



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2008-2011

Governador de Estado

Aécio Neves da Cunha

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário Adjunto

Antônio Jorge de Souza Marques

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretária de Inovação e Logística em Saúde

Jomara Alves da Silva

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Dr. Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães

“Pensar a ação é uma tarefa permanente que não existe sem a ação, mas não se mistura com ela”. (FERREIRA, 1981)



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
1 Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG	12
2 A Secretaria de Estado de Saúde	14
3 Conselho Estadual de Saúde – Controle social no SUS	15
4 HEMOMINAS	18
5 FUNED	18
6 FHEMIG	19
7 ESP - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais	20
8 A Comissão Intergestores Bipartite (CIB-MG)	20
9 O Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais – COSEMS/MG	21
O PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO E OS RESULTADOS ESPERADOS	23
ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS	31
1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	32
1.1 POPULAÇÃO	32
1.1.1 A distribuição geográfica	34
1.1.2 A razão de sexos	34
1.1.3 A estrutura etária	34
1.1.4 Razão de envelhecimento	35
1.2 EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER	37
1.3 FECUNDIDADE TOTAL	38
1.4 NATALIDADE	39
2 PERFIS DE MORBIMORTALIDADE	40
2.1 Mortalidade Infantil	40
2.1.1 A mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal	41
2.1.2 Mortalidade infantil nas macrorregiões de saúde	42

2.1.3 Principais Grupos de Causas de Mortalidade Infantil.....	44
2.1.4 Mortalidade infantil segundo o sexo	49
2.1.5 Distribuição da mortalidade infantil proporcional segundo sexo, causas e componentes.....	49
2.2 A Saúde da Criança.....	50
2.2.1 A gestação e sua duração	50
2.2.2 Prematuridade e idade da mãe	51
2.2.3 Prematuridade e tipo de parto	52
2.2.4 Nascimento.....	53
2.2.5 Peso ao nascer.....	53
2.3 A Saúde dos Adolescentes.....	60
2.3.1 A maternidade entre as adolescentes	60
2.3.2 Características dos nascidos vivos de mães adolescentes.....	61
2.3.4 A mortalidade entre os adolescentes.....	62
2.3.5 Internações hospitalares.....	63
2.4 O grupo etário de 20-39 anos	63
2.4.1 Mortalidade.....	63
2.4.2 Mortalidade nas macrorregiões de saúde	65
2.4.3 Internações hospitalares.....	65
2.5 A mortalidade no grupo etário de 40-59 anos	66
3. A rede de Estabelecimentos de Saúde em Minas Gerais.....	67
O PACTO PELA SAÚDE	75
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	81
1 PROJETOS ESTRUTURADORES.....	82
1.1 SAÚDE EM CASA.....	82
1.1.1 Diretriz	86
1.1.2 Objetivos Estratégicos.....	86
1.2 VIVA VIDA	87
1.2.1 Diretrizes.....	89
1.2.2 Objetivos Estratégicos.....	89
1.3 REGIONALIZAÇÃO/URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	90

1.3.1 Diretriz	92
1.3.2 PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA - PPI.....	92
1.3.3 TRANSPORTE EM SAÚDE	94
1.3.4 PRO-HOSP.....	96
1.3.5 SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE.....	105
1.3.6 REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	107
2 PROJETOS ASSOCIADOS	110
2.1 HIPERDIA.....	110
2.1.1 Diretriz	111
2.1.2 Objetivos Estratégicos	111
2.2 MAIS VIDA	110
2.2.1 Diretriz	114
2.2.2 Objetivos Estratégicos	114
2.3 FARMÁCIA DE MINAS.....	115
2.3.1 MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS	116
2.3.2 MEDICAMENTOS BÁSICOS	117
2.3.4 MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	119
3 OUTROS PROGRAMAS E INICIATIVAS	120
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE.....	120
3.1.1 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, MENTAL, BUCAL, DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA E DOS PORTADORES DE DST/HIV/AIDS	120
3.1.2 FORTALECIMENTO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	125
3.1.3 HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES	125
3.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	128
3.2.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	128
3.2.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL.....	131
3.3 INOVAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO.....	133
3.3.2 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE	134
3.3.3 GESTÃO DO TRABALHO	135
3.3.4 QUALIDADE DOS SERVIÇOS.....	137
3.3.5 QUALIDADE DO GASTO	138

3.3.6 DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO, TECNOLÓGICO E ECONOMIA DA SAÚDE	139
3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	141
3.4.1 DIRETRIZES PARA A POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	143
3.4.2 OBJETIVOS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	144
3.4.3 EIXOS NORTEADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	145
LISTAS	149
1 SIGLAS	149
2 FIGURAS	151
3 GRÁFICOS	151
4 QUADROS	153
5 TABELAS	154
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	157
ANEXOS	159
ANEXO 1 - ORÇAMENTO	159
ANEXO 2 - DE-PARA	160
ANEXO 3 - FUNCIONOGRAMA	162

“Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver”. Assim está definida a visão de futuro proposta pelo Governo Estadual conforme o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). O horizonte para que essa proposta se concretize é o ano de 2023, mas até lá existe um longo caminho a ser percorrido.

Conforme Chiavenato (1999), planejar é o início do processo administrativo.

“Inclui a definição dos objetivos organizacionais e a seleção das políticas, procedimentos e métodos desenhados para o alcance desses objetivos. Seu sucesso requer o reconhecimento do ambiente da organização, a estimulação da criatividade e o encorajamento de novas idéias e abordagens inovadoras aos desafios da administração [...] o planejamento consiste na tomada antecipada de decisões.”

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) compreende seus objetivos organizacionais ou sua missão como sendo: formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao executar sua missão, a SES/MG busca alcançar o desafio proposto por sua visão (alinhada com a visão do Governo Estadual), qual seja, ser uma instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública do Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor. Uma vez compreendida a missão e definida a visão de futuro da SES/MG, faz-se necessário compreender onde estamos, para que seja possível traçar o caminho a ser percorrido, definindo de maneira objetiva as estratégias. Essas estratégias, por sua vez, precisam ser materializadas em políticas concretas, que se expressam mediante objetivos, diretrizes e metas.

Esses objetivos, essas diretrizes e essas metas, a serem alcançados no período de quatro anos, são expressos no Plano Estadual de Saúde, fundamental para a consolidação do SUS. Os objetivos definem o que se deseja obter nesse período, e as diretrizes são formulações que indicam as linhas de atuação a serem seguidas e devem ser apresentadas sob a forma de um enunciado-síntese, seguido de uma breve contextualização, na qual se busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. A partir das diretrizes são apresentadas metas a serem atingidas nos próximos quatro anos. Outras ações e outros elementos para atingir os objetivos expressos no Plano devem ser explicitados na Programação Anual de Saúde.

Assim, em harmonia com o planejamento realizado pelo Governo Estadual e conforme os princípios legais do Sistema Único de Saúde, a SES/MG, por meio do Plano Estadual de Saúde, busca entregar resultados sólidos à sociedade, visando tornar Minas Gerais o Estado onde as pessoas vivem mais e melhor.

Nesse sentido, submete-se ao Conselho Estadual de Saúde – em conformidade com a legislação do SUS/MG – o Plano Estadual 2008-2011, buscando garantir a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social.

Ressalta-se que todo planejamento precisa levar em conta a sua factibilidade de execução. Portanto, o Plano Estadual de Saúde, além de considerar as ações e acordos com as outras esferas de gestão, buscou completo alinhamento com o instrumento de planejamento de médio prazo do governo: o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG). Nele encontram-se definidos os programas e ações da Administração Pública Estadual e sua respectiva previsão física e orçamentária.

O Plano Estadual de Saúde está estruturado em cinco capítulos. O primeiro traz uma abordagem sobre o Planejamento Estratégico do Governo Estadual, que norteia os objetivos a serem alcançados em longo e médio prazo. No segundo são apresentados aspectos referentes à análise da situação de saúde da população de Minas Gerais. No terceiro são expostos os elementos pactuados conforme o Pacto pela Saúde. Os objetivos, as diretrizes e as metas dos programas e projetos estabelecidos pelo Governo são apresentados no penúltimo capítulo. E, no último, tem-se uma breve apresentação das unidades vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde estão balizados pelos seguintes princípios e diretrizes constitucionais:

- saúde como direito de todos e dever do Estado (o que ampliou a obrigação do Estado);
- acesso igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- direção única em cada esfera de governo;
- integralidade da assistência, que assegure serviços preventivos e curativos e, nesses últimos, o acesso a todos os níveis de assistência e tipos de procedimentos;
- descentralização, reconhecendo a natureza local da maioria dos serviços de saúde e atribuindo, explicitamente, ao município a competência para a prestação de serviços de saúde com o apoio técnico e financeiro da União e do Estado;
- participação da comunidade, por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, nos quais metade de seus membros represente os usuários do SUS, e a outra metade, os provedores, públicos e privados.

Em Minas Gerais, diversos fatores influenciam a organização do Sistema Único de Saúde. Por exemplo, conforme a estimativa do Tribunal de Contas da União, em 2008, Minas Gerais tem população de 19.850.072 habitantes, distribuída em 853 municípios. Desses, 491, ou seja, 57,56%, têm menos de 10.000 habitantes. Adicionalmente, 184 municípios, entre 10.000 e 20.000 habitantes, 113 municípios, entre 20.000 e 50.000 habitantes, 39 municípios, entre 50.000 e 100.000 habitantes e apenas 26 municípios (3,05%) possuem mais de 100.000 habitantes. Ao todo, 8.400.028 habitantes (42,31% da população) estão distribuídos nesses 3,05% de municípios com mais de 100.000 habitantes.

Mas as diferenças não se limitam à distribuição da população. As desigualdades sociais podem ser percebidas facilmente, conforme comprovado por indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesse índice, que verifica a condição de vida da população a partir da ponderação entre longevidade, educação e renda, conforme a apuração de 2000, o município mineiro com maior IDH é Poços de Caldas, com 0,841, e o com menor é Setubinha, com 0,568 (quanto mais próximo de 1, melhor a qualidade de vida da população).

Em trabalho similar, porém com foco em indicadores de saúde, elaborado pela Fundação João Pinheiro, que mediu o Índice de Necessidade em Saúde, concluiu-se também a imensa diferença e desigualdade entre os municípios mineiros. Nesse índice (que vai de 1 a 2, sendo o mais próximo de 1 melhor ou com menor necessidade em saúde) os resultados obtidos foram bastante semelhantes, sendo Poços de Caldas o município com menor necessidade em saúde (igual a 1,00) e Setubinha o município com maior necessidade em saúde (igual a 2,00).

No período 2008-2011, tem-se como clara intenção a redução dessa desigualdade, através de investimentos que privilegiem a melhoria da qualidade dos serviços nas regiões com maior necessidade. Em diversos investimentos realizados pelo Governo Estadual, utiliza-se como critério para alocação de recursos uma ponderação entre o Índice de Necessidade em Saúde, citado acima, e o Índice de Porte Econômico, que considera as diferenças econômicas entre as regiões do Estado.

Um outro fator importante para a redução das desigualdades é o esforço em desenvolver uma aplicação ou utilização otimizada dos recursos do Sistema Único de Saúde. Com tantos municípios com baixa população, há que se considerar a importância no equilíbrio entre o acesso aos serviços e a escala. Afinal, é sabido que a baixa escala na utilização de serviços de saúde tende a gerar ineficiência e baixa qualidade.

Assim, em adição à proposta de descentralização citada como uma das diretrizes constitucionais para a organização do Sistema Único de Saúde, adota-se a regionalização da Assistência, que permite que os serviços estejam descentralizados, sem que percam a qualidade quando ofertados à população.

1 - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR/MG

O Plano Diretor de Regionalização visa organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais dentro dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e, posteriormente, de 2002. Isso é feito tendo em vista a qualidade do atendimento e ainda a melhor e mais adequada aplicação dos recursos financeiros.

Para realizar essa estruturação, o PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias. Tal agrupamento foi estabelecido em consenso com as três esferas de governo (municípios, Estado e União), com base em conceitos, critérios e metodologias próprias. A partir daí, estabeleceram-se referenciais para a organização dos serviços conforme a densidade tecnológica possível por nível e as necessidades em cada uma delas. Foi observada, ainda, a otimização dos recursos financeiros, de forma a atender a um maior número de pessoas, sem, no entanto, gerar desperdícios.

Elaborado no ano de 2000, o PDR passou por ajustes em 2003, visando se adequar aos novos princípios adotados, como economia de escala, acessibilidade viária e geográfica. O objetivo de todo esse plano é garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis, a

partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme sejam as ações e os serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade.

PDR 2003/2006
75 Microrregiões de saúde - MG

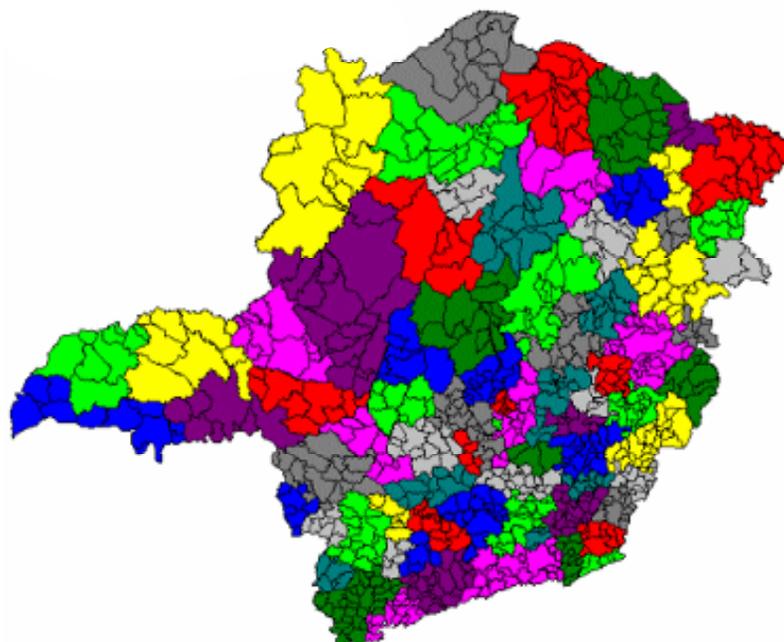


FIGURA 1 - Os principais responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

PDR 2003/2006
75 Macrorregiões de saúde - MG



FIGURA 2 - Os principais responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

2 - A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem avançado na compreensão do seu papel no Sistema Único de Saúde. Em muito, a Secretaria atual se difere da Secretaria do Interior do Estado de Minas Gerais, embrião na constituição de um sistema de saúde pública no Estado, fundada em 1891. Esse órgão era responsável, na época, pelas questões relacionadas à higiene e à saúde pública.

Em 1900, o sistema de saúde pública de Minas tem um ganho relevante: inaugura-se, na área hospitalar, a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Os anos seguintes foram marcados por novas conquistas do Estado na área de saúde, como, por exemplo, a fundação da Escola Livre em Odontologia, em 1907, da Escola de Medicina (que deu origem à atual Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais), em 1911, e da Maternidade Hilda Brandão, em 1916.

Em termos de criação de novos órgãos, houve, também, muitos progressos nas primeiras décadas do século XXI. Exemplo disso é a criação da Diretoria de Higiene, em 1910, instalada em Belo Horizonte. Subordinada à Secretaria do Interior, essa diretoria era composta por Repartição Central, Laboratório Químico de Análises, Serviço Geral de Desinfecção, Hospitais de Isolamento e Repartição de Estatística Demográfica-Sanitária.

No ano seguinte, ocorre a criação do Gabinete Médico-Legal, ligado à chefia de polícia que, no ano de 1935, por meio do Decreto 489, transforma-se no Departamento de Assistência Policial e Medicina Legal, constituído pelo Pronto-Socorro e pelo Instituto de Medicina Legal, separados a partir de 1964.

A Diretoria de Higiene compreendia sete inspetorias, relacionadas com o Centro de Estudo da Doença de Chagas, Malária, Lepra (Hanseníase) e Doenças Venéreas: Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Odontologia e Obstetrícia; Inspetoria dos Centros de Saúde, Profilaxia e Epidemiologia; Inspetoria de Engenharia Sanitária; Inspetoria de Demografia e Educação Sanitária; Inspetoria das Estâncias Hidrominerais e Laboratórios de Análises.

Já as três fundações vinculadas à Secretaria foram criadas em épocas diferentes. A Fundação Ezequiel Dias (Funed), a primeira delas, foi ativada em 1907, como filial do Instituto Manguinhos, do Rio de Janeiro. A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) instituiu-se, em 1977, como resultado de fusão de instituições hospitalares isoladas, voltadas para os cuidados de hanseníase, medicina de urgência e psiquiatria. Em 1989, desmembrando-se da Fhemig, foi criada a Fundação Hemominas, voltada para a execução da política do sangue no Estado.

Em 6 de setembro de 1930, no governo do presidente Antônio Carlos Ribeiro de Andrada, foi promulgada a lei 1.147, que criou a Secretaria de Educação e Saúde Pública. O então diretor de Higiene da Secretaria de Segurança e Assistência Pública, Eduardo Levindo Coelho, foi designado para ser o ocupante da nova pasta. Assim, ele ocupou a diretoria de saúde estadual de 7 de janeiro de 1930, quando a Diretoria de Higiene ainda pertencia à Secretaria de Segurança e Assistência Pública, até 29 de abril de 1931, já como titular da pasta na secretaria recém-criada.

Em 4 de junho de 1948, o governador Milton Campos sancionou a lei 152, que separou a educação da saúde. Surge, então, a Secretaria de Saúde e Assistência. O médico e professor José Baeta Viana é nomeado para ocupar a pasta, ficando no cargo de 23 de junho de 1948 até 30 de janeiro de 1951.

Desde então, diversos secretários se alternaram na gestão da Secretaria de Saúde. O atual secretário, Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva, está em seu segundo período de gestão, já que esteve no cargo entre 3 de janeiro de 2003 e 31 de março de 2006 e é secretário desde 1º de janeiro de 2007.

A estrutura orgânica atual da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pode ser observada na Lei Delegada nº 127, de 25 de janeiro de 2007 que atribui como finalidades da SES/MG: planejar, organizar, dirigir, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações setoriais a cargo do Estado relativas à prevenção, à preservação e à recuperação da saúde da população.

Para isso, a SES/MG conta com quatro assessorias que se vinculam diretamente ao Gabinete: a Assessoria de Comunicação Social, a Assessoria Jurídica, a Assessoria de Gestão Estratégica e a Assessoria de Gestão Regional. Também vinculada ao Gabinete encontra-se a Auditoria Setorial.

Além das assessorias, a SES/MG organiza-se em três subsecretarias que, por sua vez, se subdividem em oito superintendências. São elas: a Subsecretaria de Inovação e Logística, cujas superintendências são a de Gestão, a de Planejamento e Finanças e a de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde; a Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, com a Superintendência de Atenção à Saúde e a de Assistência Farmacêutica e de Regulação; e a Subsecretaria de Vigilância em Saúde, que engloba a Superintendência de Epidemiologia e a Superintendência de Vigilância Sanitária.

Em nível regional, atuam as Gerências Regionais de Saúde, que atualmente são 28 e estão localizadas nos seguintes municípios: Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, Januária, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Pedra Azul, Pirapora, Ponte Nova, Pouso Alegre, São João del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí e Varginha.

Integram ainda a área de competência da SES/MG, por vinculação, as seguintes fundações: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (HEMOMINAS); Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Por subordinação administrativa, a Escola de Saúde Pública (ESP) também faz parte da área de competência da SES.

3 - CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CONTROLE SOCIAL NO SUS

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, criado por meio do Decreto Estadual de nº 32.568 de 5 de Março de 1991 e alterado em sua composição pela Lei Delegada nº 105 de 29 de janeiro de 2003 e pelo Decreto 43.613 de 29 de setembro de 2003, tem

caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado e de relevância pública, composto por representantes do governo, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores em saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cumprimento à Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

A Constituição Federal de 1988 trouxe cidadania à população quando estabeleceu o direito de todos à saúde e o dever do Estado de cuidar para que isso fosse possível. Milhões de brasileiros, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, não tinham direito à assistência a sua saúde; somente quem tinha emprego formal ou quem podia pagar por serviços privados é que tinha acesso à saúde.

Aliás, já em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos já trazia em seu artigo 25º que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Os princípios norteadores da participação da sociedade na formulação, o acompanhamento e o controle das ações programáticas em políticas públicas no Brasil foram inscritos na Constituição Cidadã de 1988; a implementação de um novo arcabouço normativo lentamente adquiriu concretude a partir das leis orgânicas e das instruções normativas e operacionais, editadas no correr dos últimos anos.

Sair de um sistema centralizado, privatista e focado no conceito médico/hospitalocêntrico e excludente, que separava cidadãos por primeira e segunda categoria, por si só já é motivo de muito orgulho para nós brasileiros. A luta da sociedade, por intermédio da academia, de sindicatos, associações de moradores, políticos e outros, durante o período da ditadura, permitiu o conceito de reforma sanitária, em que a saúde passa ser um bem estar social e não somente a ausência de doença.

Foi na Conferência Nacional de Saúde de 1986 que se plantou a semente desse projeto grandioso, transformado num marco histórico no qual a saúde de todos e para todos é que deveria persistir neste País. E a Constituição Federal promulgada em 1988, garantiu isso, com a criação do Sistema Único de Saúde, com a Lei Federal 8.080/90 que regula em todo o País as ações de saúde e que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Num avanço fantástico e como marco regulatório veio também a Lei Federal 8.142/90, que trouxe a participação da comunidade na gestão do SUS, nascendo aí o controle social no SUS, organizado por meio dos Conselhos de Saúde, que têm em sua composição representantes dos segmentos dos gestores, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema.

A estruturação e a efetiva operacionalidade dos conselhos têm sido o grande desafio para a promoção de um controle social de fato. A rotatividade de gestores sem a mobilização afirmativa da sociedade civil em torno dos espaços de representação institucionalizados tem sido apontada como fator de empobrecimento da atuação dos conselhos de políticas públicas, de modo genérico e, em especial, na saúde.

Em conformidade com as disposições estabelecidas nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, foi criado o Conselho Estadual de Saúde (CES), que é instituído como instância colegiada máxima, deliberativa e de natureza permanente.

Com organização e atribuições legalmente definidas, o CES/MG, órgão colegiado, nos termos da lei e de seu regimento interno, tem como função deliberar sobre a Política Estadual de Saúde, sobre diretrizes a serem observadas para elaboração do Plano Estadual de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, além de acompanhar os aspectos financeiros e econômicos do SUS, dentre eles a Lei de Diretrizes Orçamentárias e acompanhar e controlar a implantação e operação do SUS/MG, bem como a sua prestação de contas.

O CES/MG, como um importante instrumento de controle social, no exercício das funções de fiscalização, regulação e gerenciamento das ações de saúde, precisa estar preparado e instrumentalizado, administrativa, operacional e econômico-financeiramente, para dar respostas necessárias às questões no âmbito do Sistema Único de Saúde, beneficiando a sociedade através da defesa, do fortalecimento e efetivação do sistema.

Encontros de diversos atores do controle social, promovidos pelo Conselho Estadual de Saúde, demonstram claramente a necessidade de permanente capacitação dos representantes da sociedade civil, que carecem de habilidades e informação qualificada para a prática do Controle Social no SUS. Reconhecida tal carência, o CES/MG, sem dúvida, tem se habilitado em discutir a política estadual de saúde, entendida aqui como política de Estado e não política de governo.

Com o amadurecimento da sua representação e o compromisso permanente das entidades que o compõe, o CES/MG tem obtido êxito na sua ação propriamente dita, além de colaborar na cobertura das demandas de capacitação, oriundas dos Conselhos Municipais de Saúde.

Internamente, no âmbito das atribuições que lhe são próprias, o CES/MG tem lutado pela destinação efetiva de recursos que são determinantes para a saúde, na forma prevista na Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC 29/00) e na resolução 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

Sem dúvidas, destacamos a luta pela Regulamentação da EC 29/2000, à fim de contabilizar como verbas orçamentárias da saúde apenas os gastos com serviços públicos de saúde, excluindo, pois, gastos com grupos específicos ou serviços fechados de saúde, mesmo no âmbito da administração estadual.

A capilarização das ações do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, na busca de uma aproximação com as muitas realidades do nosso cenário político administrativo e regional, e, por óbvio, com as diferentes demandas distribuídas na diversidade do nosso território, reforçou o papel e a importância da Conferência Estadual de Saúde, além de promover a CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE e a criação dos COLEGIADOS MICRORREGIONAIS DE CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, nas 75 microrregiões criadas com a implantação do PDR – Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O CES/MG se mantém firme na atuação política que lhe é destinada na busca efetiva e eficaz, na promoção e na construção de um processo amplo e coletivo de saúde em favor do povo de Minas Gerais.

