capacitação dos gestores municipais no que se refere a importância do controle social no SUS, a gestão financeira e orçamentária do SUS e aos instrumentos de planejamento do SUS;

M.5.2.f - Dar continuidade ao processo de capacitação do controle social no que se refere a importância do controle social no SUS, a gestão financeira e orçamentária do SUS e aos instrumentos de planejamento do SUS;

M.5.2.g - Apoiar o funcionamento e a atuação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e do controle social;

M.5.2.h - Conciliar a abrangência territorial dos CIS (Consórcios Intermunicipais de Saúde) com os territórios definidos no PDR/MG.

M.5.2.i - Promover processos de capacitação e qualificação para os colaboradores dos Consórcios Públicos de Direito Público parceiros da SES/MG, de modo a viabilizar a profissionalização e aperfeiçoamento dos mesmos.

M.5.2.j - Regularizar a situação dos CIS em relação aos procedimentos previstos no Sistema de Regulação do SUS.

M.5.2.k - Ampliar a quantidade de CIS habilitados para estabelecer parcerias com a SES/MG, conforme critérios da resolução 5.173/2016, adequando os consórcios à respectiva normativa.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS

O.7.3.a - Garantir e ampliar a conectividade para atender os serviços de registro eletrônico em Saúde e os serviços assistenciais a distância priorizando os municípios que apresentam dificuldade na implantação deste serviço;

O.7.3.b - Monitorar e expandir o serviço do Tele Minas Saúde, atendendo aos municípios para realização de teleconsultoria para 100% das equipes da Atenção Primária e o suporte assistencial e ampliação da emissão de laudo à distância nas UTI neonatais, urgência e Centros de Especialidades.

O.7.3.c - Implantar e integrar o sistema de registro eletrônico em saúde com proposta de interface com os municípios que possuem sistemas próprios ou e-SUS;

O.7.3.d - Implantar o Barramento de Registro Eletrônico em Saúde (B-RES) visando fortalecer as ações de integração da informação, de apoio à decisão e de continuidade do cuidado;

O.7.3.e - Desenvolver a ferramenta de Business Intelligence (BI) a partir dos dados da B-RES e outros sistemas de informação e disponibilizar ferramenta de BI para os diversos perfis de usuários;

O.7.3.f - Estruturar a sala de apoio e gestão estratégica;

O.7.3.g - Qualificar as informações coletadas e criar uma padronização de forma e conceitos para disponibilização de informações procurando facilitar a análise e o uso por todos que a acessarem.

METAS

M.7.3.a - Ter 60 Unidades Básicas utilizando o prontuário eletrônico de sistema próprio com envio de dados B-RES até 2019;

M.7.4.b - Ter 2500 Unidades básicas utilizando o prontuário eletrônico e-Sus até 2019;

M.7.3.c - Levantar necessidade de 2500 unidades com serviço de conectividade até 2019;

M.7.3.d – 12 sistemas com interoperabilidade para o B-RES até 2019.

INDICADORES

I.7.3.a - Implantar teleconsultoria em 100% das equipes da Atenção Primária até 2019;

I.7.3.b - Contemplar 100% dos municípios com serviço de telediagnóstico de acordo com parâmetros estabelecidos em CIB, por meio da Resolução SES/MG nº 5.058, de 09 de dezembro de 2015;

DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

OBJETIVOS

O.7.6.a - Fomentar a produção de evidências em saúde conforme necessidade de saúde da população adstrita, visando subsidiar tomadas de decisão em saúde no Estado.

METAS

M.7.6.a – Financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população mineira.

M.7.6.b – Promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais.

CAPITULO 7 – PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Constituição Federal, em seu artigo 165, determina que o processo de planejamento governamental seja efetivado por meio de três instrumentos:

- Plano Plurianual de Ação (PPA);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Lei Orçamentária Anual (LOA).

Por sua vez, a Constituição Mineira incluiu nesse processo a elaboração do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) e denominou o PPA estadual mineiro de Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG).

PMDI	PPAG Quadrienal	LDO Anual	LOA Anual
<p>Tem como objetivo estabelecer diretrizes de longo prazo para nortear os demais instrumentos PPAG, LDO e LOA. No Período 2016-2027: Aglutina e organiza as estratégias, programas e ações desdobradas em cinco eixos: 1. Desenvolvimento Produtivo, Científico e Tecnológico 2. Infraestrutura e Logística 3. Saúde e Proteção Social 4. Segurança Pública 5. Educação e Cultura. Cada eixo incorpora, em suas linhas de atuação estratégica, cinco dimensões fundamentais a serem necessariamente observadas na formulação das políticas públicas derivadas deste PMDI: 1. Participação 2.</p>	<p>Norteados pelas diretrizes do PMDI, estabelece o programa de trabalho que será efetivado para que os objetivos almejados pelo PMDI sejam alcançados. Neste processo de trabalho estão detalhados os programas com seus respectivos projetos e processos estratégicos que serão implementados. Deve ser elaborado pelo Poder Executivo e encaminhado à Assembleia Legislativa para aprovação até o dia 30 de setembro do segundo ano de mandato do governo. É revisado e avaliado anualmente.</p>	<p>Segue as orientações do PPAG sendo um elo entre este e a LOA. Cabe a LDO traçar as diretrizes para a elaboração da LOA, assegurar o equilíbrio fiscal das contas públicas, dispor sobre alteração na legislação tributária e estabelecer a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Na LDO estão expressos também os resultados fiscais de médio prazo para a administração pública e, para o período de vigência da LOA, quais programas e ações do PPAG terão prioridade. Deve ser enviada para a Assembleia Legislativa pelo Poder Executivo até o dia 15 de maio de cada ano.</p>	<p>Conhecida também como Lei de Meios tem a função de especificar os recursos que irão financiar o programa de trabalho definido no PPAG. A LOA corresponde ao programa de trabalho anual do governo. Para tanto, ela detalha os valores da despesa, bem como estima os valores da receita, que darão suporte à execução dos programas de governo. Deve ser enviada para a Assembleia Legislativa pelo Poder Executivo até o dia 30 de setembro de cada ano junto com a revisão do PPAG.</p>

Desenvolvimento de Pessoas	3.		
Sustentabilidade Fiscal	4. Modelo de Gestão		
Sustentabilidade Territorial	5.		

Identifica-se que os instrumentos de planejamento do governo, PPAG, LDO e LOA são interligados e compatíveis entre si devendo ser elaborados de forma articulada concebendo o chamado ciclo orçamentário. Para compreender esse ciclo, observe a figura abaixo:



O planejamento da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES-MG) se materializa com a elaboração do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde.



Plano de Saúde - Quadrienal

- Intenções e os resultados, na forma de objetivos, diretrizes e metas, a serem buscados no período de 4 anos. Deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde e a base para o monitoramento, avaliação e gestão do SUS.

Programação Anual de Saúde - Anual

- Conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da melhoria da gestão do SUS.

- Instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano e detalha ações, metas e recursos financeiros para o período de um ano.

Por fim, da mesma forma que os instrumentos de planejamento do governo, (PPAG, LDO e LOA) os instrumentos de planejamento do SUS são interligados e compatíveis entre si. Toda a estratégia traçada a longo prazo no PES deve ser operacionalizada anualmente através da Programação Anual de Saúde, que tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Tendo sido realizado o planejamento das políticas, mapeadas as diretrizes e definidas as estratégias de execução e recursos orçamentários, é fundamental que se acompanhe a execução, visando a correção de possíveis falhas e adequações necessárias.

Nesse momento, se faz importante os instrumentos de monitoramento, sendo eles os relatórios detalhados do quadrimestre e os relatórios anuais. O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, ao Conselho Estadual de Saúde e à Casa Legislativa. A intenção do mesmo é permitir que sejam feitos ajustes tempestivos, ainda dentro do exercício.

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. É nele que consta as metas da PAS previstas e executadas, bem como a análise da execução orçamentária e, conseqüentemente, possíveis sinalizações de ajuste para adequações ao PES.