4 - HEMOMINAS

No início da década de 1980 a hemoterapia praticada em Minas Gerais não diferia muito do restante do País. Em 1983/1984, um estudo realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais no interior do Estado mostrou uma situação dramática. Dos 613 municípios pesquisados, 269 realizavam a prática hemoterápica, mas apenas 121 deles realizavam triagem sorológica no sangue coletado.

O atendimento hemoterápico se caracterizava pela ausência de ações organizadas, normatizadas e padronizadas, pela precariedade da fiscalização e inexistência de pesquisas sistemáticas. O atendimento era prestado por bancos de sangue isolados, na sua quase totalidade explorados com fins lucrativos. O controle de qualidade, salvo raras exceções, era praticamente inexistente. A participação do setor público de saúde era ínfima e igualmente isolada, formada por banco de sangue em hospitais universitários e em alguns hospitais públicos.

A Hemominas foi implantada para organizar o sistema hemoterápico e hematológico do Estado. Inicialmente, suas atividades foram voltadas para a região metropolitana de Belo Horizonte, buscando atender à demanda transfusional de seus hospitais públicos e privados.

Criada, em 1985, como unidade da FHEMIG, a Hemominas emancipou-se como fundação em 1989 (Lei autorizativa nº 10.057, de 26 de dezembro de 1989), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (decretos n.º 31.023 de 23 de março de 1990 e 35.774 de agosto de 1994). Hoje, possui 23 unidades e poderá, nos próximos anos, chegar a 27 com a implantação de mais duas unidades hemoterápicas e o Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio).

A Fundação Hemominas possui hoje estrutura e gestão administrativa singulares. É pioneira no País no funcionamento em rede de unidades hemoterápicas (agências transfusionais, postos de coleta, núcleos regionais e hemocentros regionais), tornando a hemoterapia em Minas Gerais, do ponto de vista administrativo, diferente dos outros Estados da Federação, atendendo 87% das transfusões realizadas em Minas Gerais.

5 - FUNED

A Fundação Ezequiel Dias (Funed), foi criada em 1907, quando o cientista Oswaldo Cruz convidou Ezequiel Dias para fundar em Belo Horizonte uma filial do Instituto Manguinhos, hoje Fiocruz, do Rio de Janeiro.

O objetivo inicial era disseminar os conhecimentos científicos pelo País, desenvolvendo e ampliando pesquisas nas áreas de Ciências Biológicas e produção de soros e vacinas.

Ezequiel Dias dirigiu a filial até 1922, quando faleceu. No ano seguinte, o Instituto passou a se chamar Instituto Ezequiel Dias, em homenagem a seu fundador, e, em 1941, a sede foi transferida do prédio na Praça da Liberdade para a então chamada Fazenda Gameleira, onde funciona até hoje.

Em 1970, com a incorporação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, o instituto foi transformado em fundação e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

Atualmente, a Funed é uma das maiores instituições públicas de saúde, ciência e tecnologia do País.

6 - FHEMIG

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) é a maior rede de hospitais públicos da América do Sul. Criada em 1977, a FHEMIG mantém 20 unidades – nove situadas no interior e onze na capital – que assistem a população de Minas e de outros Estados, oferecendo serviços especializados de referência, em consonância com a Política Estadual de Saúde.

A FHEMIG constitui hoje uma rede de cinco complexos assistenciais: Urgência e Emergência, Especialidades, Saúde Mental, Hospitais Gerais e Recuperação e Cuidado ao Idoso, nas unidades destinadas anteriormente ao atendimento à hanseníase. As unidades assistenciais distribuem-se nos complexos da seguinte forma:

- Urgência e Emergência: Hospital João XXIII, Hospital Maria Amélia Lins, Setor Ortopédico do Hospital Galba Velloso, Centro Geral de Pediatria;
- Especialidades: Maternidade Odete Valadares, Hospital Eduardo de Menezes, Hospital Alberto Cavalcanti
- Saúde Mental: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Centro Mineiro de Toxicomania, Centro Psicopedagógico, Hospital Galba Veloso, Instituto Raul Soares;
- Hospitais Gerais: Hospital Júlia Kubitschek, Hospital Regional Antônio Dias, Hospital Regional João Penido, Hospital Regional de Barbacena;
- Recuperação e Cuidado ao Idoso: Sanatório São Francisco de Assis - Bambuí, Sanatório Santa Izabel - Betim, Sanatório Santa Fé - Três Corações, Sanatório Padre Damião - Ubá, Hospital Cristiano Machado - Sabará.

Com o uso novas ferramentas de trabalho, a Administração Central (ADC) da FHEMIG desenvolve hoje um moderno Sistema de Gestão visando maior eficiência das unidades assistenciais e administrativas no cumprimento último de sua missão: prestar a melhor assistência ao usuário do SUS.

Além da prestação de serviços, a Fundação também ocupa o lugar de maior centro formador de pós-graduação de profissionais de saúde da América Latina, tanto para

médicos quanto enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo a maior mantenedora de residências médicas no Estado. A FHEMIG desenvolve atualmente 30 programas de residência médica credenciados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com 325 bolsas distribuídas entre as mais importantes áreas da Medicina.

O aprimoramento do serviço e o investimento na formação de profissionais médicos fizeram com que a Fundação, desde 1996, se tornasse membro da Associação Brasileira de Hospitais Universitários (ABRAHUE) e da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM). Todos os seus programas de residência médica estão hoje credenciados pelo Ministério da Saúde.

7 - ESP - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), criada em 1946, vem ao longo de sua história desenvolvendo trabalhos de pesquisa e especialização na área da saúde pública, com o objetivo de formar profissionais críticos, capazes de transformar a sua prática cotidiana. Voltada para a promoção da saúde, a Escola contribui para a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com atuação em todo o Estado, a ESP trabalha de forma descentralizada, com uma estratégia educacional que se adapta à realidade de cada localidade, atendendo às necessidades das 75 microrregiões de Minas Gerais com a formação de recursos humanos para áreas de prevenção e controle de riscos à saúde.

A instituição tem a proposta pedagógica de aliar o ensino à prática de saúde. Com momentos de concentração educacional e posterior dispersão das atividades, os profissionais que passam pela ESP voltam a seu local de trabalho com maior capacidade de reflexão sobre sua atuação. Essa educação permanente garante a eficácia dos cursos e das ações da saúde com o efeito de transformação do serviço durante a realização da ação educacional. Em sua visão, a concretização do aprendizado se faz na troca das experiências, em que cada aluno participa ativamente da construção do saber.

Com a Lei Delegada de janeiro de 2007, a ESP-MG deixou de ser uma diretoria da FUNED e conquistou a autonomia administrativa, financeira e orçamentária, além da transferência das atividades de formação profissional da Diretoria de Pesquisa e Ensino da FHEMIG para a Escola de Saúde Pública.

8 - A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB-MG)

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (CIB-SUS-MG), instância colegiada formada por gestores estadual e municipais, representados pela SES e pelo COSEMS, foi instituída pela Resolução nº 637, de 25 de junho de 1993, constituindo um foro privilegiado de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS/MG.

A partir da Deliberação CIB-SUS-MG nº 95 de 17 de maio de 2004, foram criadas também as Comissões Intergestores Bipartites macro e microrregionais.

Na gestão do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, 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.

9 - O COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSEMS/MG)

O Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) é uma entidade colegiada, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Foi fundado em abril de 1991 com a finalidade de ser o elo entre os secretários municipais de saúde e as esferas estadual e federal, representando os interesses municipais na implantação de políticas de saúde.

A entidade é constituída por instâncias deliberativas e executoras, como a Diretoria Executiva (DE), o Conselho Fiscal, o Conselho de Representantes Regionais (CRR) e a Assembléia Geral.

O COSEMS/MG tem representação no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no Conselho Nacional de Representantes (CONARES) e nas Comissões Intergestores Bipartite Estadual (CIB-E). Na Câmara Técnica da CIB-E, no Conselho Estadual de Saúde (CES). Nas CIB Macro e Microrregional está representado pelos secretários municipais de saúde.

O COSEMS/MG conta com 25 COSEMS regionais, que agrupam as 28 Gerências Regionais de Saúde do Estado.

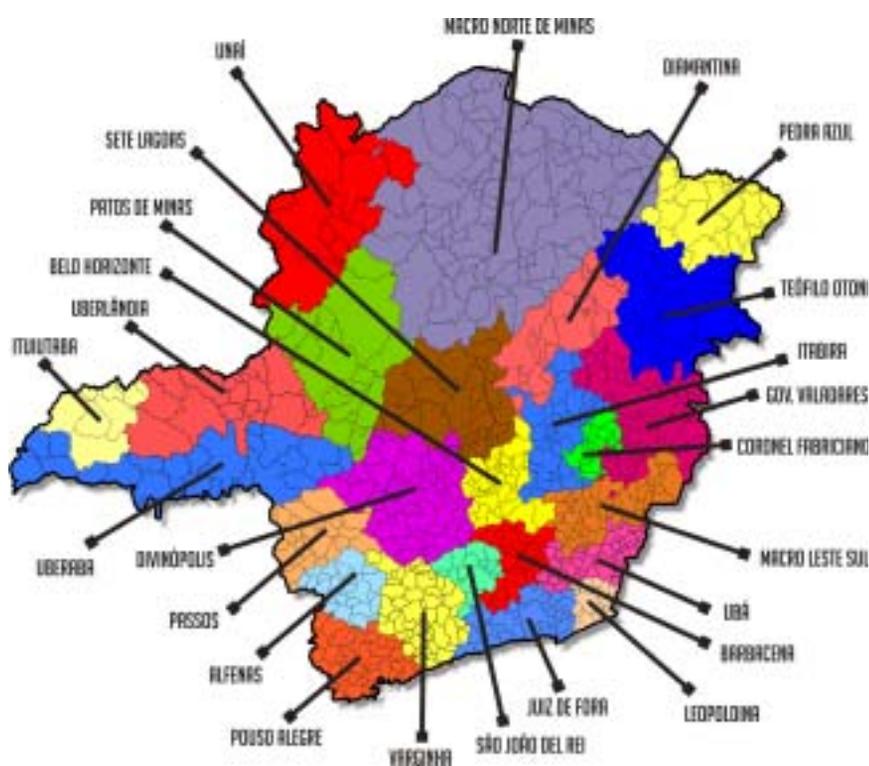


FIGURA 3 - COSEMS Regionais

Missão

Trabalhar pela autonomia dos municípios, congregando os gestores municipais de saúde e atuando como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações para seus membros através da participação efetiva na formulação das políticas públicas de saúde no Estado de Minas Gerais, em busca da melhoria da saúde da população mineira.

Visão

Ser instituição modelo no País pela sua organização e seu funcionamento, sendo interlocutor dos gestores municipais nas políticas públicas de saúde no Estado de Minas Gerais.

Valores

Transparência, ética, compromisso, qualidade, cooperação, dedicação e respeito.

Negócio

Apoio e subsídio para os processos de tomada de decisão da instituição e de todos os gestores municipais de saúde de Minas Gerais, nos espaços decisórios do SUS, buscando a otimização dos recursos disponíveis e a disseminação da informação.

Atividades

- Organização e disponibilização de dados para subsidiar a tomada de decisão dos secretários municipais de saúde nos territórios municipal, microrregional, macrorregional, estadual e nacional.
- Organização de cursos.
- Representação nas esferas estadual e federal (CIB-MG e CIT).
- Participação nos fóruns de negociação.
- Promoção da articulação entre os gestores.
- Assessoria Técnica e Jurídica aos municípios.
- Atividades de mobilização de gestores.
- Articulação na governança regional – CGR.
- Disseminação de publicações de interesse para a gestão municipal.

O PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO E OS RESULTADOS ESPERADOS

Ao eleger seu representante, a sociedade está sinalizando, por meio do voto, suas opções em relação a seu futuro. Dessa forma, ao tomar posse, o grupo eleito deve formalizar, de forma concreta, as propostas apresentadas durante o período eleitoral, publicando seus objetivos e como implementará essas propostas.

Em 2003 o Governo do Estado de Minas Gerais apresentou à sociedade seu planejamento estratégico, publicando o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), por meio do qual consolida um conjunto de grandes escolhas que orientam a construção do futuro do Estado, em um horizonte de longo prazo.

A idéia-síntese do PMDI, “Tornar Minas o Melhor Estado para se Viver”, foi mantida como inspiração central do planejamento 2007-2023. O que agora se propõe, à luz dos resultados obtidos no último quadriênio, é o refinamento das estratégias, para tornar a realidade dos mineiros mais próxima da visão de futuro almejada.

O processo de revisão do PMDI trabalhou com o horizonte de 2023 e manteve seu compromisso de responder, consistentemente, às seguintes questões: Onde estamos? Aonde podemos chegar? Aonde queremos chegar? Como vamos chegar lá?

A segunda questão, “Aonde podemos chegar?”, começou a ser respondida com a atualização das condições de contorno dos ambientes nacional e mundial e a revisão dos cenários macro de Minas Gerais. Durante o processo de atualização do plano, os quatro futuros distintos para o Estado configurados na elaboração da primeira versão, em 2003, foram revisitados e tiveram seu horizonte de prospecção estendido para o período 2007-2023.

Esses cenários foram atualizados a partir da compreensão das muitas transformações e gargalos ao desenvolvimento sustentável, das diversas possibilidades que se apresentam e dos desafios a serem enfrentados. Contemplam, ainda, algumas grandes incertezas do futuro e buscam mapear as possíveis combinações dos diversos determinantes do futuro.

Foram quatro os cenários elaborados:

- I: Conquista do melhor futuro.
- II: Desperdício de oportunidades.

- III: Superação das adversidades.
- IV: Decadência e empobrecimento.

A Figura 1 possibilita uma visão geral das variáveis envolvidas e dos cenários.

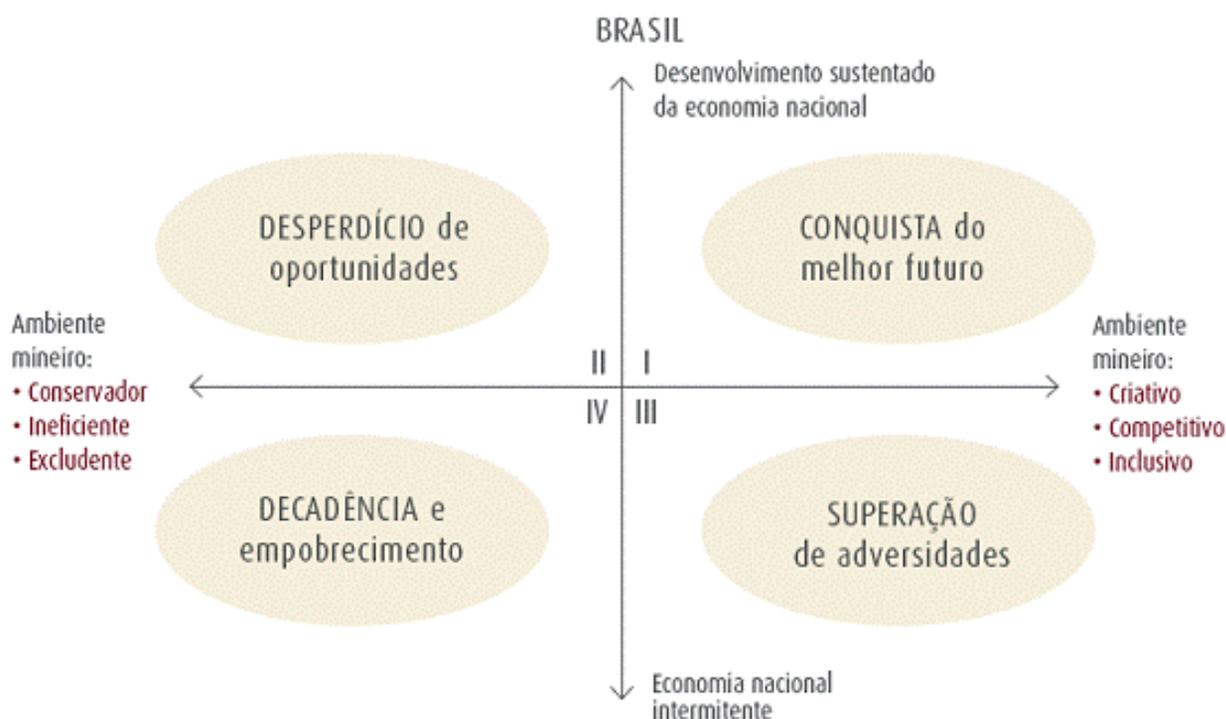


FIGURA 1: Cenários exploratórios de Minas Gerais 2007-2023
Fonte: PMDI 2007-2023.

Contudo, é importante ressaltar que, “na ‘vida real’, nenhum dos quatro cenários irá acontecer exatamente como descrito [...] devendo ser interpretados e utilizados como uma sinalização que antecipa tendências possíveis ou prováveis, e nunca como uma predição categórica do futuro” (Bittar, 2001). Entretanto, “os quatro cenários são plausíveis [...], embora com maior ou menor probabilidade de ocorrência” (Bittar, 2001).

Para que a estratégia de desenvolvimento conduza o Estado no rumo de sua Visão de Futuro, é preciso que as definições estratégicas sejam efetivadas através de um conjunto de ações que produzam resultados concretos e mensuráveis.

Dessa forma, o PMDI está estruturado na busca de garantir o alcance da visão de futuro. Trata-se de responder à pergunta “Como vamos chegar lá?”. Para tal, estabeleceu-se uma Estratégia de Desenvolvimento formada por seis estratégias setoriais (“Perspectiva Integrada do Capital Humano”, “Investimento e Negócios”, “Integração Territorial Competitiva”, “Sustentabilidade Ambiental”, “Rede de Cidades” e “Eqüidade e Bem-estar”), que formam o núcleo propulsor do processo de transformação de Minas Gerais. A essas estratégias, soma-se uma sétima, o “Estado para Resultados”, que pode ser visualizado na Figura 2.



FIGURA 2: Relação esquemática entre as áreas de resultados, estratégias de governo e de desenvolvimento e visão de futuro.
Fonte: PMDI 2007-2023

O “Estado para Resultados” tem por objetivo a execução de todas as estratégias de forma efetiva, eficiente e que promova a plena conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados. Está segmentado em 11 áreas de resultados, “áreas focais” onde se concentram os esforços e recursos, visando a transformações e melhorias desejadas. Cada uma possui objetivos estratégicos, ações e resultados finalísticos específicos.

As ações da SES/MG enquadram-se, principalmente, na área de resultados “Vida Saudável”. Para estabelecer os objetivos estratégicos a serem alcançados foram observadas as condições de saúde da população de Minas Gerais. Os resultados finalísticos dessa área encontram-se listados e quantificados no Quadro 1.

QUADRO 1: Resultados finalísticos da área estratégica “vida saudável”.

	Situação Atual	2011	2023
Universalização do atendimento do PSF para a população SUS dependente (população do SUS dependente estimada em 75% do total)	62,03% (SES-MG, 2016)	71% 70%	75%
Reduzir o APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) por morte		A definir	
Reduzir a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	16,1 (SIMSINASC/DISEI, 2005)	13,2 12,5	10 8
Reduzir internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial	33% (SES-MG, 2015)	29% 27%	21% 16%
Ampliar o percentual de domicílios com acesso à rede coletora de esgoto	74% (IBGE/PNAD, 2005)	83% 81%	100% 98%

Fonte: PMDI 2007-2023

Para mensurar a melhoria da qualidade e o aumento da expectativa de vida foram utilizados dois dos resultados finalísticos propostos no PMDI: redução da mortalidade infantil e dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) por doenças cardiovasculares e diabetes.

A mortalidade infantil representa o risco de crianças morrerem antes de completar um ano de vida, sendo um indicador sensível às condições de vida (socioeconômicas) e de saúde de uma população.

O APVP, por sua vez, é um indicador utilizado em estudos de mortalidade e que leva em consideração a precocidade com que os óbitos se dão em uma população, traduzindo o número de anos que uma pessoa, morta prematuramente, poderia ter vivido. A fórmula de cálculo adotada pela SES/MG para o cálculo do APVP não segue metodologia da Organização Mundial da Saúde (OMS). O APVP adotado como resultado proposto a ser alcançado neste Plano refere-se às doenças cardiovasculares e diabetes.

As doenças do aparelho circulatório são, atualmente, conforme dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de 2006¹, respectivamente o terceiro e o primeiro grupo de causas de óbitos entre adultos nas faixas de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos. Dessa forma, ter como foco a redução dos anos potenciais de vida perdidos por essas causas específicas impacta diretamente a visão traçada: viver mais, além de possibilitar que a população viva melhor.

Para que sejam alcançados os resultados pretendidos, é necessário que ocorra uma mudança no modelo de atenção. De um modo geral, os sistemas de atenção à saúde têm se organizado de modo a atender às condições agudas por meio de sistemas fragmentados. O Sistema Único de Saúde não se diferencia nesse aspecto organizativo, em que as condições agudas prevalecem como orientadoras do modelo de atenção, e opera

¹ Dados sujeitos a retificação.

com enorme fragmentação. A falta de integração no Sistema gera a descontinuidade na prestação dos serviços. Adicionalmente, em razão da falta de um centro de comunicação do sistema, que se responsabilize pela saúde do cidadão e o acompanhe em todos os momentos, ficam comprometidas as ações de promoção à saúde.

De acordo com a OMS as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo mundo, e em Minas Gerais cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas.

Além disso, presenciamos uma mudança do paradigma da forma de distribuição e nomenclatura dos grandes grupos epidemiológicos de doenças. Passamos de doenças não-transmissíveis e doenças transmissíveis para doenças agudas e doenças crônicas.

A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas. O declínio das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são fatores demográficos importantes nas últimas décadas e que contribuem enormemente para o crescimento das condições crônicas.

Outro dado relevante diz respeito ao custo ou ao impacto econômico dessas doenças na sociedade de modo geral. Esses custos vão além dos gastos com os serviços de saúde, incorporando gastos sociais como redução da capacidade laboral, redução da autonomia e da qualidade de vida. No SUS, em Minas Gerais, 70% dos gastos ambulatoriais e hospitalares são com doenças crônicas, sendo que um planejamento voltado para esses gastos levará uma melhor aplicação do recurso.

Toda essa abordagem equivocada gera custos desnecessários e prejuízos à saúde da população. É impossível ser o Estado onde se vive mais e melhor mantendo um sistema hierárquico e fragmentado, decorrente de uma ausência de inter e intrasetorialidade. As deseconomias de escala e escopo comprometem todos os resultados do sistema.

Minas Gerais, tendo em vista o desafio epidemiológico colocado pela dupla carga da doença – existência concomitante de condições agudas e crônicas – e o predomínio das condições crônicas, adotou como uma de suas principais atribuições auxiliar os municípios na formação de redes integradas de atenção à saúde.

Essas redes podem ser definidas como organização horizontal de serviços de saúde, com centro de comunicação na atenção primária, que permite prestar uma assistência contínua a uma determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população. (MENDES [no prelo]).

Elas são constituídas pelo centro de comunicação – a atenção primária à saúde, os pontos de atenção, os sistemas de apoio e logísticos. São geralmente de abrangência microrregional e, por isso, devem ser governadas ou geridas por entes supramunicipais como as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais.

Para que toda essa transformação ocorra, é necessário que a atenção primária à saúde (APS) assuma seu papel de centro ou elo de comunicação da rede. Sendo assim, a expansão e a qualificação da atenção primária compõem o conjunto de prioridades da atual política de saúde. Logo, foi definida, como outro resultado importante a ser alcançado, a universalização do acesso à atenção primária.