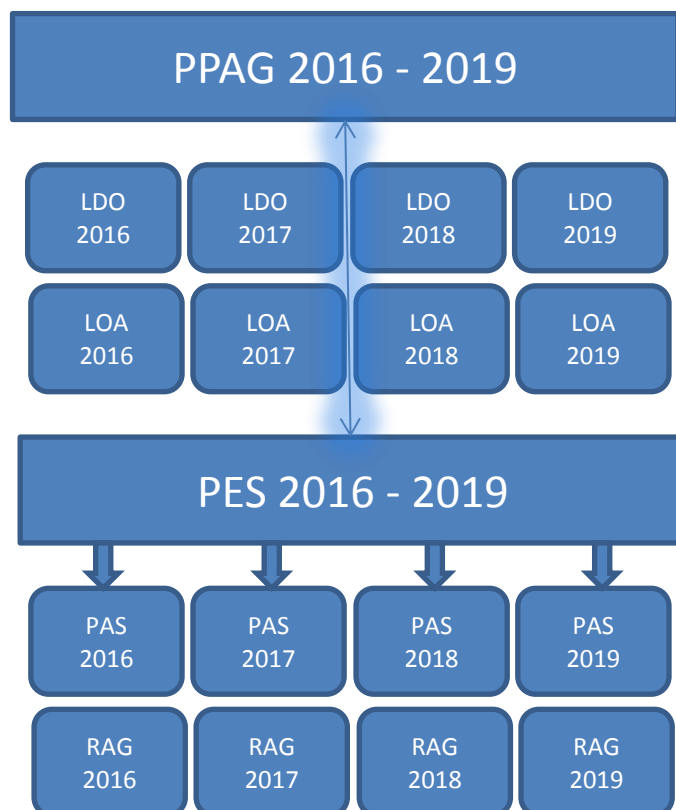
Do ponto de vista da avaliação, tem-se o monitoramento dos indicadores propostos no PES, cujos resultados devem também ser explicitados no RAG. A apuração dos indicadores, bem como análise do cumprimento das metas, demonstra como está o desempenho das políticas de saúde, fornecendo subsídios para que o gestor tome medidas para efetuar mudanças que aprimorem os resultados, e para que o Conselho Estadual de Saúde proponha intervenções para a condução adequada das políticas.

A lógica, portanto, do processo de monitoramento e avaliação das diretrizes, objetivos e metas propostos no PES, segue descrito abaixo.



ANEXO 1 - Correspondência das áreas temáticas do PES com os Programas e Ações (em 2016) no PPAG – Recursos financeiros

Percebe-se uma estrita relação entre os instrumentos orçamentários de governo e de saúde. Dessa forma, o PPAG deve garantir os subsídios orçamentários para a efetivação das diretrizes aprovadas no Plano Estadual. Nesse sentido, segue em seguida uma correlação entre as temáticas abordadas no PES e os programas e ações presentes na atual estrutura do PPAG que garantirão recursos para que os objetivos e metas propostos sejam alcançados.



É importante ressaltar que o orçamento previsto para cada uma das seguintes ações é revisado anualmente, e é detalhado na Programação Anual de Saúde.

BLOCO DE FINANCIAMENTO	TEMÁTICA ABORDADA NO PES	PROGRAMA	AÇÃO ORÇAMENTÁRIA
Atenção Primária	Saúde Indígena	0192 - Atenção Primária à Saúde	4015 - Atenção à saúde das comunidades indígenas e quilombolas
	Promoção da Saúde		4532 - Implementação da política estadual de promoção da saúde
	Políticas de Promoção e Equidade em Saúde		4527 - Fortalecimento da atenção primária à saúde
	Práticas Integrativas e Complementares		4531 - Apoio ao desenvolvimento da atenção primária integral e resolutiva
	Saúde Bucal		
	Saúde da Criança		
	Tabagismo		
	Saúde do Adolescente		
	Saúde do Homem		
	Saúde do Idoso		0180 - Gestão do Sistema Único de Saúde
	Atenção Primária		
	Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei	0103 - Execução Descentralizada e Autônoma das Ações e Serviços de Saúde	4697 - Desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da secretaria de estado de segurança pública
Saúde da Pessoa Privada de Liberdade		4272 - Desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da secretaria de administração prisional	

BLOCO DE FINANCIAMENTO	TEMÁTICA ABORDADA NO PES	PROGRAMA	AÇÃO ORÇAMENTÁRIA
Assistência Farmacêutica	Assistência Farmacêutica	0175 - Assistência Farmacêutica	4484 - Abastecimento de medicamentos básicos
			4496 - Fortalecimento da assistência farmacêutica
			4537 - Abastecimento de medicamentos especializados
	Fundação Ezequiel Dias	0103 - Execução Descentralizada e Autônoma das Ações e Serviços de Saúde	4283 - Desenvolvimento das ações da Fundação Ezequiel Dias
Média e Alta Complexidade	Atenção Hospitalar	0174 - Política Estadual de Atenção Hospitalar	4623 - Desenvolvimento da política de atenção hospitalar
		0103 - Execução Descentralizada e Autônoma das Ações e Serviços de Saúde	4277 - Desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da Unimontes
	Atenção à Pessoa com Deficiência	0179 - Redes de Atenção à Saúde	4485 - Apoio e fortalecimento da rede de cuidado à pessoa com deficiência
	Urgência e Emergência		4491 - Apoio e fortalecimento à rede de urgência e emergência
	Saúde da Mulher		4494 - Apoio e fortalecimento da rede cegonha
	Saúde Mental		4578 - Apoio e fortalecimento da rede de atenção psicossocial
	Atenção Especializada		4490 - Implantação e apoio à atenção especializada
	Doenças Crônicas		
	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	0103 - Execução Descentralizada e Autônoma das Ações e Serviços de	4245 - Desenvolvimento das ações da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

BLOCO DE FINANCIAMENTO	TEMÁTICA ABORDADA NO PES	PROGRAMA	AÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
	Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia de Minas Gerais	Saúde	4301 - Desenvolvimento das ações da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais	
	Regulação em Saúde	0183 - Regulação	4492 - Gestão dos recursos financeiros e dos instrumentos de macro regulação da atenção ambulatorial e hospitalar	
Gestão do SUS	Desenvolvimento Científico e Tecnológico	0103 - Execução Descentralizada e Autônoma das Ações e Serviços de Saúde	4432 - Desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da Fundação de Amparo e Pesquisa - FAPEMIG	
	Escola de Saúde Pública		4304 - Desenvolvimento das ações da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	
	Fortalecimento do Controle Social	0180 - Gestão do Sistema Único de Saúde	4503 - Promoção e fortalecimento da participação do controle social na área da saúde	
	Gestão de Pessoas		4506 - Implementação da política de educação na saúde e valorização dos trabalhadores	
	Governança Regional		4486 - Apoio e fortalecimento do processo de regionalização da saúde	
			4497 - Fortalecimento da articulação intergestores de saúde do SUS/MG	
	Informação em Saúde		4699 - Implantação de sistema integrado de informações em saúde	
			0701 - Apoio à Administração Pública	2103 - Ações de tecnologia da informação para a saúde
	Papel do Estado/Transporte em Saúde		0183 - Regulação	4487 - Gestão das centrais e dos sistemas de regulação assistencial
			0701 - Apoio à Administração Pública	2001 - Direção superior
		2002 - Planejamento, gestão e finanças (TFD)		

BLOCO DE FINANCIAMENTO	TEMÁTICA ABORDADA NO PES	PROGRAMA	AÇÃO ORÇAMENTÁRIA
Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde	0173 - Vigilância em Saúde	4464 - Emergências em saúde pública
			4470 - Vigilância em saúde do trabalhador
			4471 - Vigilância epidemiológica e ambiental
			4472 - Vigilância sanitária
			4500 - Programa estadual da vigilância em saúde
			4536 - Prevenção e tratamento das DST/AIDS e hepatites virais
			4553 - Programa estadual de vigilância e controle de doenças transmitidas pelo aedes
Remuneração	Gestão de Pessoas	0701 - Apoio à Administração Pública	2417 - Remuneração de pessoal ativo e encargos sociais
Investimento	Atenção Hospitalar	0174 - Política Estadual de Atenção Hospitalar	1151 - Implantação de hospitais regionais
		0103 - Execução Descentralizada e Autônoma das Ações e Serviços de Saúde	4637 - Desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da SETOP/DEER

* Esta ação também engloba a temática de transporte em saúde, pois a aquisição de veículos tanto para a Atenção Primária e Atenção Secundária é executada na mesma.