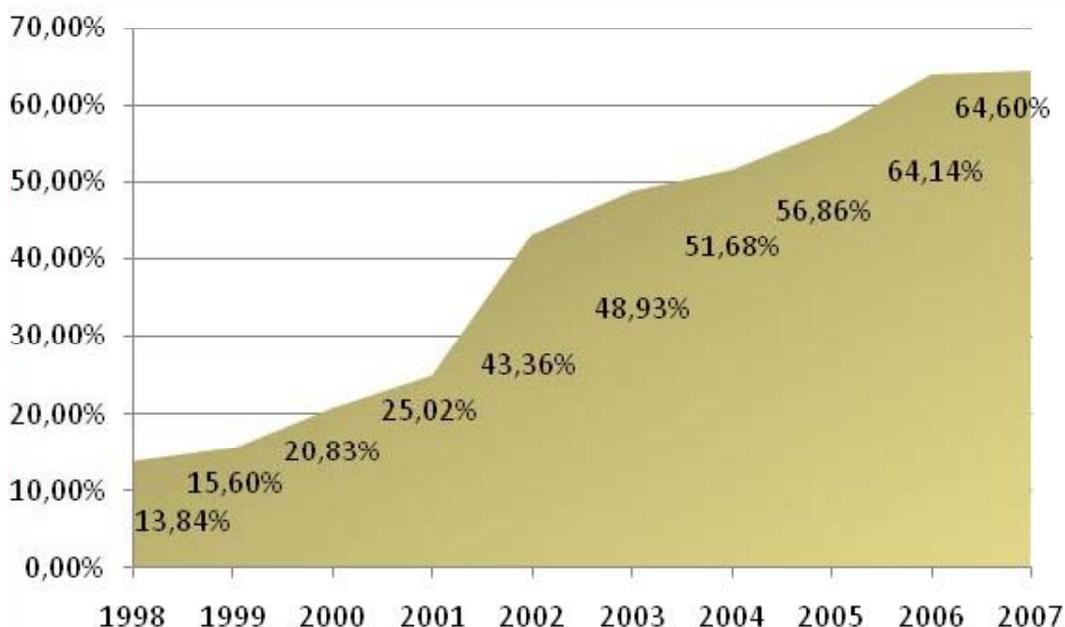


GRÁFICO 1: Percentual de Cobertura do PSF – 1998-2007
Fonte: DAB/MS (1998 a 2001) e GAPS/SAS/ SES (2002 a 2007).

Conforme pode ser observado no Gráfico 1, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, consolidada em Minas Gerais com o fomento do Programa Saúde em Casa, alcançou-se em 2007 o significativo percentual de mais de 64% de cobertura da população total do Estado. A meta, conforme descrita no Quadro 1, é chegar a 70% de cobertura em 2011, o que demonstra estarmos muito próximo de garantir a cobertura total da população, tendo em vista o número de usuários do Sistema Único de Saúde que recorrem complementarmente à saúde suplementar, por meio dos seguros de saúde.

Outro resultado pretendido, decorrente da melhoria da atenção primária e, sobretudo da organização das redes de atenção, é a redução das internações por condições sensíveis.

As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial – ou internações evitáveis – são aquelas internações que poderiam ser evitadas caso o usuário do SUS fosse atendido no “tempo certo e no lugar certo”. Elas são evitáveis com a melhoria da atenção primária, com a implantação de Centros de Referência Secundária e de ações de promoção à saúde. Podem ainda ser mitigadas com a mudança no modelo de financiamento, uma vez que o pagamento por procedimento, predominante no SUS, gera incentivos para a captação de pacientes aos hospitais que dependem da produção para equilibrar sua situação econômico-financeira.

Além de gerar ineficiência para o sistema, as internações evitáveis são, de alguma maneira, uma *proxy* da morbidade hospitalar, o que impacta o conceito presente na visão

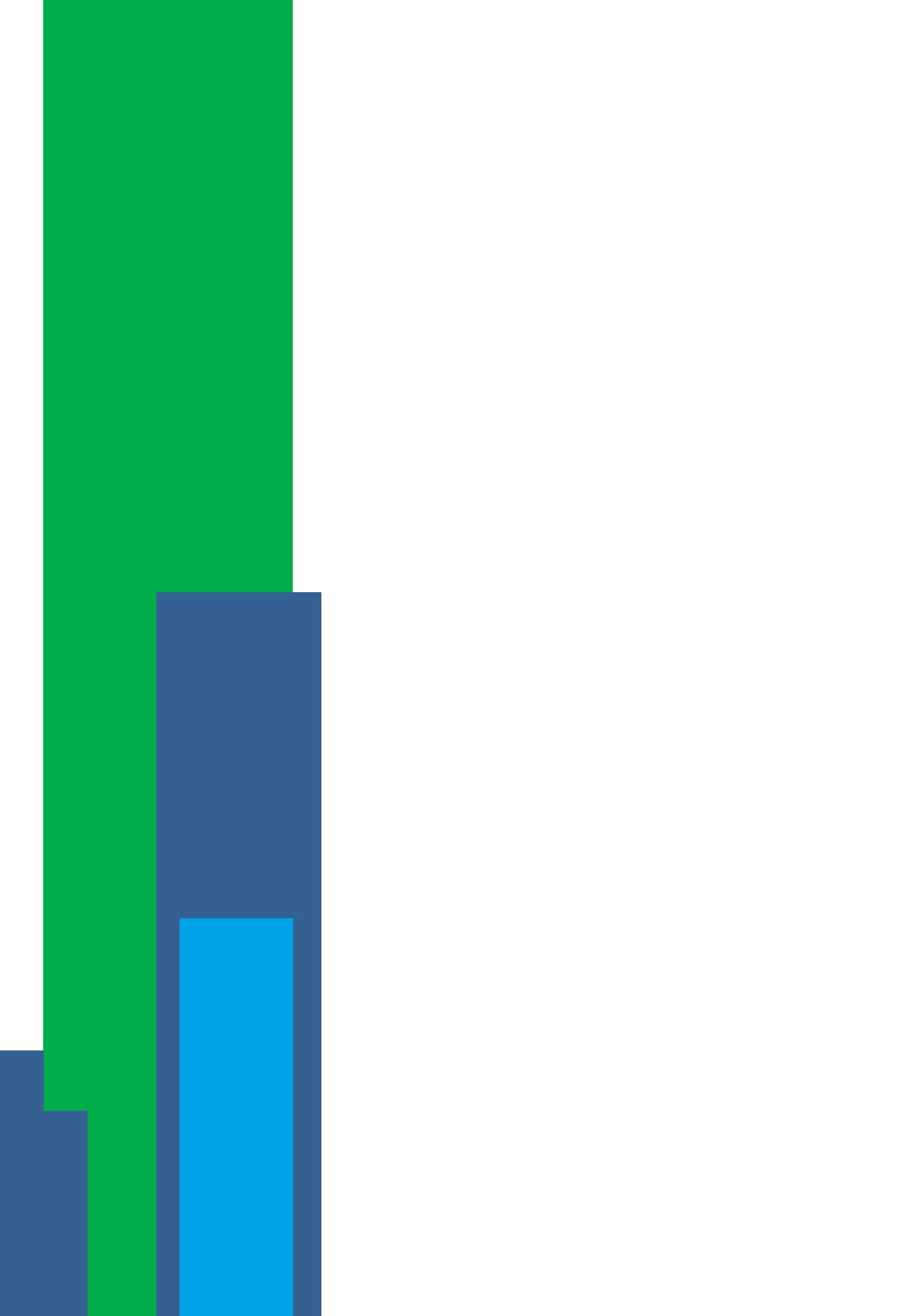
de futuro: “viver melhor.” O objetivo pretendido é reduzir cada vez mais essas interações, que causam desconforto ao cidadão e geram custos desnecessários ao sistema.

Finalmente, tendo em vista que um dos objetivos para os anos de 2008 a 2011 é garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, em conformidade com o conceito de redes, pactuou-se para este quadriênio um novo indicador que mede a auto-suficiência de cada macrorregião do Estado.

Sabendo-se que, em linhas gerais, o usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro de sua microrregião, devendo recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade, entende-se que seria desconfortável que o cidadão precisasse ir além da abrangência de sua macrorregião para ter acesso a serviços de alta complexidade. Assim, a intenção é que as macrorregiões que vinham nos últimos anos apresentando ganhos em termos de resolubilidade continuem cada vez mais auto-suficientes.

Essas são as intenções e resultados a serem buscados neste quadriênio, apontadas pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Ao alcançar os resultados propostos, Minas Gerais estará caminhando a passos largos para ser o Estado onde se vive mais e melhor.

A seguir, serão apontados os indicadores referentes à situação de saúde de nosso Estado que embasam a decisão de estabelecer as prioridades descritas neste capítulo, sem que sejam abandonadas as demais ações que ao longo dos anos vêm sendo consideradas exitosas no âmbito da saúde pública.



ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS¹

O uso da informação no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde e na gestão dos serviços é o diferencial na qualidade do processo decisório. Para tanto, é imprescindível que a geração dessa informação se dê a partir de dados consistentes e com abrangência suficiente para refletir a situação ou o evento que se pretende medir, além de serem oportunos.

O desenvolvimento tecnológico na área da informática permitiu a formação de importantes bases de dados, operadas de forma descentralizada, que possibilita agilidade de processamento e a sua utilização na produção de informações em uma concepção sistêmica hierarquizada e de fluxo ascendente.

A Organização Mundial de Saúde define Sistema de Informação em Saúde como “um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna, para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde”.

No Sistema Único de Saúde, esse Sistema de Informação é constituído de sistemas específicos, dentre os quais alguns se destacam em razão de sua maior relevância nas análises de situação de saúde. Entre esses, são:

- Mortalidade (SIM)
- Nascidos Vivos (SINASC)
- Agravos de Notificação (SINAN)

Além desses Sistemas, o de Informações Hospitalares (SIH) vem sendo utilizado em análises de situação de saúde para a descrição da morbidade.

Um ponto crítico no uso compartilhado desses Sistemas é a não comunicabilidade entre eles, o que dificulta a construção de indicadores que utilizem dados de um ou mais deles. Os sistemas de informação sanitária cuja finalidade é gerar, analisar e difundir dados, na prática, raras vezes, funcionam sistematicamente. São sistemas complexos e fragmentados.

¹ Este capítulo baseia-se no documento “Análise de Situação de Saúde Minas Gerais – 2007” publicado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e elaborado pelo Dr. Antônio José de Meira. Foram suprimidos alguns trechos que poderão ser consultados no documento original.

Necessário se faz em curto prazo, a reestruturação e a integração dos sistemas de informações, mas ainda que ocorressem melhorias, é inadmissível a sub-notificação ou a negligência de registro dos dados.

Além dos Sistemas de Informações em saúde, uma informação importante no uso de indicadores são as informações demográficas. Algumas delas para o Estado de Minas Gerais, encontram-se descritas no tópico a seguir.

1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

1.1 População

1.1.1 A distribuição geográfica

A população estimada de Minas Gerais, em 2006, foi de 19.479.262 habitantes, residentes em seus 853 municípios. Aproximadamente 60% desses municípios tinham uma população menor de 10.000 habitantes, e somente 27 deles contavam com mais de 100.000 residentes, sendo que esses equivalem a 44% da população do Estado, conforme Gráfico 1.

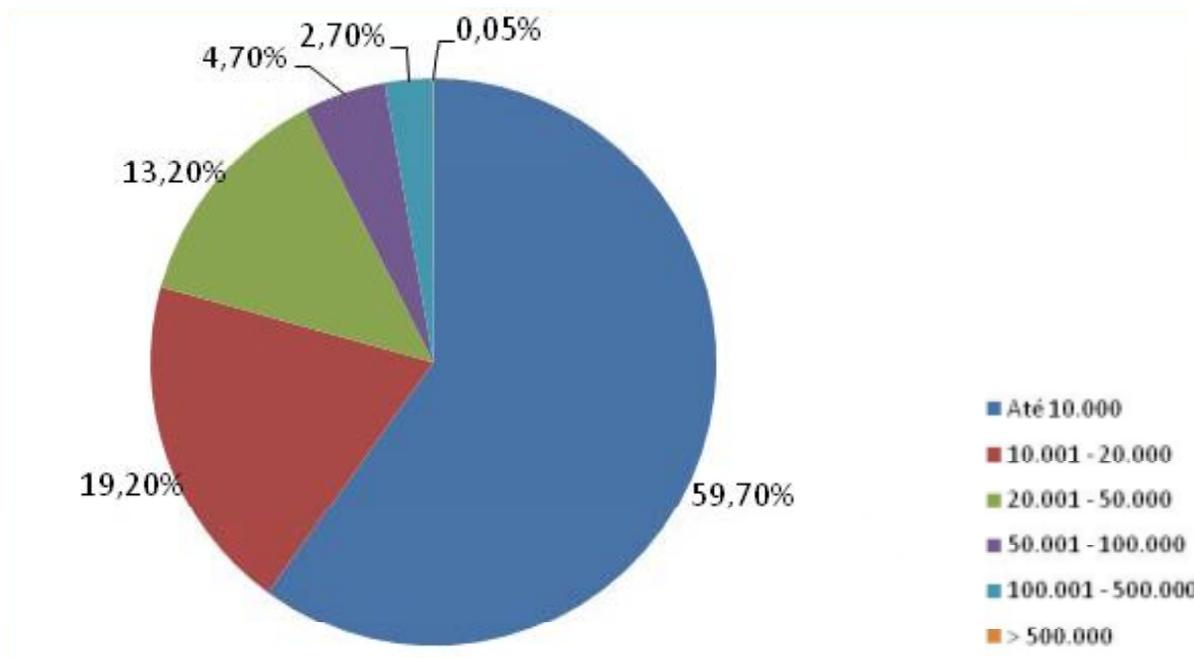


GRÁFICO 1: Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional, Minas Gerais, ano 2006

Fonte: IBGE/Datasus citado por Meira (2007).

A distribuição dos municípios, segundo o seu porte populacional nas macrorregiões de saúde do Estado, é mostrada na Tabela 1.

TABELA 1
Número de municípios, segundo o seu porte populacional,
nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006.

Macrorregião	Até 10.000		10.001 - 20.000		20.001 - 50.000		50-001-100.000		100.001 - 500.000		> 500.000		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Sul	82	53,2	38	24,7	23	14,9	7	4,5	4	2,6	0	0,0	154
Centro Sul	35	68,6	10	19,6	3	5,9	1	2,0	2	3,9	0	0,0	51
Centro	51	50,0	15	14,7	19	18,6	8	7,8	7	6,9	2	2,0	102
Jequitinhonha	15	65,2	3	13,0	5	21,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23
Oeste	31	54,4	11	19,3	9	15,8	5	8,8	1	1,8	0	0,0	57
Leste	59	70,2	14	16,7	6	7,1	2	2,4	3	3,6	0	0,0	84
Sudeste	67	71,3	16	17,0	6	6,4	3	3,2	1	1,1	1	1,1	94
Norte de Minas	54	62,8	10	11,6	17	19,8	4	4,7	1	1,2	0	0,0	86
Noroeste	17	56,7	6	20,0	4	13,3	2	6,7	1	3,3	0	0,0	30
Leste do Sul	33	63,5	12	23,1	4	7,7	3	5,8	0	0,0	0	0,0	52
Nordeste	31	49,2	20	31,7	11	17,5	0	0,0	1	1,6	0	0,0	63
Triângulo do Sul	17	63,0	4	14,8	3	11,1	2	7,4	1	3,7	0	0,0	27
Triângulo do Norte	17	56,7	5	16,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3	1	3,3	30
Estado	509	59,7	164	19,2	113	13,2	40	4,7	23	2,7	4	0,5	853

Fonte: IBGE/Datasus citado por Meira (2007).

A Tabela 2 e a Figura 1 mostram a distribuição da população do Estado em suas macrorregiões de saúde. A macro Centro, onde se localiza a região Metropolitana de Belo Horizonte, é a de maior porte populacional, correspondente a cerca de 32% da população total do Estado.

TABELA 2
População residente nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	Nº de residentes	%
Sul	2.634.909	13,5
Centro Sul	730.925	3,8
Centro	6.166.332	31,7
Jequitinhonha	283.869	1,5
Oeste	1.152.903	5,9
Leste	1.407.086	7,2
Sudeste	1.558.468	8,0
Norte de Minas	1.558.599	8,0
Noroeste	623.924	3,2
Leste do Sul	658.081	3,4
Nordeste	881.529	4,5
Triângulo do Sul	645.367	3,3
Triângulo do Norte	1.177.270	6,0
Estado	19.479.262	100,0

Fonte: IBGE/Datasus citado por Meira (2007).

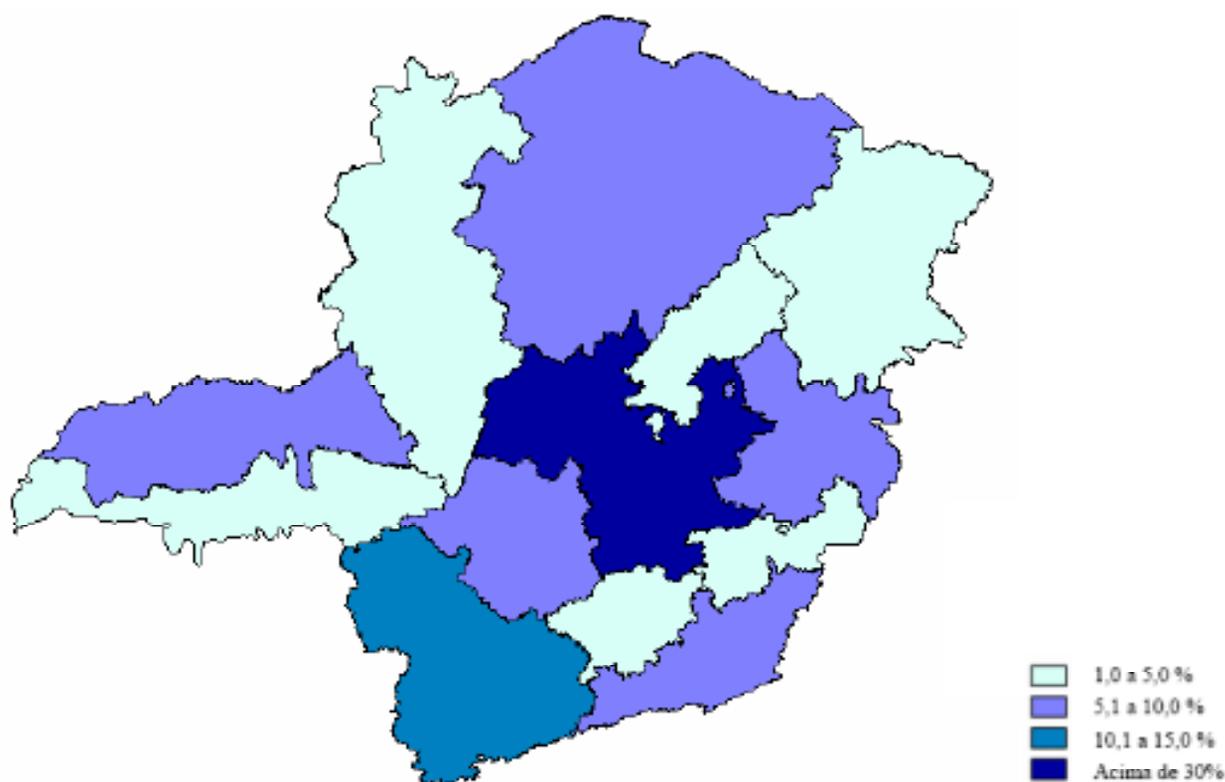


FIGURA 1: População residente nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2006.

1.1.2 A razão de sexos

A razão de sexo na população do Estado, em 2006, foi de 1/1,03 (M/F), diferindo pouco entre as macrorregiões. Essa razão é maior entre os idosos, em razão da menor ocorrência de óbitos entre as mulheres. Acima dos 60 anos de idade, essa razão é de 1/1,22 (M/F).

1.1.3 A estrutura etária

A estrutura etária da população do Estado vem tendo alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento populacional.

A proporção dos menores de 15 anos diminuiu de 38,0% em 1980, para 28,4%, em 2006. No mesmo período, houve um aumento da participação da população com idade de 15 a 64 anos, passando de 4,0% para 6,1%, assim como a de 65 e mais anos, que passou de 4,0% para 6,1%.

Os Gráficos 2 e 3 mostram a distribuição das populações em 1980 e 2006, segundo faixas etárias para o Estado de Minas Gerais.

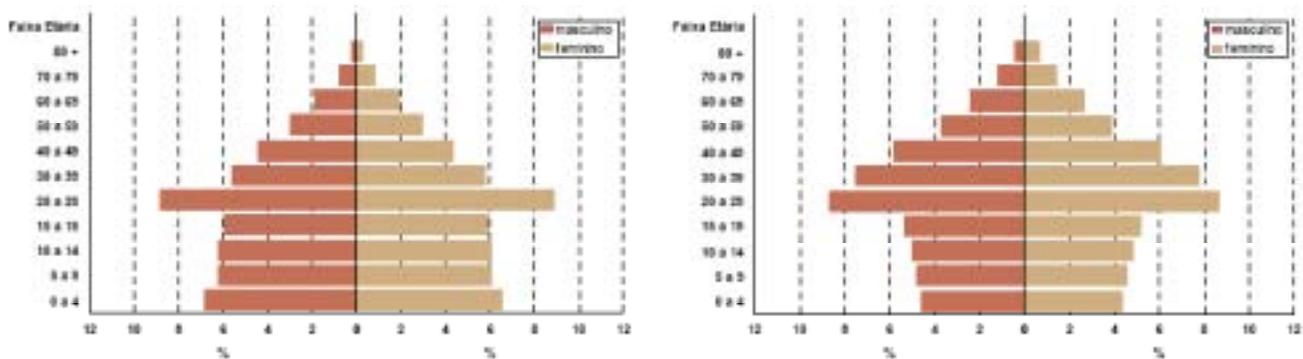


GRÁFICO 2: Estrutura etária populacional. Minas Gerais, 1980

Fonte: SE/SES-MG citado por Meira (2007).

GRÁFICO 3: Estrutura etária populacional. Minas Gerais, 2006

Fonte: SE/SES-MG citado por Meira (2007).

As mudanças da forma da pirâmide populacional refletem as variações passadas da natalidade, da mortalidade e também dos fluxos migratórios.

Na pirâmide do Estado são observadas nítidas reduções em suas bases, reflexo da diminuição da natalidade, do aumento das idades intermediárias e também entre os idosos, sendo que entre esses é verificado o aumento da proporção de pessoas do sexo feminino em razão da menor mortalidade entre as mulheres.

1.1.4 Razão de envelhecimento

A razão de envelhecimento da população do Estado (representada pelas pessoas com 65 e mais anos de idade em relação a cada 100 pessoas menores de 15 anos) dobrou entre os anos de 1980 e 2006. No primeiro ano, esse índice foi de 10,6, e no segundo, de 21,6.

Crescimento, na mesma proporção, foi observado em quase todas as macrorregiões de saúde. Os maiores incrementos ocorreram nas macros Leste, Triângulo do Sul, Noroeste e Leste do Sul e o menor na Jequitinhonha.

As macrorregiões Sudeste, Sul, Triângulo do Sul, Centro Sul e Leste do Sul foram as com maior índice de envelhecimento em 2006 e os menores foram observados nas macros Norte, Jequitinhonha e Noroeste, conforme Tabela 3 e Gráfico 4.

TABELA 3

Razão de envelhecimento nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 1980, 1990 e 2006

Macrorregião de Saúde	1980	1990	2006
3101 Sul	13,10	17,80	25,70
3102 Centro Sul	12,30	16,80	24,90
3103 Centro	9,60	12,80	19,10
3104 Jequitinhonha	9,80	10,80	15,60
3105 Oeste	12,10	16,50	24,20
3106 Leste	8,80	12,80	21,30
3107 Sudeste	15,70	20,90	30,40
3108 Norte de Minas	7,70	9,80	15,20
3109 Noroeste	7,20	10,90	17,40
3110 Leste do Sul	11,70	16,20	24,80
3111 Nordeste	9,50	13,00	21,20
3112 Triângulo do Sul	11,20	16,50	25,50
3113 Triângulo do Norte	10,10	14,10	21,60
TOTAL	10,60	14,30	21,60

Fonte: IBGE/Datasus citado por Meira (2007).

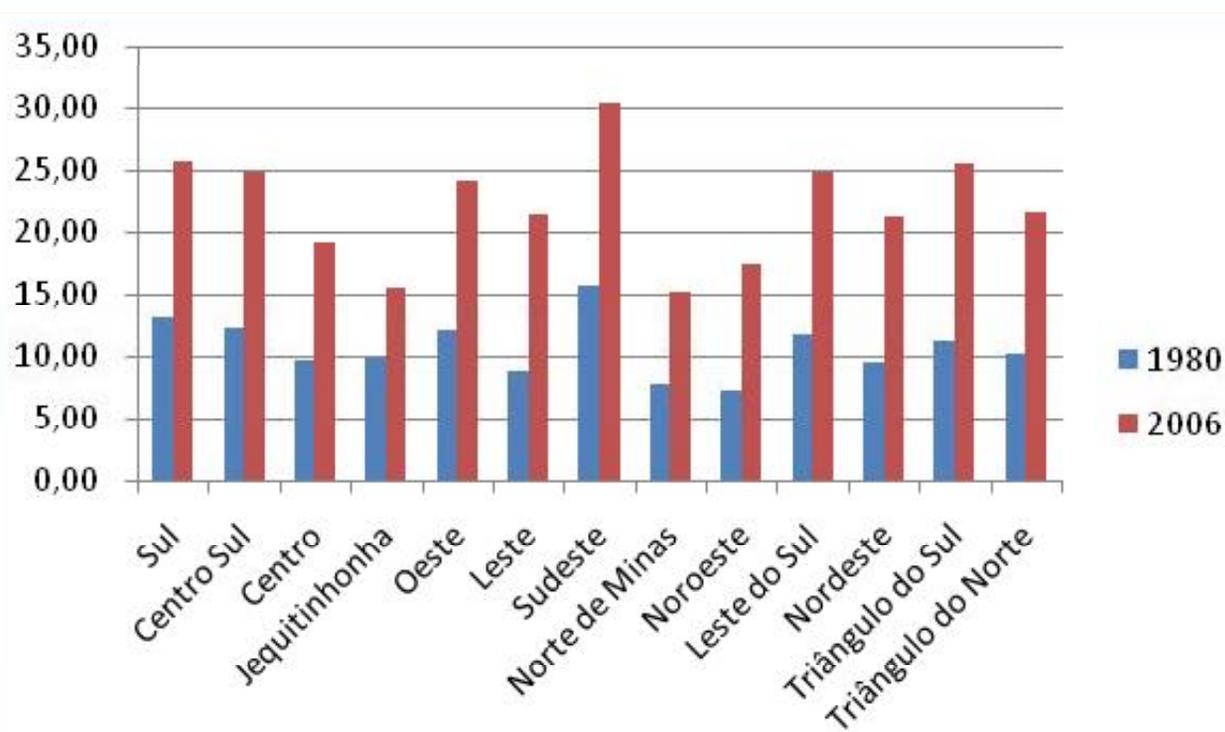


GRÁFICO 4: Razão de envelhecimento nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 1980 e 2006.

Fonte: IBGE citado por Meira (2007).

Os elementos da dinâmica populacional no processo de envelhecimento da população estão relacionados com o aumento da expectativa de vida e com a diminuição da fecundidade e da mortalidade, mas pode refletir, em agrupamentos populacionais específicos, o fluxo de correntes migratórias de jovens, especialmente em regiões com mercado de trabalho escasso.

1.2 Expectativa de vida ao nascer

A expectativa de vida da população de Minas Gerais tem aumentado de forma contínua e gradual a cada ano e desde 1995 é a maior da região Sudeste do Brasil.

No período de 1991 a 2005, o ganho observado em Minas Gerais, em números absolutos, foi de 5,13 anos, significando um aumento relativo de 7,4%, sendo que na região Sudeste o aumento foi de 6,8% e de 7,6% para o Brasil, de acordo com os Gráficos 4 e 5.

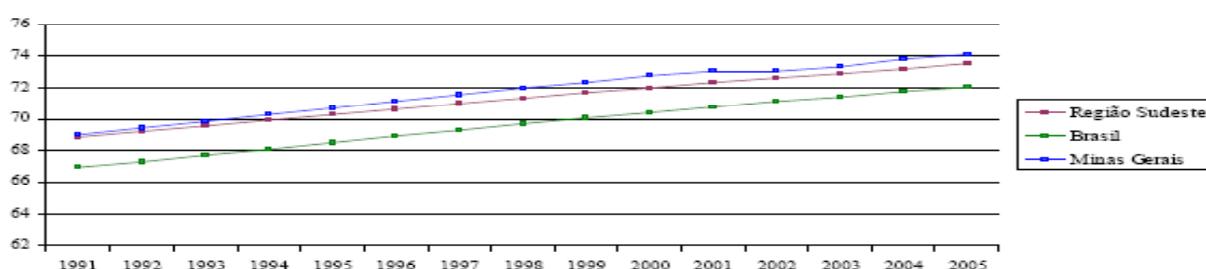


GRÁFICO 5: Anos de vida esperados ao nascer, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2005
Fonte: Datasus citado por Meira (2007)

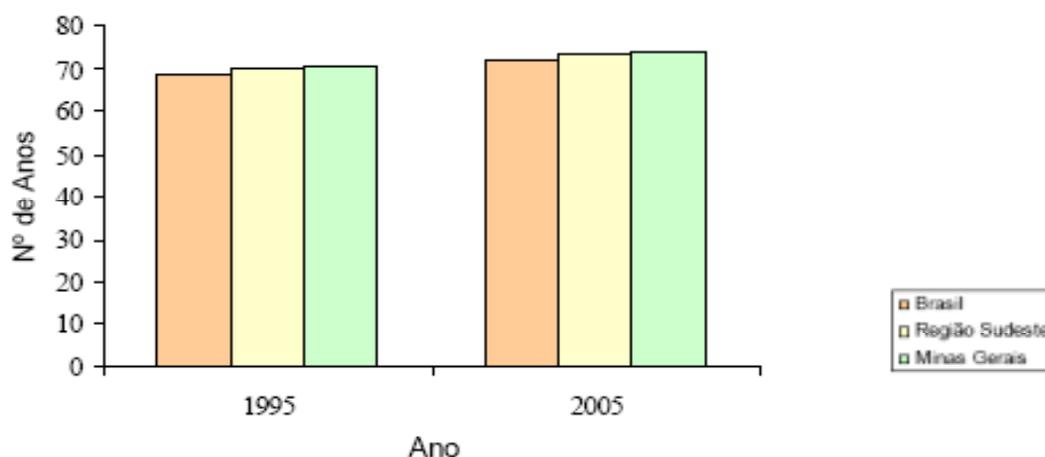


GRÁFICO 6: Anos de vida esperados ao nascer, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2005
Fonte: Datasus citado por Meira (2007).

A expectativa de vida do sexo feminino tem sido maior do que o das pessoas do sexo masculino (Gráfico 7) em razão da menor mortalidade observada entre as mulheres.

O aumento da expectativa de vida está relacionado com a redução da mortalidade com maiores ganhos, sobretudo, na mortalidade infantil. No período de 1984 a 2004 a

taxa de mortalidade geral padronizada da população do Estado teve uma queda de quase 28%, passando de 7,9/1.000 no primeiro ano citado, para 5,7/1.000 em 2004 (Brasil, 2006).

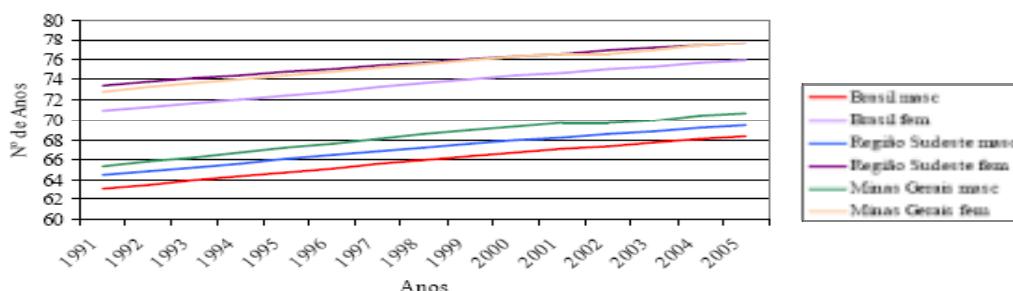


GRÁFICO 7: Expectativa de vida de homens e mulheres, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2005
Fonte: Datasus citado por Meira (2007).

1.3 Fecundidade total

A taxa de fecundidade total expressa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo. Ela é obtida pela soma das taxas específicas de fecundidade das mulheres durante a sua idade fértil (OMS, 1995).

Em Minas Gerais, essa taxa foi de 2,02 em 2004 (último ano em que o dado estava disponível), estando, portanto, no limiar de reposição populacional. É de se destacar ainda que ela vem decaindo de forma continuada nas últimas décadas, tendo sofrido uma redução de 20% entre os anos de 1991 (2,53) a 2004 (2,02). Essa tendência é observada em todo o País, com maior redução na região norte do Brasil (36,6%) no mesmo período.

O Gráfico 8 apresenta as taxas de fecundidade para o Brasil, suas regiões e o Estado de Minas Gerais.

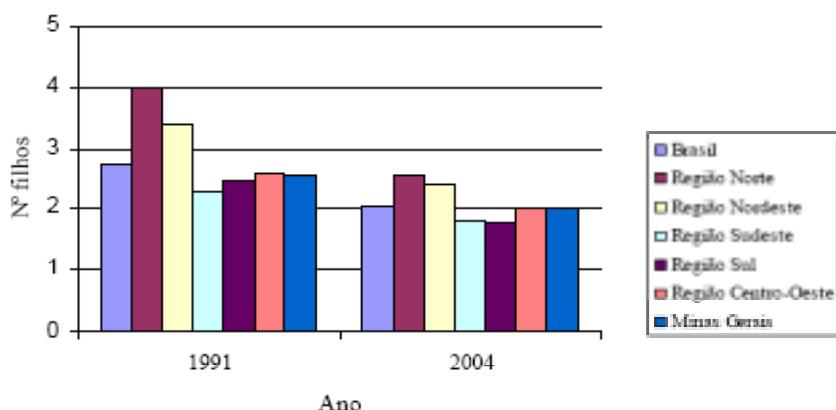


GRÁFICO 8: Taxa de fecundidade total, Brasil e suas regiões e Minas Gerais, 1991 e 2004
Fonte: Estimativa IBGE citada por Meira (2007).

Essa queda da fecundidade observada inicialmente em países desenvolvidos vem ocorrendo no Brasil de forma bem mais acelerada, destacando entre os seus determinantes, os padrões de desenvolvimento econômico, social e político institucional, com a intensificação da urbanização, inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho assim como os fatores inibidores de fecundidade (Bittar, 2001).

A queda da fecundidade vem ocorrendo em todas as faixas etárias. Ela é maior no grupo etário de 20-24 anos, seguido do grupo de 25-29. Em 2004 as taxas nessas idades foram respectivamente de 0,1212 e 0,0630.

1.4 Natalidade

A taxa bruta de natalidade, por ser expressa em relação à população total, é influenciada pela razão de sexo e pela estrutura etária da população feminina. Com o objetivo de minimizar esse viés, foi calculada, além da taxa bruta, a taxa específica por mulheres em idade fértil para o Estado e macrorregiões. A primeira relativa ao ano de 2006, e a segunda referente à série de 2001 a 2006 (Tabelas 4 e 5).

TABELA 4
Número de nascidos vivos (NV) e taxas brutas de natalidade por macrorregião de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	Nº de NV	Taxa ⁽¹⁾
Sul	33.148	12,58
Centro Sul	9.403	12,86
Centro	81.107	13,15
Jequitinhonha	4.733	16,67
Oeste	14.825	12,86
Leste	19.437	13,81
Sudeste	19.135	12,28
Norte	25.409	16,3
Noroeste	8.975	14,38
Leste do Sul	9.534	14,49
Nordeste	13.744	15,59
Triângulo do Sul	8.771	13,59
Triângulo do Norte	15.558	13,22
Total	263.815	13,54

Fonte: GIE/SE/SESMG citado por Meira (2007).

(1) Taxa por 1.000 hab

TABELA 5
Taxa específica de natalidade relativa às mulheres em idade fértil por macrorregiões de saúde, Minas Gerais, anos 2001 e 2006

Macrorregião	ANO					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sul	49,8	45,5	44,2	43,2	41,9	39,8
Centro Sul	46,2	44,1	44,0	43,3	41,9	39,8
Centro	48,9	46,4	44,6	43,1	41,6	38,7
Jequitinhonha	50,0	55,0	58,7	57,4	56,3	54,2
Oeste	49,0	48,3	44,4	43,6	42,2	39,7
Leste	51,4	50,0	50,0	43,5	45,2	42,3
Sudeste	47,8	43,2	43,3	45,3	41,3	38,4

Norte	60,9	56,1	56,2	54,3	53,5	51,7
Noroeste	55,5	51,2	49,1	51,0	49,8	45,2
Leste do Sul	55,7	53,9	53,9	51,2	49,1	45,1
Nordeste	60,3	53,6	59,7	57,8	58,7	51,4
Triângulo do Sul	42,7	44,0	42,9	43,3	43,5	41,6
Triângulo do Norte	46,9	44,5	43,7	43,5	41,9	39,7
Estado	50,6	47,6	47,1	45,4	44,2	41,5

Fonte: GIE/SE/SESMG citado por Meira (2007).

Nota: taxa por 1.000 mulheres com idade de 10 a 49 anos

Pode-se concluir que em todas as macros tem ocorrido uma redução contínua da taxa específica de natalidade, exceto na Jequitinhonha. Essa exceção é, em parte, decorrente de problemas no SINASC peculiares a essa macrorregião.

2 PERFIS DE MORBIMORTALIDADE

2.1 Mortalidade infantil

A mortalidade de menores de um ano de idade constitui um importante sinalizador das condições de saúde, ambientais e socioeconômicas da população, assim como também do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente da assistência pré-natal. Os óbitos nessa faixa de idade vêm tendo um decréscimo acentuado desde as primeiras décadas do século passado em todo o País, atribuído, segundo vários estudos, à melhoria do saneamento básico, da assistência pré-natal, ao aumento do aleitamento materno e à terapia de reidratação oral, à ampliação da cobertura do programa de imunização, além da queda da fecundidade (Brasil, 2004).

Essas ações resultaram em uma mudança no perfil das causas dos óbitos, com uma redução expressiva das doenças infecciosas e parasitárias, principal grupo de causas até a década de 80 do século XX.

A redução da mortalidade infantil e materna constitui prioridade do Governo de Minas Gerais, já que o Programa Viva a Vida tem como objetivos principais estender e qualificar a assistência pré-natal, reduzindo as causas perinatais, atualmente responsáveis por mais da metade dos óbitos de menores de um ano de idade.

O objetivo desta análise é descrever a evolução da mortalidade desse grupo etário no Estado, período de 1998 a 2006.

A Tabela 6 e o Gráfico 9 mostram as taxas de mortalidade infantil calculadas pelo método direto nos anos de 1998 a 2006.

TABELA 6
Taxa de mortalidade infantil, Minas Gerais, anos 1998 a 2006

Ano	Nº de óbitos	Nº de nascidos vivos	Taxa ⁽¹⁾
1998	6.839	295.394	23,20
1999	6.505	307.751	21,10
2000	6.258	300.958	20,80
2001	5.597	298.538	18,80
2002	5.113	284.558	18,00
2003	5.001	284.903	17,60
2004	4.680	277.691	16,90
2005	4.586	277.468	16,50
2006	4.103	263.815	15,60

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

(1) por 1.000 nascidos vivos, calculadas pelo método direto.

(2) Dados de 2006 sujeitos a atualização.

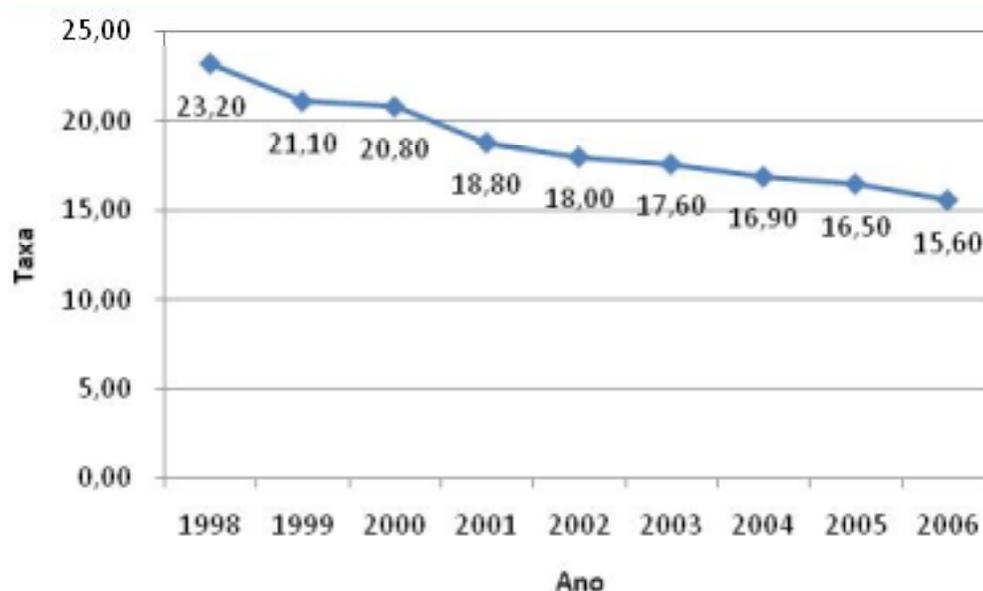


GRÁFICO 9: Taxa de mortalidade infantil, Minas Gerais, 1998-2006

Fonte: Datasus e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Dados de 2006 sujeitos a atualização.

É constatada uma queda da taxa de mortalidade no decorrer de todo o período considerado.

2.1.1 A mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal

É no período neonatal precoce (menos de sete dias de vida) que ocorre a maioria dos óbitos entre os menores de um ano. Em todos os anos do período analisado, 1998 a 2006, mais da metade da mortalidade infantil se deu naquele período com proporções que oscilaram pouco. O peso relativo dos óbitos no período neonatal tardio aumentou, diminuindo no pós-neonatal (Tabela 7).

TABELA 7

Frequência e proporção da mortalidade em menores de um ano, segundo os seus componentes, Minas Gerais, anos 1998 a 2006

Ano	Neonatal precoce		Neonatal tardio		Pós-neonatal		Ignorado
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1998	3.596	52,6	776	11,4	2.462	36,0	5,0
1999	3.587	55,4	806	12,4	2.082	32,2	30,0
2000	3.534	56,5	774	12,4	1.943	31,1	7,0
2001	3.068	54,9	742	13,3	1.777	31,8	10,0
2002	2.851	56,5	732	14,5	1.460	28,6	70,0
2003	2.734	55,1	718	14,5	1.508	30,4	41,0
2004	2.566	55,3	705	15,2	1.365	29,4	44,0
2005	2.511	55,3	679	15,0	1.345	29,7	51,0
2006	2.226	54,3	613	15,0	1.257	30,7	7,0

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Proporções calculadas se os ignorados. Dados de 2006 sujeitos a atualização.

A taxa de mortalidade, indicador que mede o risco de morte em um grupo populacional específico, caiu nos períodos neonatal precoce e pós-neonatal e manteve-se estável no período neonatal tardio, conforme Tabela 8.

TABELA 8

Taxa de mortalidade neonatal precoce, tardio e pós-neonatal, Minas Gerais, anos 1998 a 2006

Ano	Neonatal Precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal
1998	12,2	2,6	8,3
1999	11,7	2,6	6,8
2000	11,7	2,6	6,5
2001	10,3	2,5	5,6
2002	10,0	2,6	5,1
2003	9,6	2,5	5,3
2004	9,2	2,5	4,9
2005	9,0	2,4	4,8
2006 ¹	8,7	2,5	4,2

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

¹ Dados de 2006 sujeitos a atualização.

2.1.2 Mortalidade infantil nas macrorregiões de saúde

É observada, nas macrorregiões, uma queda das taxas de mortalidade infantil, calculadas pelo método direto, exceto nas macros Jequitinhonha e Nordeste. A maior queda é constatada na macro Norte (Tabela 9).

Trata-se de regiões com insuficientes coberturas do SINASC e do SIM, sobretudo desse último, e com fluxos irregulares. Por outro lado, o grande número de municípios com pequenas populações, sobretudo nessas macrorregiões, impossibilita distinguir entre deficiência de cobertura e oscilações naturais (aleatórias). Assim, os indicadores de

mortalidade infantil dessas macrorregiões devem ser analisados com cautela. A Tabela 9 mostra a taxa de mortalidade infantil para cada macrorregião de saúde do Estado de Minas Gerais, no período de 1998 a 2006.

TABELA 9
Taxa de mortalidade infantil nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 1998 a 2006

Macrorregião	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ¹
Sul	23,6	22,0	20,7	20,0	19,2	16,7	15,6	13,1	13,8
Centro Sul	22,6	24,4	27,4	20,2	23,3	19,5	19,7	20,0	18,2
Centro	24,0	20,9	19,7	18,3	16,7	16,6	14,9	15,8	14,3
Jequitinhonha	11,4	20,6	21,6	23,3	21,1	14,5	17,2	18,2	22,2
Oeste	21,3	19,7	18,2	18,2	14,9	16,6	16,7	15,9	14,7
Leste	22,4	22,7	24,3	21,8	19,0	19,0	19,3	19,6	19,4
Sudeste	24,4	23,2	24,6	23,4	18,8	22,2	20,3	19,2	18,0
Norte	34,0	20,5	20,3	16,8	17,2	16,3	16,9	15,8	12,6
Noroeste	15,9	15,8	17,9	12,0	14,0	14,0	12,9	13,9	12,3
Leste do Sul	31,1	26,0	27,1	23,6	21,3	20,0	18,4	16,1	18,4
Nordeste	18,9	16,9	18,1	15,5	22,0	23,3	25,8	21,1	21,1
Triângulo do Sul	22,4	17,9	18,5	16,2	15,8	15,3	13,1	15,8	12,1
Triângulo do Norte	18,2	17,4	16,5	14,5	13,2	12,5	12,8	12,1	13,4

Fonte: DATASUS e CMDE/SE/SES-MG citado por Meira (2007).

(1) Dados sujeitos a atualização.

Essa queda é mais suavizada naquelas macros com maiores concentrações de municípios de porte populacional maior e melhores níveis socioeconômicos (Sul, Centro e Triângulo do Norte). Essa característica pode estar relacionada com a maior cobertura dos Sistemas de Informação e à sua perenidade, decorrente da manutenção de redes de serviços de saúde com melhor organização e recursos. É de se ressaltar ainda que o número de eventos possa variar de ano a ano, não apenas em função de variações da natalidade e da mortalidade, mas também em função de oscilações aleatórias, cujo impacto será tanto maior quanto menor for a população.

São evidentes os ganhos expressivos já constatados em estudo da Fundação João Pinheiro, na redução da mortalidade infantil e na melhoria dos Sistemas de Informação (Fundação João Pinheiro, 2005).

Certamente que a ampliação da cobertura desses Sistemas é que pode explicar a súbita elevação da taxa de mortalidade constatada na macrorregião do Jequitinhonha a partir de 1999, apesar das flutuações constatadas no decorrer do período analisado.

2.1.2.1 Mortalidade infantil segundo os seus componentes

A mortalidade infantil está distribuída em seus componentes de acordo com um mesmo padrão em todas as macrorregiões, com preponderância dos óbitos no período neonatal

precoce. O que difere é o grau de proporcionalidade, sendo observados percentuais, nesse período de vida, acima de 60% em algumas macros.

É de se considerar que o indicador de mortalidade proporcional expressa um grau de grandeza relativa que tem como uma de suas limitações mostrar aumentos proporcionais de óbitos atribuídos a um ou mais grupos etários ou de causas em razão da redução da ocorrência em outros grupos e vice-versa.

Quando se mede o risco de mortalidade em cada um dos períodos por meio da taxa específica, constata-se uma queda nos componentes neonatal precoce e pós-neonatal em quase todas as macros, exceto na Jequitinhonha, com aumentos em ambos os componentes, e na Nordeste, no neonatal precoce.

É de se destacar que nas macros Sul, Centro Sul, Leste, Noroeste, Leste do Sul e Triângulo do Norte a redução observada no componente neonatal entre os anos 2002-2006 foi proporcionalmente superior àquela constatada entre 1998-2006. As macros em que ocorreu um aumento de taxa de mortalidade neonatal precoce no período 2002-2006 foram a Jequitinhonha e a Sudeste.

2.1.3 Principais grupos de causas de mortalidade infantil

No *ranking* dos principais grupos de causas de mortalidade infantil no Estado no período de 1998 a 2006, o das afecções originadas no período perinatal foi o principal em todos os anos da série. É de se considerar ainda o aumento da proporção dos óbitos por esse grupo de causa no decorrer do período, passando de 58,5%, em 1998, para 62,2% em 2006. (Tabela 10).

TABELA 10
Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 1998-2006

Grupos de Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ¹
Afecções originadas no período Perinatal	58,5	56,0	59,5	57,2	62,1	60,5	63,8	62,5	62,2
Malformações congênitas	9,3	9,8	9,9	11,6	12,1	12,9	14,4	15,6	14,7
Mal definidas	6,8	11,1	9,6	8,4	6,4	6,7	5,7	5,8	5,8
Doenças aparelho respiratório	8,4	6,9	7,0	7,4	6,5	6,6	4,9	4,8	4,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,2	7,0	6,3	6,5	6,0	5,5	4,4	4,6	4,2
Demais causas	7,8	9,2	7,6	8,9	6,9	7,8	6,8	6,7	9,0

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

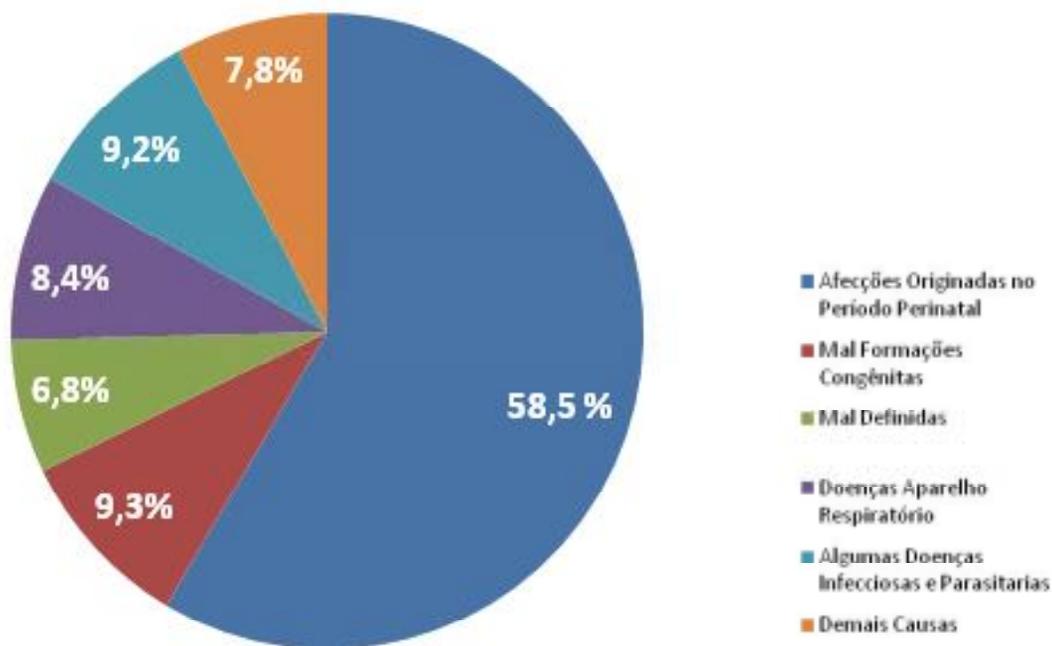


GRÁFICO 10: Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 1998
 Fonte: Datasus citado por Meira (2007).

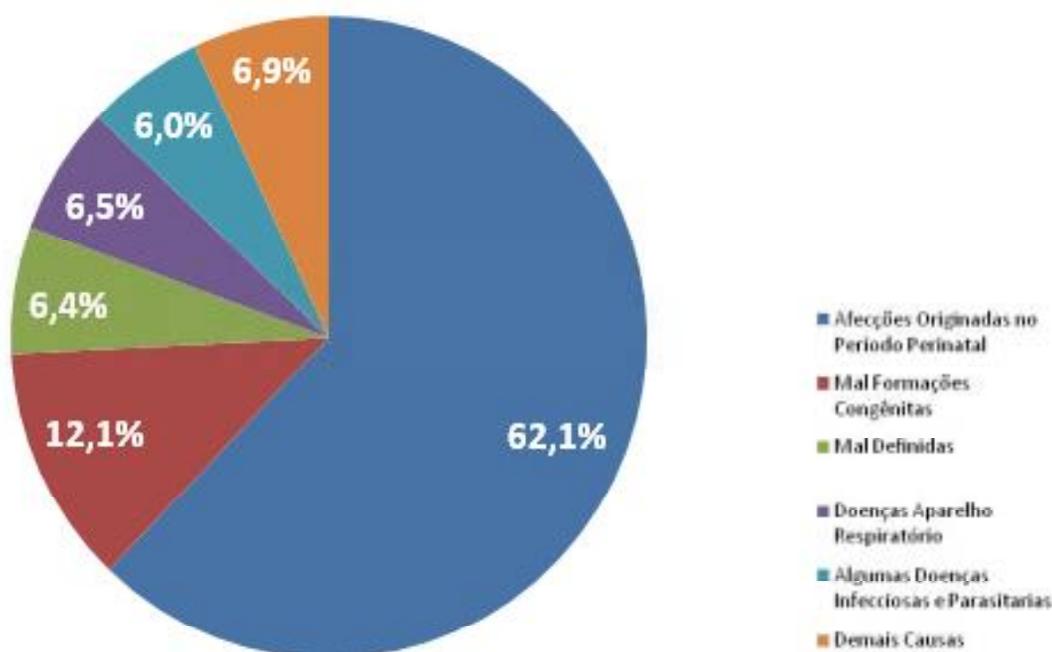


GRÁFICO 11: Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 2002
 Fonte: Datasus citado por Meira (2007).

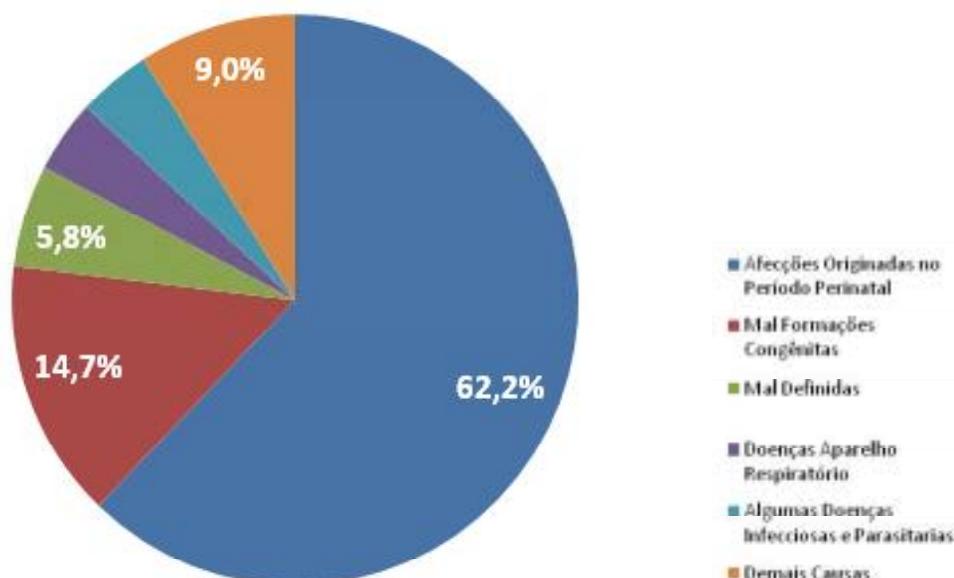


GRÁFICO 12: Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 2006

Fonte: Datasus citado por Meira (2007).

Acompanhando a queda da taxa de mortalidade infantil que vem sendo observada, a taxa específica de mortalidade por afecções originadas no período perinatal diminuiu, passando de 13,5/1000 NV para 9,7/1000 NV entre os dois anos considerados. (TAB. 3.16)

O segundo maior grupo de causa foi o de malformações congênitas (exceto em 1999). Esse grupo teve um aumento proporcional entre o primeiro e o último da série, passando de 9,3% para 14,7%. Por se tratar de um grupo de causas de difícil prevenção, o seu peso relativo tende a aumentar com a queda da mortalidade infantil em razão da diminuição dos óbitos pelas demais causas. A taxa específica de mortalidade por esse grupo de causas tende a sofrer pequenas variações conforme constatado. Essa taxa variou de 2,1/1000 NV para 2,3/1000 NV entre os anos de 1998 e 2006.

É de se destacar a redução de óbitos causados por doenças infecciosas e parasitárias cuja proporção caiu para menos da metade entre os anos extremos do período considerado (9,2% e 4,2% respectivamente em 1998 e 2006).

A taxa específica de mortalidade, por sua vez, que em 1998 foi de 2,1/1000 NV caiu para 0,7/1000 NV.

As doenças do aparelho respiratório também tiveram uma redução proporcional expressiva de 8,4% em 1998, para 4,1% em 2006, o mesmo ocorrendo em relação à taxa específica de mortalidade delas decorrentes que caiu de 1,9/1.000 n.v. para 0,6/1.000 NV.

O grupo das causas mal definidas foi o que proporcionalmente teve a menor redução relativa (6,8% em 1998 e 5,8% em 2006).

TABELA 11

Taxas específicas de mortalidade infantil por grupos de causas Minas Gerais, 1998 a 2006

Grupos de Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Afecções Originadas no período Perinatal	13,5	11,8	12,2	10,7	11,0	10,6	10,8	10,3	9,7
MalFormações Congênicas	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,6	2,3
Mal Definidas	1,6	2,3	2,0	1,6	1,1	1,2	1,0	0,9	0,9
Doenças do Aparelho Respiratório	1,9	1,5	1,5	1,4	1,2	1,2	0,8	0,8	0,6
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	2,1	1,5	1,3	1,2	1,1	1,0	0,7	0,8	0,7
Demais Causas	1,8	1,9	1,6	1,7	1,2	1,4	1,1	1,1	1,4

Fonte: DATASUS E CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007)

Nota: taxas por 1.000 NV. Dados de 2006 sujeitos a atualização

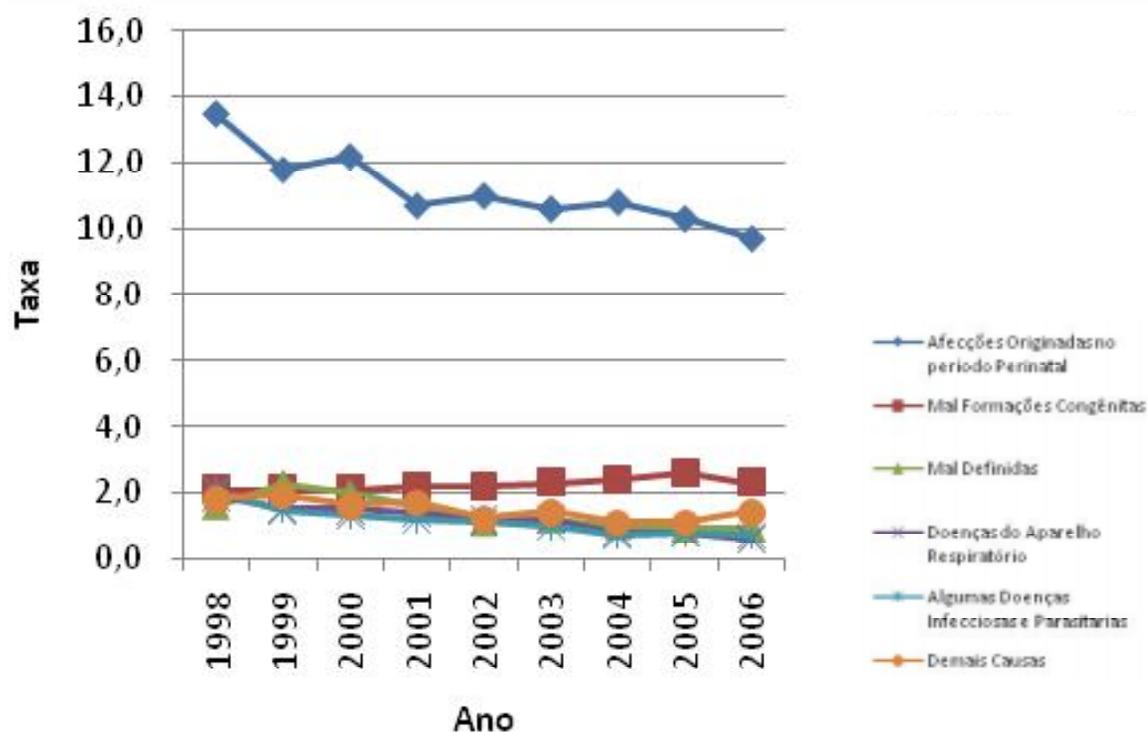


GRÁFICO 13: Taxas específicas de mortalidade infantil por grupos de causas, Minas Gerais, 1998 a 2006

Fonte: Datasus e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007)

Nota: Dados de 2006 sujeitos a atualização

Em 2006, as principais causas definidas de óbitos infantis em cada um dos principais grupos foram:

QUADRO 1
Grupos com as principais causas de óbitos infantis

GRUPOS	PRINCIPAIS CAUSAS
Afecções originadas no período perinatal	<ul style="list-style-type: none"> Desconforto respiratório do recém nascido. Transtornos relacionados com a duração da gravidez e crescimento fetal. Feto e recém nascido afetado por fatores maternos e complicações da gravidez/parto. Septicemia bacteriana do recém nascido. Hipoxia intrauterina e asfixia ao nascer.
Malformações Congênicas	<ul style="list-style-type: none"> Malformações congênicas do aparelho circulatório. Malformações congênicas do sistema nervos.
Doenças do Aparelho Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> Pneumonia
Infecciosas e Parasitárias	<ul style="list-style-type: none"> Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

2.1.3.1 Grupos de causas de mortalidade infantil nas macrorregiões de saúde.

Os principais grupos de causas de óbitos infantis em todas as macrorregiões foram os mesmos observados no Estado, com pesos relativos de alguns grupos bem acima dos constatados no todo (Tabela 12).

TABELA 12
Mortalidade infantil proporcional por grupos de causas nas macrorregiões de saúde Minas Gerais, 2005 e 2006

Macrorregiões de Saúde	Cap.16		Cap.17		Cap.18		Cap.10		Cap.1	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Sul	65,2	70,6	15,9	13,1	5,8	4,1	4,5	2,2	2,1	2,0
Centro Sul	68,7	72,5	16,9	14,6	5,0	1,8	2,5	2,3	3,5	2,9
Centro	61,8	59,3	17,6	17,3	5,0	5,5	6,0	5,5	3,7	3,4
Jequitinhonha ¹	64,0	67,0	9,0	15,1	4,5	5,7	-	-	7,9	2,8
Oeste	66,6	63,5	13,7	18,3	2,8	5,5	5,9	2,7	4,4	-
Leste	58,7	64,8	16,7	10,1	7,4	8,8	5,4	-	3,2	4,3
Sudeste	66,8	64,1	14,6	13,3	2,5	3,5	5,5	3,8	4,5	6,4
Norte	54,2	55,5	16,8	13,5	8,9	8,9	3,8	6,5	7,9	5,9
Noroeste	67,9	58,2	14,9	12,7	5,2	7,3	2,2	1,8	4,5	6,4
Leste do Sul ²	62,3	52,0	12,0	9,7	6,6	9,7	0,5	-	6,6	8,6
Nordeste	86,0	82,3	9,3	11,4	2,3	2,9	0,5	-	1,9	0,6
Triângulo do Sul ³	61,8	58,5	13,2	19,8	-	-	4,2	7,5	5,6	3,8
Triângulo do Norte	66,7	68,3	22,9	19,7	4,0	-	2,5	-	2,5	-

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007

Nota: Dados sujeitos a atualização

Cap.16: Afecções Perinatais; Cap.17: Malformações Congênicas; Cap.18: Causas Mal Definidas; Cap.10: Doenças do Aparelho Respiratório; Cap.1: Doenças Infecciosas e Parasitárias.

¹ 4º Grupo foi também o de doenças do sistema nervoso nos dois anos.

² 5º Grupo foi o de doenças endócrinas e nutricionais.

³ 5º Grupo foi o de doenças do aparelho respiratório.

2.1.4 Mortalidade infantil segundo o sexo

A mortalidade infantil é maior no sexo masculino, com proporções de 56% e 56,5% nos anos de 2005 e 2006 em relação ao total de óbitos em que o sexo foi declarado, o que equivale a uma razão de 1,27 óbitos de crianças do sexo masculino para cada óbito ocorrido no sexo feminino. Essa sobremortalidade masculina foi maior no componente pós neonatal em 2005 (1,35/1) e no componente neonatal precoce em 2006 (1,37/1), conforme Tabela 13.

TABELA 13

Freqüência e proporção de óbitos infantis segundo os componentes neonatal e pós-neonatal e sexo, Minas Gerais, 2005 e 2006

Componentes	2005					2006 ¹				
	Masculino		Feminino		Total	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Neonatal Precoce	1.390,0	55,8	1.099,0	44,2	2.489,0	1.272,0	57,9	926,0	42,1	2.198,0
Neonatal Tardio	364,0	53,7	314,0	46,3	678,0	324,0	53,6	280,0	46,4	6,4
Pós Neonatal	773,00	57,5	572,0	42,5	1.345,0	690,0	55,4	556,0	44,6	1.264,0
Total	2.527,0	56,0	1.985,0	44,0	4.512,0	2.286,0	56,5	17,62	43,5	4.048,0

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

¹ Dados sujeitos a atualização.

2.1.5 Distribuição da mortalidade infantil proporcional segundo sexo, causas e componentes

Os principais grupos de causas de óbitos infantis são os mesmos em ambos os sexos em todos os três componentes. A mortalidade proporcional por esses grupos de causas acha-se distribuída com valores similares entre os dois sexos.

TABELA 14

Mortalidade proporcional por grupos de causas e sexo nos períodos neonatal e pós-neonatal, Minas Gerais, 2005 e 2006

GRUPOS DE CAUSAS	2005						2006					
	N. Precoce		N. Tardio		Pós Neonatal		N. Precoce		N. Tardio		Pós Neonatal	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Afecc. Originadas no Período Perinatal	83,4	82,0	71,3	67,5	20,4	22,3	82,7	83,7	72,7	68,5	20,1	23,4
Mal Formações Congênicas	12,6	13,9	19,0	18,5	17,6	18,2	13,4	12,9	13,9	20,0	15,4	15,8
Mal Definidas	1,6	2,1	4,7	5,1	13,1	13,6	2,3	1,9	5,6	6,8	11,4	13,3
Doenças Aparelho Respiratório	0,7	1,0	1,4	1,6	15,1	13,8	0,5	0,4	1,9	0,7	14,9	9,5
Algumas Doenças Inf. e Parasitárias	0,6	0,4	1,4	2,2	14,2	13,8	0,2	0,0	1,9	0,4	14,1	11,7
Demais Causas	1,1	0,6	2,2	5,1	19,6	19,9	0,9	1,1	4,0	3,6	24,1	26,3

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

¹ Dados sujeitos a atualização.

2.2 A saúde da criança¹

2.2.1 A gestação e sua duração

Na duração da gestação é de se considerar a sua prematuridade (<36 semanas), que constitui um dos principais fatores de risco na ocorrência de óbito durante o primeiro ano de vida. No período neonatal, a chance de morte de crianças nascidas prematuramente é 40 vezes maior do que a daquelas nascidas de gravidez a termo, e a razão de hospitalização é três vezes maior (3). Por sua vez, trata-se de um fator que está associado ao baixo peso, o que amplifica o risco de ocorrência de óbito no período neonatal principalmente.

Em Minas Gerais, no ano de 2006, a proporção de nascidos vivos prematuros em relação ao total de nascidos vivos foi de 7,2%. Esses percentuais diferem pouco do observado em anos anteriores a partir de 2000.

Em 2006, as proporções maior e menor foram observadas nas macros Oeste: 8,4% e Jequitinhonha: 4,7% (Tabela 15)

TABELA 15

Freqüência e proporção de nascidos vivos prematuros nas macrorregiões de saúde Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	Ano 2006	
	Nº NV prematuros	%
Sul	2.537	7,8
Centro Sul	690	7,3
Centro	6.310	7,8
Jequitinhonha	224	4,7
Oeste	1.232	8,4
Leste	1.162	6,0
Sudeste	1.528	8,1
Norte	1.334	5,3
Noroeste	502	5,7
Leste do Sul	613	6,5
Nordeste	701	5,1
Triângulo do Sul	643	7,4
Triângulo do Norte	1.227	7,9

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

¹ Grupo etário até nove anos

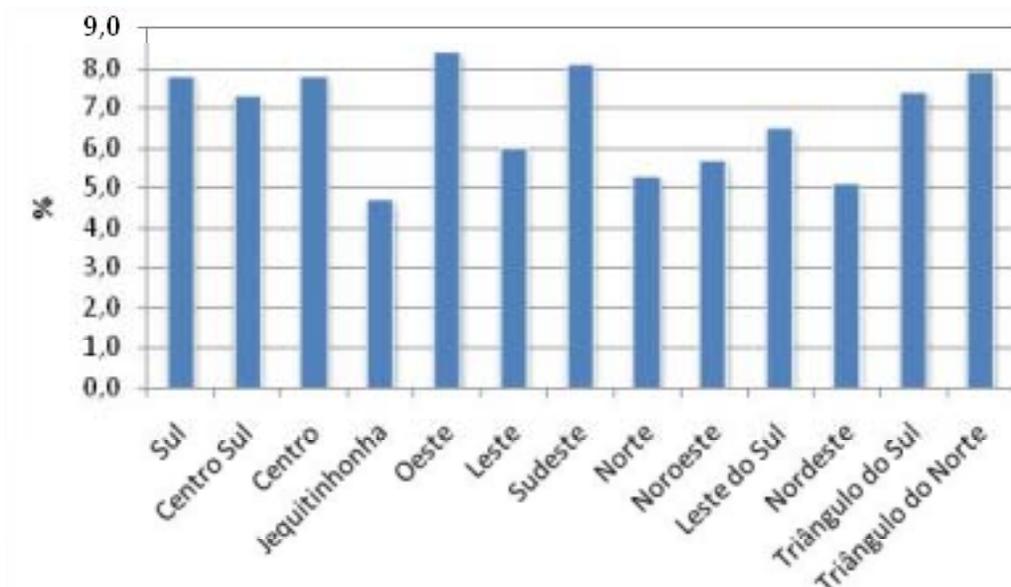


GRÁFICO 14: Proporção de nascidos vivos prematuros nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

2.2.2 Prematuridade e idade da mãe

As maiores proporções de nascidos vivos prematuros, em 2006, são de mães com idades compreendidas nos grupos etários de 10-14, 40-44 e 45-49 anos. O mesmo foi observado com relação ao baixo peso ao nascer. Essa similitude decorre da dupla contagem de uma mesma criança com prematuridade e baixo peso e a associação entre essas características e entre elas com a idade da mãe.

TABELA 16

Freqüência e proporção de nascidos vivos prematuros em relação à idade das respectivas mães, Minas Gerais, ano 2006

Idade da mãe (em anos)	Nº de NV	Nº de NV prematuros	%
10 a 14	1.636	189	11,6
15 a 19	47.589	3.725	7,8
20 a 29	141.151	9.084	6,4
30 a 39	64.772	5.084	7,8
40 a 44	5.882	589	10,0
45 a 49	379	32	8,4
Total	261.409	18.671	7,1

Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

Essa situação é também verificada em todas as macrorregiões de saúde (Tabela 17).

TABELA 17
Proporção de nascidos vivos prematuros em relação à idade da mãe,
por macrorregião de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	Grupo etário					
	10 a 14%	15 a 19%	20 a 29%	30 a 39%	40 a 44%	45 a 49%
Sul	17,9	9,1	6,9	8,2	10,9	10,5
Centro Sul	20,4	7,3	6,9	7,7	10,7	13,3
Centro	11,8	8,5	7,1	8,4	10,8	10,8
Jequitinhonha	15,2	5,0	4,4	4,9	5,4	6,7
Oeste	14,1	9,0	7,7	8,8	11,9	5,3
Leste	10,1	6,3	5,5	6,8	8,8	12,0
Sudeste	8,7	9,0	7,2	9,0	10,6	10,6
Norte	6,1	6,1	4,5	6,3	7,1	7,0
Noroeste	9,3	7,4	5,8	6,3	11,1	7,7
Leste do Sul	6,7	8,0	6,3	6,3	10,1	-
Nordeste	8,9	5,4	4,5	6,2	7,0	8,9
Triângulo do Sul	14,7	9,4	6,5	7,4	8,3	25,0
Triângulo do Norte	12,0	9,6	7,0	8,5	11,6	20,0

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

2.2.3 Prematuridade e tipo de parto

Entre os fatores que são avaliados para a indicação da via de parto, estão aqueles associados à gestação pré-termo, ocorrendo a possibilidade de haver maior número de partos operatórios entre os nascidos vivos prematuros quando comparados com aqueles de partos de gestação a termo.

Em Minas Gerais, no ano de 2006, o número de partos operatórios de gestações pré-termo foi maior do que o de partos por via vaginal, equivalendo proporcionalmente a 53,3%. Nota-se, entretanto, que nas idades gestacionais mais baixas, os partos por via vaginal são fortemente preponderantes. O aumento dos índices de prematuros em decorrência da prematuridade iatrogênica é um fenômeno novo e preocupante (LANSKY, 2008).

Em outras palavras, isso significa dizer que os partos por via normal estão sendo realizados em situações que geram maiores riscos para a morte neonatal. Giglio, Lamounier e Morais Neto, em estudo de coorte retrospectiva, por meio do sistema de linkage (D.N.X.D.O) realizado com dados de 2000 de Goiânia, constataram que “o parto normal foi mais realizado que o operatório em situações de maior risco para a morte neonatal”. Eles atribuíram esse paradoxo a um processo seletivo que ocorre nos hospitais privados sem atendimento a pacientes do SUS, nos quais a cesariana foi paradoxalmente maior à medida que aumentaram a idade gestacional e o peso ao nascer, sendo 3,38

vezes maior nas gestações de 22-27 semanas em relação àsquelas de 37-41 (GIGLIO; LAMOUNIER, 2005).

2.2.4 Nascimento

O conhecimento das condições das crianças ao nascerem e de seus fatores determinantes tem importante significado para a formulação de programas voltados para a promoção da saúde materno-infantil.

Dentre essas condições destacam-se a idade gestacional e o peso ao nascer, que são importantes fatores na predição da mortalidade infantil (Ministério da Saúde, 2006).

Por sua vez, a qualidade da assistência pré-natal e algumas características da gestante, tais como a idade, a paridade e a escolaridade, bem como o tipo de parto, para citar características cujas informações é possível se obter do SINASC, são importantes fatores determinantes daquelas condições.

Esta análise tem por objetivo descrever essas condições e os fatores relacionados no universo de nascidos vivos captados pelo SINASC no ano de 2006.

2.2.5 Peso ao nascer

São considerados como de baixo peso os nascidos vivos com peso abaixo de 2.500g e com sobrepeso os nascidos com mais de 5000 g (OMS, CID 10, 1995). O risco de óbito no primeiro ano de vida decorrente desse fator é tanto maior quanto maior o desvio em relação àqueles parâmetros.

Em crianças nascidas com peso entre 1.500g e menos de 2.500g, o risco é sete vezes maior do que em crianças com peso considerado normal (2.500g a 5.000g), aumentando para 58 vezes quando o peso situa-se entre 1.000g a 1.500g, e muito maior em crianças que nasceram com peso abaixo de 1.000g. Crianças com sobrepeso ao nascer têm uma razão de chance de morrer antes de um ano de idade três vezes maior do que aquelas que nasceram com peso normal (Ministério da Saúde, 2006).

Em Minas Gerais, a proporção de nascidos vivos com peso abaixo de 2.500g foi de 9,5% em 2006, com discretos aumentos na série histórica de 2000 até aquele ano. (Tabela 18 e Gráfico 15)

TABELA 18
Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer,
Minas Gerais, 2000-2006

Ano	Nº de NV	Nº de NV com baixo peso	%
2000	300.836	26.282	8,7
2001	297.764	27.048	9,1
2002	284.558	26.758	9,4
2003	282.013	26.294	9,6
2004	277.691	26.674	9,6
2005	277.468	26.105	9,4
2006 ⁽¹⁾	263.815	25.010	9,5

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

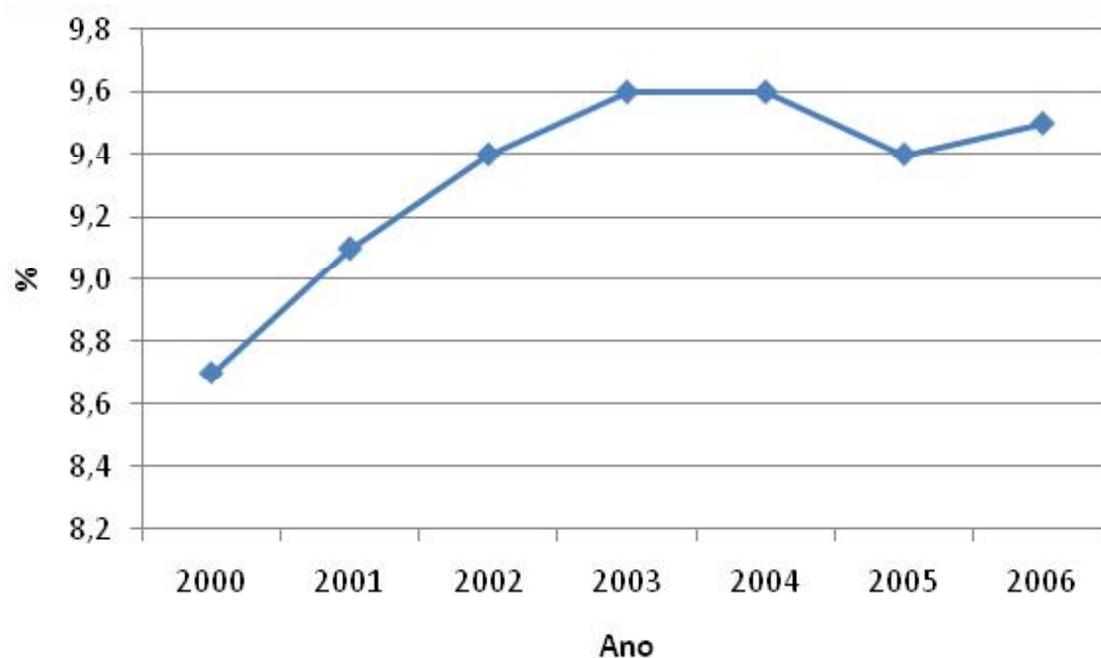


GRÁFICO 15: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Minas Gerais, 2000-2006

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados de 2006 sujeitos a atualização.

Nas macrorregiões de saúde, proporções de nascidos vivos com peso abaixo de 2.500g e acima da média do Estado foram observadas na Centro Sul, Centro, Oeste e Sudeste e Triângulo do Norte no ano de 2006, sendo, entretanto, discretas as diferenças observadas. Essas diferenças podem estar relacionadas com uma seletividade dos eventos informados, sobretudo naquelas macros com níveis socioeconômicos reconhecidamente menores. (Tabela 19)

TABELA 19

Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	Nº de NV	Nº de NV com baixo peso	%
Sul	33.148	3.162	9,5
Centro Sul	9.403	961	10,2
Centro	81.107	8.161	10,1
Jequitinhonha	4.733	446	9,4
Oeste	14.825	1.433	9,7
Leste	19.437	1.675	8,6
Sudeste	19.135	1.941	10,1
Norte	25.409	2.180	8,6
Noroeste	8.975	791	8,8
Leste do Sul	9.534	821	8,6
Nordeste	13.744	1.143	8,3
Triângulo do Sul	8.771	791	9,0
Triângulo do Norte	15.558	1.502	9,6
Estado	263.815	25.010	9,5

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

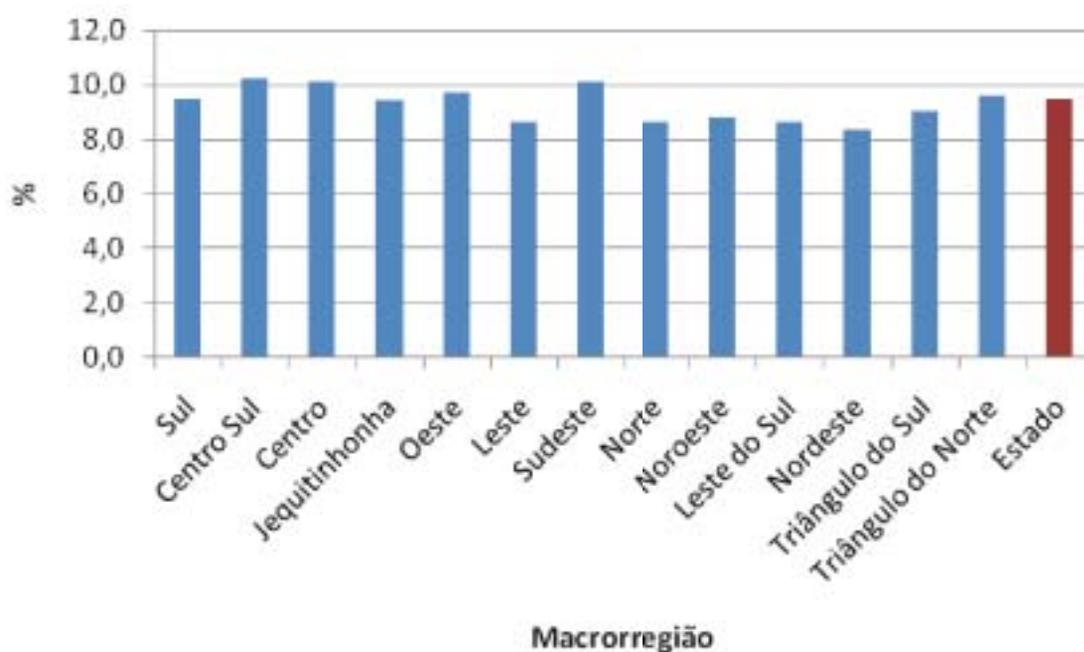


GRÁFICO 16: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2006

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

A Tabela 20 e o Gráfico 16 mostram a freqüência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de acordo com as idades das respectivas mães e as proporções em relação ao total de cada grupo etário, no ano de 2006.

TABELA 20

Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em relação aos respectivos grupos etários das mães, Minas Gerais, ano 2006

Idade da mãe (em anos)	nº de NV	NV com baixo peso	%
10-14	1.646	235	14,3
15-19	48.008	5.019	10,5
20-29	142.423	12.227	8,6
30-39	65.374	6.655	10,2
40-44	5.945	821	13,8
45-49	383	50	13,1
Total	263.779	25.007	9,7

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota 1: Excluídos os com idade de 50 e mais (36).

Nota 2: Dados sujeitos a atualização.

Observa-se que as maiores proporções de crianças com baixo peso estão entre aquelas nascidas de mães das faixas etárias situadas nos extremos do período de vida fértil das mulheres, isto é, na adolescência (10-14 e 15-19 anos) e nas faixas de idade de 40-44 e 45-49 anos.

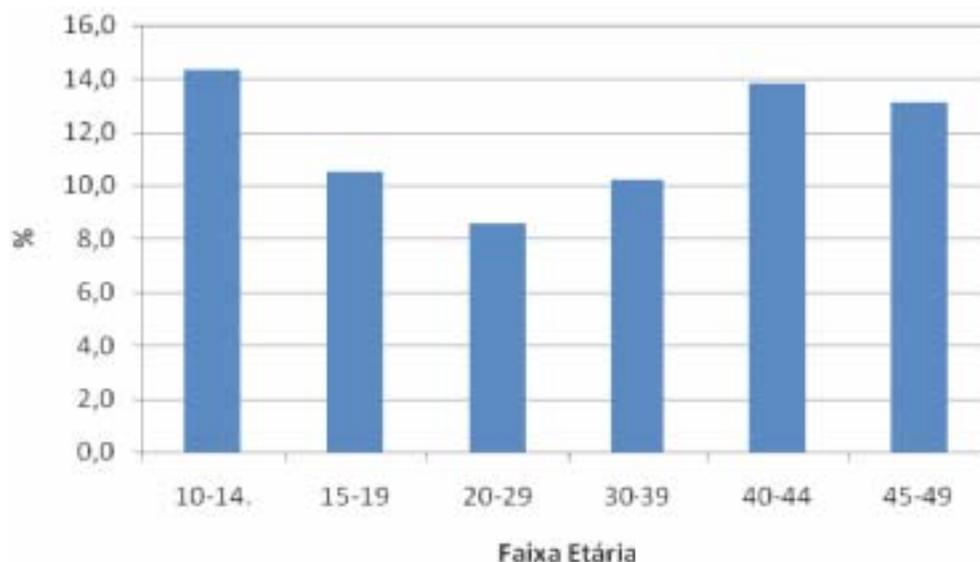


GRÁFICO 17: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em relação às respectivas faixas etárias das mães, Minas Gerais, 2006

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

Nas macrorregiões, as maiores proporções de nascidos vivos com baixo peso estão também entre aqueles de mães adolescentes e com idade entre 40-49 anos. Algumas diferenças importantes são, entretanto, notadas quanto a sua magnitude. (ver Tabela 21).

TABELA 21

Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em relação às respectivas faixas etárias das mães, macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	% / faixa etária da mãe (em anos)					
	10-14	15-19	20-29	30-39	40-44	45-49
Sul	15,6	10,5	8,8	9,8	15,1	18,4
Centro Sul	22,4	9,1	10,2	10,3	14,2	20,0
Centro	11,0	11,4	9,2	10,6	13,9	9,2
Jequitinhonha	23,9	10,0	8,6	10,1	9,8	6,7
Oeste	18,5	10,8	8,8	10,0	14,4	21,1
Leste	13,2	9,9	7,5	9,7	13,7	12,0
Sudeste	11,7	10,6	9,4	11,2	15,0	19,4
Norte	16,5	9,6	7,6	9,4	13,4	9,3
Noroeste	9,3	10,5	8,1	9,0	7,9	23,1
Leste do Sul	10,0	9,9	7,7	9,3	14,1	10,0
Nordeste	14,3	9,1	7,3	9,3	12,7	11,1
Triângulo do Sul	13,3	10,4	8,0	9,9	12,5	25,0
Triângulo do Norte	17,1	10,7	8,7	10,7	13,0	20,0

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

Os valores da mediana e dos respectivos quartis da população de nascidos com baixo peso ao nascer de mães com idade entre 10 a 14 anos das macrorregiões de saúde foram de 14,30% (Me), 11,35 (1º Q) e de 17,80% (3º Q). Já entre os recém-nascidos de mães com idade de 45 a 49 anos, esses valores foram de 18,40% (Me), 9,65% (1º Q) e 20,55% (3º Q).

2.2.5.1 Baixo peso ao nascer e consulta pré-natal

A freqüência de crianças nascidas com baixo peso ao nascer e as proporções em relação ao número das respectivas mães distribuídas de acordo com as consultas de pré-natal no ano de 2006 são mostradas na Tabela 22 e no Gráfico 18.

TABELA 22

Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso de mães classificadas de acordo com o número de consultas pré-natal Minas Gerais, ano 2006

Nº de consultas	Nº de NV	NV com baixo peso	%
Nenhuma	2.756	743	27,0
1 a 3	17.845	3.224	18,1
4 a 6	82.829	9.412	11,4
7 e mais	156.653	11.110	7,1
Total	260.083	24.489	9,4

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota 1: Excluídos os NV com baixo peso (521) cujo número de consultas não foi informado.

Nota 2: Dados sujeitos a atualização.

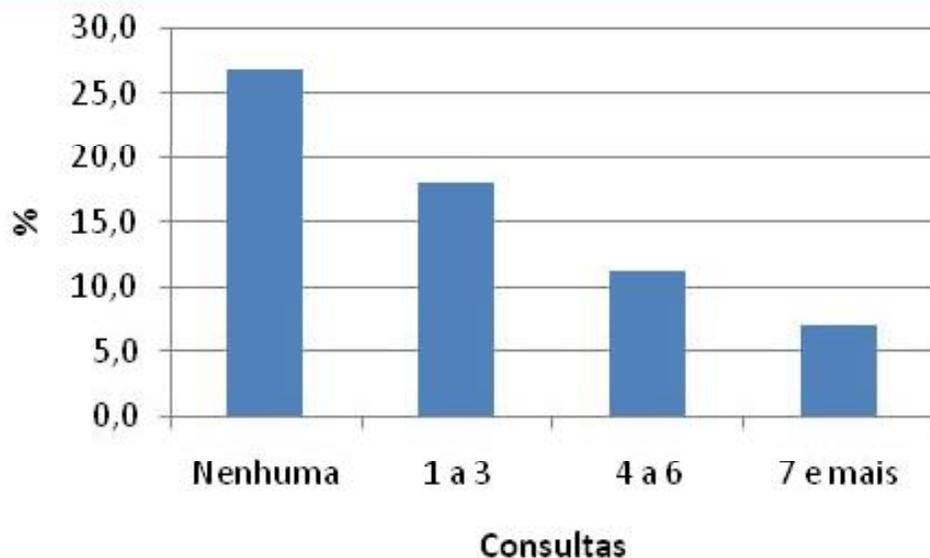


GRÁFICO 18: Proporção de com baixo peso ao nascer de mães classificadas de acordo com o número de consultas pré-natal, Minas Gerais, 2006

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

Observa-se que a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer é decrescente em relação ao número de consultas de pré-natal referido pelas respectivas mães. A proporção entre aquele de mães que informaram não ter realizado nenhuma consulta em relação àqueles nascidos de mães que realizaram sete ou mais consultas é quase quatro vezes maior.

TABELA 23

Frequência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de acordo com o número de consultas de pré-natal, por microrregião de saúde Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião	Nenhuma consulta			1 a 3 consultas			4 a 6 consultas			7 e mais consultas		
	Nº NV	Com baixo peso	%	Nº NV	Com baixo peso	%	Nº NV	Com baixo peso	%	Nº NV	Com baixo peso	%
Sul	237	74	31,2	1.474	319	21,6	7.767	1.030	13,3	23.347	1.698	7,3
Centro Sul	63	16	25,4	441	102	23,1	2.940	378	12,9	5.821	444	7,6
Centro	914	266	29,1	4.898	974	19,9	23.330	2.750	11,8	50.322	3.961	7,9
Jequitinhonha	80	18	22,5	649	101	15,6	2.062	192	9,3	1.846	127	6,9
Oeste	78	25	32,1	661	176	26,6	5.320	641	12,0	8.608	571	6,6
Leste	203	34	16,7	1.778	249	14,0	8.100	785	9,7	9.106	585	6,4
Sudeste	127	39	30,7	822	197	24,0	4.914	683	13,9	13.013	971	7,5
Norte	211	57	27,0	2.406	365	15,2	10.050	1.002	10,0	12.493	708	5,7
Noroeste	96	22	22,9	868	143	16,5	3.472	334	9,6	4.451	274	6,2
Leste do Sul	97	21	21,6	569	89	15,6	3.052	317	10,4	5.664	369	6,5
Nordeste	429	88	20,5	2.360	277	11,7	6.668	519	7,8	4.092	243	5,9

TABELA 23
Freqüência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de acordo com o número de consultas de pré-natal, por microrregião de saúde Minas Gerais, ano 2006

Triângulo do Sul	118	49	41,5	454	84	18,5	2.379	296	12,4	5.736	357	6,2
Triângulo do Norte	103	34	33,0	465	148	31,8	2.775	485	17,5	12.154	802	6,6
Estado	2.756	743	27,0	17.845	3.224	18,1	82.829	9.412	11,4	156.653	11.110	7,1

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota 1: Excluídos os não informados e ignorados: n.v. 3732 e baixo peso 521.

Nota 2: Dados sujeitos a atualização.

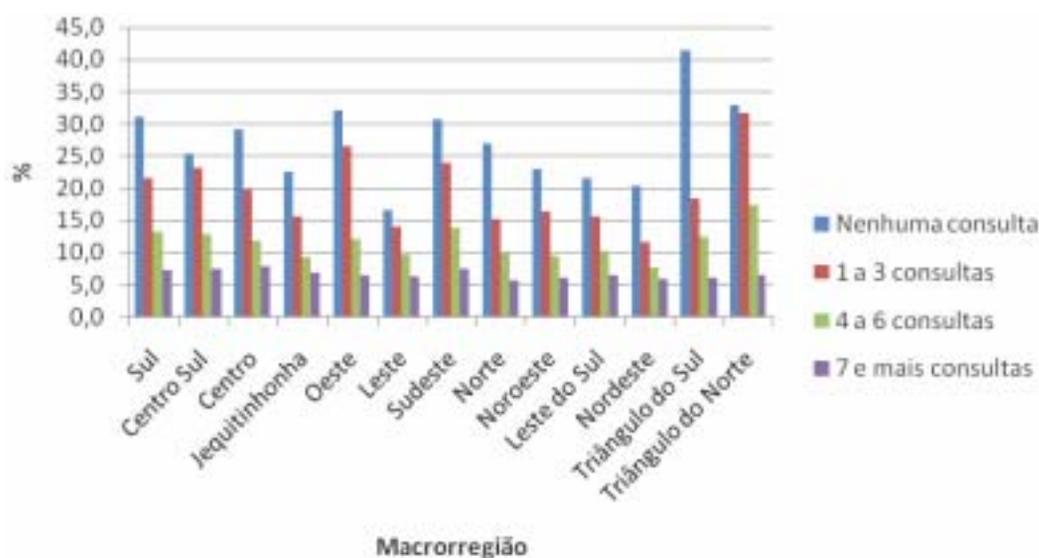


GRÁFICO 19: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de acordo com o número de consultas pré-natal, macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2006

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

É também constatada em todas as macrorregiões a relação inversa entre número de consultas pré-natais e baixo peso ao nascer. Verifica-se ainda que nas macros com melhores condições socioeconômicas do Estado (Triângulo do Sul e do Norte, Sul, Sudeste e Centro) as proporções de crianças com baixo peso, de mães que disseram não ter realizado nenhuma consulta pré-natal, são as maiores dentre as demais (Tabela 23 e Gráfico 18). As diferenças observadas devem, entretanto, ser avaliadas com cautela, por razões já mencionadas anteriormente. Esses resultados evidenciam a importância dos cuidados pré-natais como fator preditivo na redução do baixo peso dos recém-nascidos e na conseqüente redução da mortalidade infantil. É importante fazer mais que seis consultas pré-natais, porque o risco de óbito para quem fez de quatro a seis consultas pré-natais é pelo menos 50% maior do que o risco para quem fez sete ou mais consultas em todas as faixas de peso.

A freqüência mínima de sete ou mais consultas de pré-natal referida pelas mães no Estado é, proporcionalmente inferior a 60%, com distribuição muito heterogênea. As proporções mais baixas observadas foram nas macros Nordeste (29,8%) e Jequitinhonha (39,0%). (Gráfico 19)

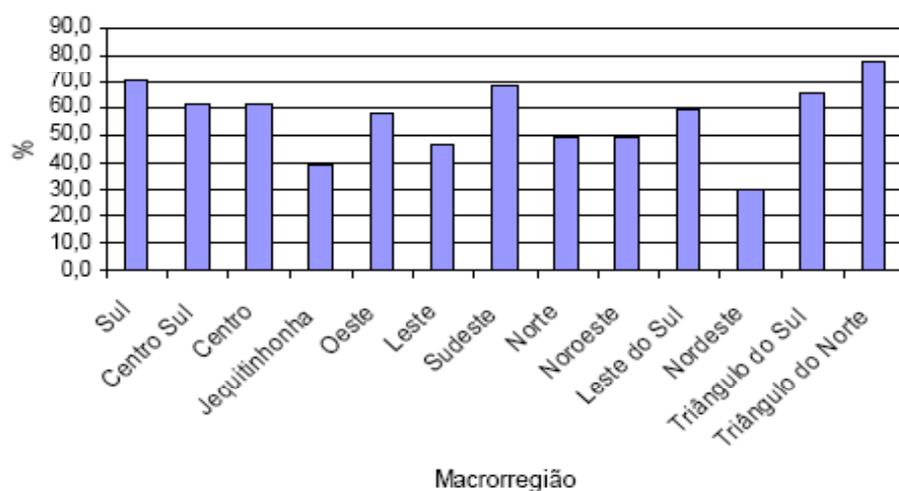


GRÁFICO 20: Proporção de nascidos vivos cujas mães realizam sete ou mais consultas pré-natal, macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2006

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007).

2.3 A saúde dos adolescentes

2.3.1 A maternidade entre as adolescentes

Em Minas Gerais, em 2006, cerca de 19% dos nascidos vivos foram de mães adolescentes (10-19 anos). As maiores proporções foram verificadas nas macrorregiões Nordeste, Jequitinhonha, Norte e Noroeste (Tabela 24).

TABELA 24

Freqüência e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, ano 2006

Macrorregiões	10 a 14		15 a 19		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sul	218	0,7	6.000	18,1	6.218	18,8
Centro Sul	49	0,5	1.489	15,8	1.538	16,3
Centro	347	0,4	12.527	15,4	12.874	15,8
Jequitinhonha	46	1,0	1.083	22,9	1.129	23,9
Oeste	92	0,6	2.413	16,3	2.585	16,9
Leste	129	0,7	3.655	18,8	3.784	19,6
Sudeste	103	0,5	3.242	16,9	3.345	17,4
Norte	212	0,8	5.701	22,4	5.913	23,2
Noroeste	86	1,0	1.896	21,1	1.982	22,1
Leste do Sul	60	0,6	1.720	18,0	1.780	18,6
Nordeste	112	0,8	3.396	24,7	3.508	25,5
Triângulo do Sul	75	0,9	1.822	20,8	1.897	21,7
Triângulo do Norte	117	0,8	3.064	19,7	3.181	20,5
Total	1.646	0,6	48.008	18,2	49.654	18,8

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira 2007.

Nota: Dados sujeitos a atualização.

Essa proporção vem decaindo de forma progressiva, tendo sido de 27% em 1998, ano em que os dados do SINASC passaram a se referir a todo o Estado (Meira, A. J.).

2.3.2 Características dos nascidos vivos de mães adolescentes

A taxa de nascidos vivos de mulheres adolescentes, por sua vez, teve uma redução entre os anos de 1998 a 2006 de 23%, passando de 33,0/1000 para 25,4/1.000, como mostra a Tabela 25. As maiores quedas observadas foram nas macrorregiões Centro e na Sul, sendo que nas macros Nordeste e Norte houve aumento no período considerado.

TABELA 25
Taxa de Nascidos Vivos de mulheres adolescentes,
por macrorregião de saúde, Minas Gerais, anos 1998-2006

Macrorreg de Saúde	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
3101 Sul	38,3	36,8	37,5	34,0	29,4	27,6	25,8	25,8	25,1
3102 Centro Sul	29,6	29,7	30,1	27,2	24,5	22,9	23,5	22,6	22,1
3103 Centro	33,7	34,1	33,0	29,7	27,0	25,2	23,5	22,5	21,1
3104 Jequitinhonha	37,3	32,4	25,8	27,8	31,6	31,1	32,6	32,3	31,9
3105 Oeste	28,4	31,9	33,1	30,7	28,2	25,9	25,4	24,2	23,0
3106 Leste	30,6	27,0	32,3	31,0	29,6	28,0	25,1	26,9	25,4
3107 Sudeste	33,3	33,0	30,7	31,8	26,0	26,6	25,1	25,1	23,2
3108 Norte de Minas	18,5	32,3	33,2	38,8	35,0	34,4	33,4	32,8	31,5
3109 Noroeste	37,0	39,1	38,9	41,5	36,9	33,0	34,6	34,6	31,2
3110 Leste do sul	33,5	36,6	33,0	33,6	32,2	28,3	27,8	28,3	25,9
3111 Nordeste	30,8	30,8	34,2	40,7	35,9	39,0	38,2	39,8	34,0
3112 Triângulo do Sul	40,1	35,9	40,3	36,4	35,7	33,8	33,9	32,3	31,2
3113 Triângulo do Norte	40,2	44,3	44,7	39,2	34,8	32,8	32,0	30,8	28,9
Estado	33,0	34,1	34,3	33,2	30,0	28,6	27,4	27,0	25,4

Fonte: DATASUS e SE/SES-MG citado por Meira (2007).

Nota: Taxa por 1.000 mulheres de 10-19 anos. Dados de 2006 sujeitos a atualização.

Em 2006, apenas a metade das gestantes adolescentes referiram realizar sete ou mais consultas de pré-natal no Estado. As menores proporções foram observadas nas macrorregiões Nordeste, Jequitinhonha, Leste, Norte e Noroeste, nas quais foram constatadas também as mais baixas proporções de gestantes de todas as idades que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. (Tabela 26).

Das mães adolescentes que declararam o grau de escolaridade, em 2006, 45% referiram ter de oito a onze anos de estudo e outras 43% de quatro a sete anos.

TABELA 26

Frequência e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes que referiram ter feito sete ou mais consultas de pré-natal nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006

Macrorregião de Saúde	Nº	%	Todas as idades %
Sul	3.999	64,3	70,4
Centro Sul	850	55,3	61,9
Centro	6.289	48,9	62,0
Jequitinhonha	383	33,9	39,0
Oeste	1.257	50,2	58,1
Leste	1.428	37,7	46,8
Sudeste	2.000	59,8	68,0
Norte	2.533	42,8	49,2
Noroeste	850	42,9	49,6
Leste do Sul	936	52,6	59,4
Nordeste	864	24,6	29,8
Triângulo do Sul	1.081	57,0	65,4
Triângulo do Norte	2.228	70,0	78,0
Estado	24.698	49,8	59,4

Fonte: CPD/GIE/SE/SES citado por Meira (2007)

2.3.3 A mortalidade entre os adolescentes

A mortalidade entre os adolescentes no período 1998 a 2006 manteve-se estável, com taxas padronizadas variando entre 5,4/10.000 e 6,4/10.000 e proporções próximas de 2,0% em relação ao total de óbitos em todas as idades, sendo maior no grupo etário de 15-19 anos (Tabela 27).

TABELA 27

Frequência, proporção e taxa de mortalidade de adolescentes
Minas Gerais, 1998 a 2006

Ano	10 a 14 anos			15 a 19 anos			Total		
	Nº de Óbitos	%	Taxa Padron.	Nº de Óbitos	%	Taxa Padron.	Nº de Óbitos	%	Taxa Padron.
1998	664	0,7	3,7	1476	1,5	7,9	2.140	2,2	5,9
1999	638	0,6	3,6	1572	1,6	8,4	2.210	2,2	6,1
2000	583	0,6	3,3	1392	1,4	7,5	1.975	2,0	5,4
2001	550	0,6	3,1	1435	1,5	7,7	1.985	2,1	5,4
2002	547	0,6	3,1	1541	1,6	8,3	2.088	2,2	5,7
2003	563	0,5	3,2	1667	1,6	8,9	2.230	2,1	6,1
2004	596	0,6	3,3	1749	1,6	9,4	2.345	2,2	6,4
2005	590	0,6	3,3	1747	1,6	9,4	2.337	2,2	6,4
2006	523	0,5	2,9	1689	1,6	9,0	2.212		6,1

Fonte: CPD/GIE/SE/SESMG citado por Meira (2007).

Nota: Taxas por 10.000 adolescentes e nas respectivas idades. População padrão de Minas Gerais.

Nota 2: Dados de 2006 sujeitos a atualização.

A sobremortalidade masculina aumentou no decurso do período. Em 1998, ela foi de 1/2 (F/M), e em 2006 ela passou a ser de 1/3. Essa sobremortalidade é mais acentuada na faixa etária de 15-19 anos, tendo sido de 1/4 em 2006. (Tabela 28)

TABELA 28
Mortalidade proporcional dos adolescentes, por sexo, Minas Gerais, 1998-2006

Ano	10 a 14 anos		15 a 19 anos		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1998	61,3	38,7	69,2	30,8	66,8	33,2
1999	58,2	41,8	71,5	28,5	67,6	32,4
2000	58,5	41,5	73,3	26,7	69,0	31,0
2001	64,5	35,5	76,1	23,9	72,9	27,1
2002	60,0	40,0	74,2	25,8	70,0	30,0
2003	61,8	38,2	76,1	23,9	75,2	24,8
2004	62,4	37,6	77,5	22,5	73,7	26,3
2005	64,9	35,1	80,4	19,6	76,5	23,5
2006	61,4	38,6	80,0	20,0	75,6	24,4

Fonte: CPD/GIE/SE/SESMG citado por Meira (2007).

Nota: Proporção em relação ao total de óbitos com registro do sexo.

Nota 2: Dados sujeitos a atualização.

O principal grupo de causas de mortalidade é o de causas externas em ambas as faixas etárias, com proporção expressivamente maior entre os adolescentes de 15-19 anos e preponderância das agressões (homicídios).

2.3.4 Internações hospitalares

Com relação às internações hospitalares, a maior frequência é de pessoas do sexo feminino, e entre elas, preponderam as decorrentes de complicações da gravidez, do parto e do puerpério, que requerem procedimentos a serem realizados em ambiente hospitalar, muitos deles realizados no período de permanência no hospital, após o parto.

Entre os homens, a maioria das internações decorre de conseqüências de causas externas.

2.4 O grupo etário de 20-39 anos

2.4.1 Mortalidade

A mortalidade por causas externas é preponderante na população de 20 a 39 anos, sendo expressivamente maior entre os mais jovens (20-29 anos).

Nesse grupo de causas destacam-se em primeiro lugar as agressões (homicídios) e depois os acidentes de transporte. Destacam-se ainda os óbitos por lesões autoprovocadas (suicídios), cujo peso relativo é de 7,5% entre os jovens de 20-29 anos e de 10,3% entre os de idade de 20-39 anos. (Tabela 29)

TABELA 29

Frequência e proporção de óbitos pelas principais causas de mortalidade no grupo etário de 20 a 39 anos de idade, Minas Gerais, ano 2006

Grupo de Causas	20-29		30-39		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Causas externas	3.096	63,3	2.092	34,0	5.188	47,0
• Agressões	(1.573)		(837)		(2.140)	
• Ac. de transporte	(871)		(646)		(1.517)	
• Lesões autoprovocadas voluntariamente	(234)		(216)		(450)	
• Demais causas externas	(418)		(393)		(811)	
Causas mal definidas	379	7,7	817	13,3	1.196	10,8
D. do ap. circulatório	281	5,7	765	12,4	1.046	9,5
• D. cérebro vasculares	(73)		(202)			
• D. isquêmicas	(34)		(142)			
• D. hipertensivas	(17)		(95)			
• Restante do ap. circulatório	(157)		(326)			
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	220	4,5	525	8,5	745	6,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	201	4,1	525	8,5	726	6,6
• Doenças virais	(122)		(304)			
• Tuberculose	(15)		(33)			
• Demais infecc. e parasitárias	(83)		(188)			
Demais grupos de causas	714	14,7	1.431	23,3	2.145	19,4
Total	4.891	100,0	6.155	100,0	11.046	100,0

Fonte: SIM-CPD/GIE/SE/SESMG citado por Meira (2007).

Nota: Dados sujeitos a atualização.

As taxas específicas padronizadas de mortalidade por grupos de causas e sexo evidenciam a magnitude dos óbitos por causas externas no sexo masculino. A razão entre as taxas é de 1/8,3 (F/M) entre os jovens de 20-29 anos, razão maior nos óbitos por agressões (homicídios) nessa mesma faixa etária e que corresponde a 1/11,5 (F/M). No grupo etário de 30-39 anos, a razão de óbitos por causas externas entre os sexos decresce para 1/6,3, sendo menor em relação aos óbitos por agressões (1/2,7).

Os demais grupos de causas principais de óbitos se expressam por taxas também maiores no sexo masculino, exceto as neoplasias na faixa etária de 30-39 anos que se equivalem (1,9/10.000) (Tabela 30).

TABELA 30

Taxas específicas padronizadas dos principais grupos de causas de mortalidade na faixa etária de 20-39 anos, por sexo, Minas Gerais, ano 2006

Grupo de causas	20-29		30-39		20-39
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Total
Causas externas	17,4	2,1	11,4	1,8	8,9
• Agressões	9,2	0,8	4,8	1,8	3,7
• Acidente transporte	4,6	0,8	3,4	0,6	2,6
• Lesões autoprov.	1,3	0,2	1,1	0,3	0,8
C. mal definidas	1,7	0,7	3,7	1,6	2,1
D. ap. circulatór.	1,1	0,7	2,9	1,9	1,8
D. infecciosas e parasitárias	0,9	0,5	2,3	1,1	1,3
Neoplasias	0,8	0,5	1,9	1,9	1,2
Demais grupos	2,6	1,9	6,3	4,9	7,6
Total	24,5	6,4	32,4	12,8	19,0

Fonte: CPD/GIE/SES/SESMG citado por Meira (2007).

Nota: Taxas por 10.000 hab. das respectivas faixas etárias.

Nota 2: Dados sujeitos a atualizações.

2.4.2 Mortalidade nas macrorregiões de saúde

A relação dos principais grupos de causas de óbitos nas macrorregiões de saúde tem poucas diferenças. O grupo das causas externas é preponderante, exceto na macrorregião Jequitinhonha onde a maior proporção é de óbitos por causas mal definidas. Esse grupo de causas consta da relação de todas as macrorregiões, excetuada a Oeste. As elevadas proporções observadas nas macrorregiões Jequitinhonha e Norte tornam inconsistente o perfil da distribuição pelos demais grupos de causas cujos pesos relativos são provavelmente mais elevados.

2.4.3 Internações hospitalares

A frequência das internações hospitalares de pessoas do sexo feminino é de quase o dobro das hospitalizações de pessoas do sexo masculino e decorrem, sobretudo, de complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Essas complicações foram causas de quase metade das hospitalizações de pessoas do sexo feminino (47,2%), sendo maior entre as mulheres de 20-29 anos (57,2%).

Entre os homens, as causas principais de hospitalizações decorreram de conseqüências de causas externas, grupo que não participa do *ranking* das principais causas entre as mulheres. (Tabela 31 e 32)

TABELA 31

Freqüência e proporção de causas de internações hospitalares de mulheres com 20-39 anos de idade em hospitais da rede SUS/MG, ano 2006

Grupos de causas	20-29		30-39		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Complicações gravidez, parto e puerpério	58.601	57,2	27.613	34,4	86.214	47,2
D. apar. geniturinário	11.794	11,5	11.548	14,4	23.342	12,8
D. apar. digestivo	5.753	5,6	6.888	8,6	12.641	6,9
D. apar. circulatório	3.088	3,0	6.365	7,9	9.453	5,2
Neoplasias	3.071	3,0	5.762	7,2	8.833	4,8
Demais grupos	20.200	19,7	22.158	27,5	42.358	23,1
Total	102.507	100,0	80.334	100,0	182.841	100,0

Fonte: DATASUS citado por Meira (2007).

Nota: Excluídas as internações para partos normais.

TABELA 32

Freqüência e proporção de causas de internações hospitalares de pessoas do sexo masculino com 20-39 anos de idade em hospitais da rede SUS/MG, ano 2006

Grupos de causas	20-29		30-39		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas	14.035	30,2	10.783	21,5	24.818	25,7
D. apar. respiratório	4.120	8,9	4.445	8,9	8.565	8,9
Transtornos mentais e comp.	3.755	8,1	4.725	9,4	8.480	8,8
D. apar. circulatório	2.471	5,3	4.792	9,5	7.263	7,5
Demais grupos	16.146	34,6	17.809	35,4	33.955	35,0
Total	46.521	100,0	50.225	100,0	96.746	100,0

Fonte: DATASUS citado por Meira (2007).

2.5 A mortalidade no grupo etário de 40-59 anos

A mortalidade nesse grupo etário corresponde a uma proporção de quase 20% do total de óbitos no Estado no ano de 2006.

A sobremortalidade masculina se expressa na razão de 1/1,85 óbitos, sendo maior na faixa etária de 40-49, em que essa razão é de ½ (F/M). (Tabela 33)

TABELA 33
Frequência e proporção de óbitos no grupo etário de 40-59 anos de idade por sexo,
Minas Gerais, ano 2006

Sexo	40-49 anos		50-59 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	6479	66,9	8381	63,4	14860	64,9
Feminino	3211	33,1	4834	36,6	8045	35,1
Total	9690	100,0	13215	100,0	22905	100,0

Fonte: SIM/CPD/GIE/SE/SESMG citado por Meira (2007).

Nota: Na idade de 40-59, 95 óbitos sem registro do sexo, não computados no total, e de 50-59, 117 óbitos.

Nota 2: Dados sujeitos a atualizações

A taxa específica padronizada de mortalidade do grupo etário de 40-49 é de 46,0/10.000 hab., e do grupo de 50-59 é de 97,4/10.000 hab. Ocorre uma mudança no perfil da causalidade da morte em relação aos grupos etários que os antecedem, com expressiva redução do peso relativo das causas externas e preponderância de doenças crônico-degenerativas (do aparelho circulatório e neoplasias) que, em conjunto, são causas básicas de 44% dos óbitos que ocorrem nesse grupo etário de 40 a 59 anos.

Dentre as causas que integram o grupo das doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração são as principais. Essas doenças têm peso relativo expressivo na causalidade dos óbitos no grupo etário de 50-59 anos. Somente elas são causas de 10% do total de óbitos nesse grupo de idade.

É também expressiva a proporção de óbitos por causas mal definidas, sendo maior na faixa etária de 40-49 anos de idade.

Dentre as neoplasias, destacam-se as de mama, traquéia, brônquios e pulmões e de esôfago.

A distribuição desses óbitos segundo o sexo mostra que as doenças do aparelho circulatório são o principal grupo de causas de mortalidade em ambos os sexos, mas que no grupo etário de 40-49 anos as causas externas preponderam entre os homens.

Nas macrorregiões de saúde, a mortalidade proporcional por grupos de causas tem perfil similar ao do Estado em quase todas elas, diferindo o grau de grandeza de alguns grupos. É o caso do grupo das causas mal definidas com pesos relativos bem acima do observado no Estado, nas macros Norte (40,1), Jequitinhonha (27,1), Nordeste (21,6%) e Noroeste (17,7%).

3. A REDE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

Além do diagnóstico da situação de saúde da população, é fundamental considerar os meios pelos quais os serviços são prestados.

Por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresenta-se como um dos instrumentos desse plano um breve diagnóstico em nível estadual

dos estabelecimentos de saúde que atendem aos usuários do SUS e dos serviços suplementares de saúde.

Conforme a tabela a seguir, existem ao todo 24.143 estabelecimentos cadastrados no CNES, sendo que, desses, pouco mais que a metade são consultórios isolados. É relevante na tabela abaixo o número de unidades básicas (4.048) e de hospitais (mais de 500).

É importante relembrar ainda as limitações do Banco de Dados do CNES, como a falta de padronização nos cadastros e a não-alimentação por parte de alguns prestadores e municípios.

TABELA 34
TIPOS DE UNIDADES CADASTRADOS NO CNES

Código	Descrição	Total
64	CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	15
71	CENTRO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	7
69	CENTRO DE ATENÇÃO A HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	16
70	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	146
02	CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	4048
36	CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	2776
22	CONSULTÓRIO ISOLADO	12327
60	COOPERATIVA	48
43	FARMÁCIA	100
07	HOSPITAL ESPECIALIZADO	89
05	HOSPITAL GERAL	591
62	HOSPITAL/DIA - ISOLADO	45
67	LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA LACEN	4
04	POLICLÍNICA	253
01	POSTO DE SAÚDE	1225
21	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	4
20	PRONTO SOCORRO GERAL	91
68	SECRETARIA DE SAÚDE	15
39	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1956
50	UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	251
15	UNIDADE MISTA	28
42	UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	14
40	UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	94
TOTAL		24143

Conforme as tabelas seguintes, ocorre um grande predomínio de unidades de natureza privada, o que pode ser explicado tanto pelo grande número de consultórios de particulares como também pela caracterização dada às filantrópicas como entidades *privadas* sem fins lucrativos.

Esses dados refletem ainda quão importante é a participação desse tipo de unidades (filantrópicas) na conformação da rede do Sistema Único de Saúde.

TABELA 35
NATUREZA DAS UNIDADES CADASTRADAS

Código	Descrição	Total
02	ADMINISTRAÇÃO DIRETA DE OUTROS ÓRGÃOS (MEC, MEx, Marinha, etc)	54
10	SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO	551
11	ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	577
06	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA	14
13	SINDICATO	62
07	EMPRESA PRIVADA	15203
03	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS	18
08	FUNDAÇÃO PRIVADA	110
09	COOPERATIVA	69
04	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA	95
12	ECONOMIA MISTA	9
01	ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS, SES e SMS)	7358
05	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA	23
TOTAL		24143

TABELA 36
UNIDADES POR ESFERAS ADMINISTRATIVAS

Código	Descrição	Total
01	FEDERAL	23
03	MUNICIPAL	7407
04	PRIVADA	16581
02	ESTADUAL	132
TOTAL DE PÚBLICOS		7562
TOTAL DE PRIVADOS		16581
TOTAL		24143

Na tabela seguinte, verifica-se a distribuição das unidades por nível hierárquico. Aqui é importante mencionar que, conforme o modelo de atenção proposto, o Estado tem investido em unidades de “menor complexidade tecnológica” com enfoque em promoção e prevenção, buscando a desospitalização ou o ajuste da necessidade dos usuários do SUS ao nível de complexidade dos serviços ofertados.

TABELA 37
UNIDADES POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Descrição	Total
08--Alta HOSP/AMB--Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ou ambulatorial	207
03--Média - M2 e M3--Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência - M2.e / ou de 3º nível de referência – M3	5947
04--Alta AMB--Estabelecimento de Saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde	1099
02--Média - M1--Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1º nível de referência – M1	8725
06--Média - M2 e M3--Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos hospitalares de média complexidade. Por definição enquadram-se neste nível os hospitais especializados	448
05--Baixa - M1 e M2--Estabelecimento de Saúde que, além de realizar os procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 01 e 02, efetua primeiro atendimento hospitalar, em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia	44
07--Média - M3--Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade	99
01--PAB-PABA--Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica (PAB) e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada definidos pela NOAS	7511
EM BRANCO	63
TOTAL	24143

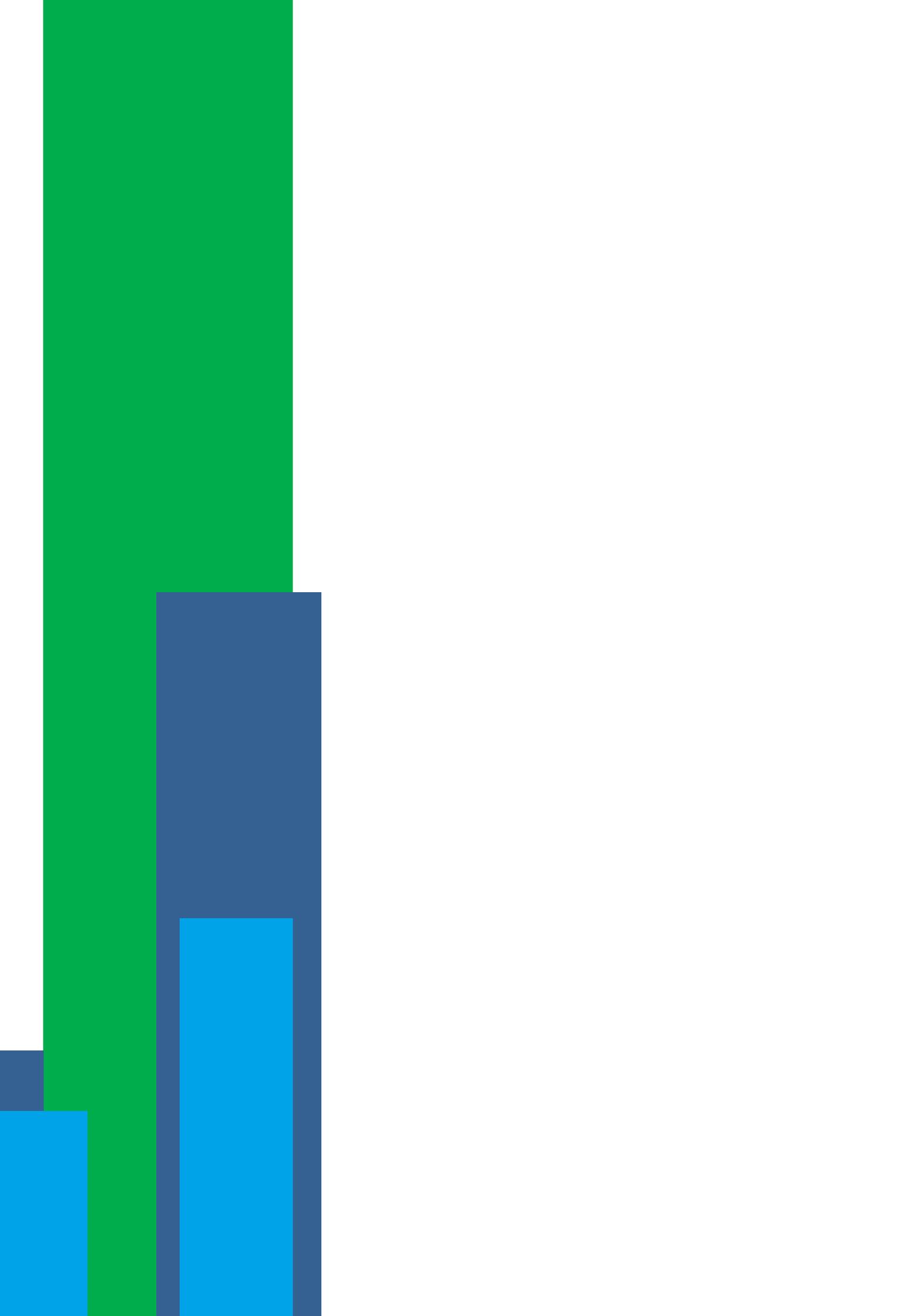
Por fim, na próxima tabela, observa-se a relação de leitos por quantidade e tipo. Aqui é possível visualizar os leitos disponíveis para o SUS e os não disponíveis, onde se verifica uma proporção de um leito não-SUS para cada três leitos SUS.

TABELA 38
LEITOS – QUANTIDADES E TIPOS

Código	Descrição	Existente	SUS	Não SUS
CIRÚRGICO				
01	BUCO MAXILO-FACIAL	81	62	19
02	CARDIOLOGIA	382	237	145
03	CIRURGIA GERAL	5747	3893	1854
04	ENDOCRINOLOGIA	54	41	13
05	GASTROENTEROLOGIA	156	97	59
06	GINECOLOGIA	775	510	265
08	NEFROLOGIAUROLOGIA	266	162	104
09	NEUROCIRURGIA	462	334	128
11	OFTALMOLOGIA	281	124	157
12	ONCOLOGIA	347	287	60
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	1257	969	288
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	219	74	145
15	PLÁSTICA	342	191	151
16	TORÁCICA	77	48	29
67	TRANSPLANTE	62	54	8
TOTAL		10508	7083	3425
CLÍNICO				
31	AIDS	189	148	41
32	CARDIOLOGIA	703	501	202
33	CLINICA GERAL	12963	9865	3098
35	DERMATOLOGIA	47	24	23
36	GERIATRIA	106	66	40
37	HANSENOLOGIA	21	20	1
38	HEMATOLOGIA	80	45	35
40	NEFROUROLOGIA	280	184	96
41	NEONATOLOGIA	761	606	155
42	NEUROLOGIA	347	245	102

44	ONCOLOGIA	444	388	56
46	PNEUMOLOGIA	214	173	41
TOTAL		16155	12265	3890
COMPLEMENTAR				
64	UNIDADE INTERMEDIÁRIA	172	115	57
65	UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL	295	240	55
66	<u>UNIDADE ISOLAMENTO</u>	349	298	51
74	UTI ADULTO - TIPO I	661	286	--
75	UTI ADULTO - TIPO II	1102	1027	--
76	UTI ADULTO - TIPO III	92	60	--
78	UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	173	286	--
79	UTI PEDIÁTRICA - TIPO III	35	35	--
81	UTI NEONATAL - TIPO II	402	387	--
82	UTI NEONATAL - TIPO III	20	10	--
83	UTI DE QUEIMADOS	6	6	0
TOTAL		3545	2162	1383
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRÍCIA CIRURGICA	2878	2120	758
43	OBSTETRÍCIA CLINICA	2146	1646	500
TOTAL		5024	3766	1258
PEDIÁTRICO				
45	PEDIATRIA CLÍNICA	5686	4683	1003
68	PEDIATRIA CIRÚRGICA	435	348	87
TOTAL		6121	5031	1090
OUTRAS ESPECIALIDADES				
34	CRÔNICOS	1103	1042	61
47	PSIQUIATRIA	4538	3256	1282
48	REABILITAÇÃO	155	129	26
49	TISIOLOGIA	100	97	3
TOTAL		5896	4524	1372

HOSPITAL DIA				
07	CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICO	474	237	237
69	AIDS	22	22	0
70	FIBROSE CÍSTICA	1	1	0
71	INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE	3	3	0
72	GERIATRIA	4	4	0
73	SAÚDE MENTAL	68	68	0
TOTAL		572	335	237
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		26663	19348	7315
TOTAL GERAL		47821	35166	12655



O PACTO PELA SAÚDE

Na perspectiva de superar as dificuldades na gestão do Sistema Único de Saúde, os gestores das três esferas de governo assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE, que é anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população, e implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído de um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, que extrapole os limites do setor e seja vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e tornar mais claro quem deve fazer o que, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na regionalização e na descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

O acordo também reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação eqüitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

O Pacto pela Saúde constitui uma das principais estratégias para promover uma ação conjunta entre os entes federados, tendo em vista as prioridades identificadas no perfil de saúde da população.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da eqüidade social.

Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais se destaca: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG); a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização (da qual a SES-MG atende com suas redes temáticas e funcionamento integrado); a integração das várias formas de repasse dos recursos federais (a qual a SES-MG alcança pela visão sistematizada e colaborativas da sua gestão) e a unificação dos vários pactos hoje existentes.

A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de municípios, Estados e União ao TCG. O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Entre as prioridades definidas estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras. Essas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão.

As formas de transferência dos recursos federais para Estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS).

As metas pactuadas para o ano de 2008 encontram-se relacionadas na Tabela 1:

TABELA 1

Metas pactuadas pela SES/MG com o Ministério de Saúde para 2008 e o programa ou a ação relacionada no PPAG 2008-2011

Denominação	Meta acordada pela SES/MG com o Ministério da Saúde para 2008	Programa ou ação relacionada no PPAG 2008-2011
1- Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur.	23,93/10.000	Mais Vida
3- Razão de exames citopatológico-cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local, por ano.	0,3	Viva Vida
4- Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau - NIC II e NIC III).	100%	Viva Vida
7. Proporção de investigação de óbitos infantis.	27,60%	Viva Vida
8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	75%	Viva Vida
9. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal. (obs. reduzir a porcentagem proposta)	Reduzir 6%	Viva Vida
10. Coeficiente de mortalidade neonatal. (obs. reduzir a porcentagem proposta)	Reduzir 4%	Viva Vida
14. Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue.	0,154	Vigilância Epidemiológica: Programa de Combate à Dengue
15. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	0,674	Vigilância Epidemiológica e Farmácia de Minas (Medicamentos Estratégicos)
18. Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado.	0,6	Vigilância Epidemiológica

Denominação (CONTINUAÇÃO)	Meta acordada pela SES/MG com o Ministério da Saúde para 2008	Programa ou ação relacionado no PPAG 2008-2011
19. Proporção de casos de Hepatites B e C confirmados por sorologia.	0,75	Vigilância Epidemiológica
20. Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	1,9/100.000	DST-AIDS
21a. Prevalência de sedentarismo em adultos. Obs.: indicador a ser pactuado por Estados e capital do Estado.	0,275	Hiperdia Promoção à Saúde
22. Prevalência de tabagismo. Obs.: a ser pactuado somente por Estados e capitais	0,155	Promoção à Saúde
24. Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família.	0,6	Saúde em Casa
28. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	0,13	Saúde em Casa / Saúde Bucal
29. Taxa de internações por acidente vascular cerebral.	40/10.000	Saúde em Casa / Regionalização – Urgência e Emergência
30. Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais.	14,2/10.000	Saúde em Casa / Hiperdia
31. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	1,5 quantidade	Regionalização da Assistência
32. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Obs.: pactuar somente se tiver atingido mais de 90% no ano anterior, conforme intrusivo	55%	Viva Vida
34. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.	5,80%	Viva Vida / SISVAN
36. Numero de Cerest implantados.	3 nº absoluto	Saúde do Trabalhador
42. Proporção de municípios prioritários do Estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas.	50,00%	Vigilância Epidemiológica / Saúde na Escola

43. Política da saúde do homem elaborada e publicada.	100,00%	Viva Vida
44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.	252.631 nº vacinados	Viva Vida / Imunização
Denominação (CONTINUAÇÃO)	Meta acordada pela SES/MG com o Ministério da Saúde para 2008	Programa ou ação relacionado no PPAG 2008-2011
45. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Aumentar para 90 % ou mais	Viva Vida / Vigilância Epidemiológica
46. Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos.	56/100.000	Vigilância Epidemiológica
47. Proporção de doenças exantemáticas investigados oportunamente.	80,00%	Vigilância Epidemiológica
48. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	80,00%	Vigilância Epidemiológica
49. Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	12,00%	
50. Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB.	100,00%	
53. Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos Estados e municípios.	60,00%	
54. Proporção de Estados e municípios com Relatórios de Gestão aprovados no Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.	100,00%	

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG Nº 429, de 17 de abril de 2008.

INDICADORES OBRIGATÓRIOS DO PACTO PELA SAÚDE – COMPONENTE PACTO PELA VIDA

Ressalta-se que a maior parte das metas relacionadas no pacto tem completa sinergia com a carteira de projetos e programas priorizados pelo Governo Estadual no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG). Isso demonstra a coerência e o alinhamento em torno das prioridades definidas pelas esferas de governo, o que reflete, por sua vez, a semelhança no perfil epidemiológico das Unidades Federadas do Brasil no que se refere ao predomínio das condições crônicas.

A partir do diagnóstico obtido com base na análise dos indicadores que refletem não apenas as condições de saúde da população, mas também seus determinantes e condicionantes, e identificados os compromissos assumidos no Pacto, é importante identificar as estratégias traçadas para o enfrentamento.

Nesse sentido, os projetos estruturados, associados e especiais, constituem-se – por ordem de prioridade – as principais estratégias da SES/MG para alcançar os objetivos identificados anteriormente.

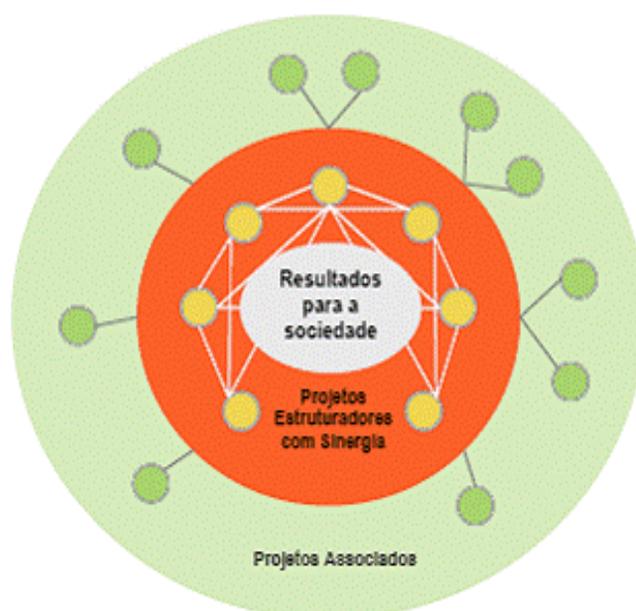


FIGURA 1: Modelo Ilustrativo do Grupo de Projetos Estruturadores

Para efeito de definição, conforme orientado no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), eles podem ser considerados da seguinte forma:

- **Estruturadores** - Representam os programas estratégicos concebidos pelo governo onde são alocados prioritariamente os recursos estaduais e dos quais se espera os maiores impactos na ação do governo estadual. Esses programas suplantam os encargos obrigatórios com a máquina pública, tendo em conta o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos fixados no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado;

- **Associados** - Representam os programas dotados de colaboração sinérgica com os Programas Estruturadores para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos do plano. Esses programas devem perseguir os objetivos estratégicos da área de resultados à qual foi associado, bem como contribuir para o alcance dos resultados;
- **Especiais** - Representam os programas que não apresentam identificação evidente no mapa estratégico das áreas de resultados, mas são de suma importância para a administração estadual por contemplar as prioridades setoriais não atendidas nos programas estruturadores e associados. Incluem-se nesse escopo: os programas padronizados de apoio à administração pública e de obrigações especiais, em que se destacam, respectivamente, as despesas de pessoal e as despesas com inativos; os programas desenvolvidos pelos outros poderes; os programas de serviços ao Estado ou de serviços aos servidores estaduais não associados a nenhuma área de resultados específica e demais programas tipicamente “meio” que não possuam atributos de estruturador ou associado.

Para o Plano Estadual de Saúde, os programas foram separados em Projetos Estruturadores, Projetos Associados e Outros Programas e Iniciativas.

1 PROJETOS ESTRUTURADORES

1.1 Saúde em Casa

O projeto Saúde em Casa tem o foco na Atenção Primária em Saúde. A atenção primária é a entrada de todas as necessidades e problemas no serviço de saúde. Fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção a todas as condições, exceto às muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2004). Ou ainda, segundo Aleixo (2002), a Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde.

Embora tanto no Brasil como no Estado seja observado um aumento significativo do número de Equipes de Saúde da Família (ESF), ainda existem problemas em relação à cobertura e, sobretudo, uma grande necessidade de melhoria da qualidade em saúde da população.

Nesse aspecto o programa Saúde em Casa surge para aprimorar a cobertura e a qualidade da Atenção Primária em Saúde no Estado.

No que se refere ao aspecto quantitativo, a SES/MG, por meio do repasse de recursos do fundo estadual para o fundo municipal, a título de incentivos de custeio e investimento, busca possibilitar o aumento do número de ESF e, conseqüentemente, a cobertura populacional. Esse incentivo é pago tendo por base o princípio da equidade.

No que tange ao aspecto qualitativo, estão previstos investimentos que contemplam o repasse de recursos mediante resoluções para a realização de intervenções sobre a estrutura física e a aquisição de equipamentos. Assim, proporciona-se uma melhor estruturação das unidades, qualificando-as para a atuação dos profissionais e a boa prestação de serviços ao cidadão. O Governo do Estado elaborou uma proposta mínima de área física e equipamentos para Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS). Atualmente, o processo de otimização e padronização das UAPS é um dos processos que estão sendo redesenhados pela SES/MG em parceria com o Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG). Esse redesenho torna possível a adoção de várias melhorias propostas, como a descentralização da aprovação do projeto arquitetônico nas Gerências Regionais de Saúde (GRSs), a criação do plano de investimentos dos municípios, a revisão do padrão de construção das UAPS com a incorporação de modelos visuais, a criação de fluxo para acompanhamento das obras e de indicadores de acompanhamento e a criação de relatórios gerenciais.

Outra iniciativa que visa aumentar a qualidade da atenção primária é a realização do Plano Diretor de Atenção Primária. Ao todo, são realizadas 10 oficinas microrregionais de capacitação dos facilitadores, que por sua vez são replicadas em cada município, atingindo os profissionais de todas as equipes de atenção primária.

Na primeira – Oficina de redes de atenção à saúde – ocorrem alinhamentos conceituais sobre gestão da clínica, repasse de fundamentação teórica sobre redes de atenção à saúde, exercício sobre a modelagem das redes e o planejamento da institucionalização e operacionalização das oficinas na microrregião.

Na segunda, a análise da atenção primária no município, realiza-se um alinhamento conceitual sobre a atenção primária, a verificação da aplicação dos princípios da atenção primária a saúde pelas equipes e o plano de fortalecimento da atenção primária no município.

Na terceira, realiza-se o diagnóstico local, tendo em vista a territorialização, o cadastramento das famílias, o levantamento dos problemas das famílias e a classificação familiar por grau de risco. Esse diagnóstico gera uma análise situacional da atenção primária à saúde em cada município, considerando os perfis territorial-ambiental, o demográfico, o socioeconômico, o epidemiológico e o assistencial.

A quarta oficina tem como foco a assistência farmacêutica e trabalha o alinhamento conceitual sobre assistência farmacêutica, além de aspectos quanto à qualificação da prescrição, à dispensação, à informação para o paciente e ao monitoramento terapêutico. São abordados também a clínica farmacêutica e o uso racional de medicamentos.

A quinta oficina engloba a programação local e municipal, discutindo conceitos como: a humanização e o acolhimento dos usuários, a atenção programada às famílias por ciclo de vida, a planilha de programação, a programação da assistência farmacêutica, a programação do apoio diagnóstico e a agenda da equipe de saúde.

Na sexta oficina, discute-se a organização da atenção à demanda espontânea, com enfoque nos critérios para identificação dos sinais de alerta, a classificação de risco dos usuários e a implantação do Protocolo de Triagem de Manchester: formação dos profissionais, espaço físico e fluxos de atendimento, medicamentos e equipamentos necessários. Essa oficina tem grande sinergia com o Projeto da Regionalização – Urgência e Emergência.

A sétima oficina destaca o prontuário da família, afirmando seu conceito, suas funções, aspectos ético-legais, seu objetivo, sua funcionalidade e sua estrutura. É apresentado e discutido ainda o Manual do Prontuário de Saúde da Família. A abordagem familiar é o assunto da oitava oficina, sendo discutidos: a relação equipe-família, o ciclo de vida da família, o Praticé, o Firo, a Conferência Familiar e o Genograma.

A nona e a décima oficinas fornecem importantes elementos referentes à gestão da atenção primária, como o monitoramento onde são abordados: o alinhamento conceitual sobre monitoramento e avaliação, a responsabilização da equipe, a planilha de monitoramento, a linha de base do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e o pacto pela saúde, e a contratualização, com alinhamento conceitual sobre contratos de gestão, o ciclo da contratação, a contratualização das equipes de saúde e o sistema de incentivos.

Nos intervalos entre as oficinas são realizados os trabalhos de dispersão com produtos previamente definidos que são elaborados nos municípios.

Buscando melhorar gestão do sistema, aprimorar a assistência e dar mais segurança aos usuários e profissionais de saúde, foram elaboradas Linhas-Guia de atenção a condições prioritárias dentro do Planejamento observado no item.

Está prevista, também, a elaboração de protocolos de apoio ao diagnóstico em análise clínica em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais. Ao todo serão 100 protocolos.

Digno de destaque pelo caráter inovador e o potencial impacto na qualidade das informações e dos serviços de saúde é o prontuário eletrônico ou sistema integrado de gestão da atenção à saúde. Esse sistema pode ser definido como o repositório das diversas interações do paciente com o sistema de saúde, que gera informações codificadas e estruturadas, viabiliza sistemas de apoio à decisão, fornece ligações para bases bibliográficas e material de ensino e possibilita integração com outros sistemas, além de estudos prospectivos e retrospectivos.

O prontuário consiste na informatização do registro do paciente com cadastros referentes à família e ao cidadão, registros clínicos do paciente com acompanhamento dele de forma integral, além de informações de diagnósticos, intervenções e procedimentos executados.

Entre os módulos previstos, estão:

- Cadastro: de usuário/família, de profissionais e estabelecimentos, de procedimentos.

- Registro clínico: por faixa etária, ciclo de vida, patologia ou condição, com dados de primeira consulta e evolução clínica.
- Vigilâncias: epidemiológica e sanitária
- Gerenciamento: agenda, financeiro, relatórios, programação, mapeamento do território, monitoramento.
- Ajuda: acesso a publicações, manual do prontuário.

A grande vantagem nesse instrumento é que todas essas informações estarão disponíveis em um só local (um *data center*) e poderão ser acessadas de qualquer ponto do Estado. Para o ano de 2010, estima-se que todas as Equipes de Saúde da Família tenham computadores com o sistema implantado e em funcionamento em todas as suas respectivas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS).

A SES/MG pretende trazer para sua relação com os municípios, na atenção primária, o espírito da gestão por resultados, rediscutindo e repactuando os Termos de Compromisso municipais e disponibilizando a todos os municípios um instrumento de contratualização de seus profissionais, o Contrato de Gestão das Equipes.

Outra ação de grande envergadura e fundamental importância é o Programa de Educação Permanente (PEP). Inclui tutoria, troca de informações entre os profissionais e estudo dirigido tendo como base as Linhas-Guia e as necessidades em saúde locais. Atualmente esse programa limita-se somente aos médicos da Saúde da Família, mas deverá ser expandido para outros profissionais.

Atualmente em Minas Gerais 182 municípios utilizam a estrutura de telessaúde, disponibilizada por meio da Secretaria de Estado de Saúde e do Ministério de Saúde.

O projeto consiste em integrar as ESF a centros universitários de referência, responsáveis pelo suporte às demandas dos municípios, difundindo conhecimentos e melhorando a qualidade do atendimento, bem como facilitando o acesso da população às consultas especializadas, evitando assim o deslocamento do paciente para outras cidades. A proposta é efetivada por meio de atividades de teleassistência/ teleconsultoria/ teleducação, onde é possível conhecer uma segunda opinião formativa sobre o caso, na qual são consentidos laudos de exames de baixa, média e alta complexidade.

A operacionalização do projeto se dá por duas formas. A primeira é conhecida como síncrona, isto é, em tempo real. A segunda é conhecida como assíncrona e será utilizada quando se tratar de situações que não requerem resposta imediata/urgente.

O projeto utiliza modernas tecnologias de informática, eletrônica e telecomunicação para integrar as equipes de Saúde da Família com os centros universitários. A SES/MG disponibiliza para as Unidades Básicas de Saúde um *kit* composto por computador, *webcam*, impressora, estabilizador, *kit* multimídia e eletrocardiógrafo, e essas últimas complementam a estrutura ofertando a conectividade.

Visando a consolidação do projeto no Estado será firmada parceria com o Hospital das Clínicas/ UFMG para implantação do programa em mais 97 municípios e a manutenção

e potencialização dos já contemplados anteriormente, onde estarão cobertas 100% das macrorregiões assistenciais Norte e Jequitinhonha.

1.1.1 Diretriz

- Aprimorar a qualidade da assistência primária em saúde de forma qualitativa e quantitativa.

1.1.2 Objetivos estratégicos

- Universalizar o acesso à atenção primária.
- Ampliar a cobertura do PSF.
- Financiar reformas, construções e compra de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde.
- Reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde.

TABELA 1
Metas do projeto Saúde em Casa 2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Equipes de Saúde da Família recebendo incentivo mensal do Saúde em Casa	3700	3800	3900	4000
Instrumento de contratualização da SES com os municípios revistos	1	-	-	-
Recurso financeiro para construção/reforma ou ampliação das UAPSS repassados aos municípios	473 – 2ª parcela	300	377	350
Instrumento de programação local elaborado por 75% das equipes do PSF que participaram das oficinas para implantação Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) – 1ª Etapa	-	1500	1125	-
Instrumento de programação de vigilância à saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), promoção à saúde, controle social elaborado por 75% das equipes do PSF que participaram das oficinas para implantação Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) – 2ª Etapa	-	900	900	1200
Prontuário eletrônico desenvolvimento/implantação em municípios	Desenvolvimento	50	100	100
Protocolos de Apoio ao Diagnóstico em Análise Clínica elaborados	100	-	-	-
Protocolos de Apoio ao Diagnóstico em Análise Clínica implantados	-	50	100	100
Termo de compromisso, baseado no novo modelo de contratualização, disponibilizado para os municípios e equipes	Desenvolvimento	75	-	-

1.2 Viva Vida

O Programa Viva Vida, lançado em 2003, surgiu da conclusão de que mortalidade infantil e materna podem ser reduzidas com atendimento de qualidade, antes, durante e depois da gestação, com planejamento familiar e com o acompanhamento do desenvolvimento das crianças. Partindo dessa premissa, o Programa aposta na sistematização de ações desarticuladas e na parceria entre esforços e vontades do governo e da sociedade civil organizada, como a principal arma no combate contra a mortalidade infantil e materna.

O Programa Viva Vida desenvolve ações dentro de três linhas estratégicas: a estruturação da rede de atenção à saúde da mulher e da criança – Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, a qualificação dessa rede e a construção de um processo de mobilização social.

O desenho da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde foi o primeiro avanço do Programa. Seu objetivo é promover a integração dos pontos de atenção à saúde, de modo a otimizar os esforços pela redução da mortalidade infantil e materna.

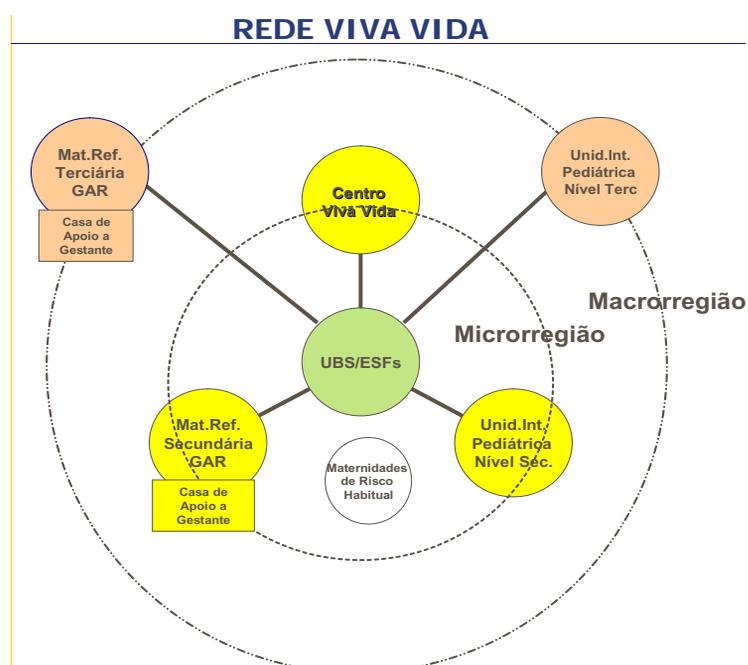


FIGURA 2: Desenho atual da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde – Minas Gerais – 2007
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Para garantir a estruturação dessa rede e promover seu funcionamento adequado, vários investimentos foram realizados no período de 2003-2007:

- Aquisição de equipamentos para atenção primária:
 - 2446 equipes de Saúde da Família, definidas conforme critérios da Resolução SES nº 356, receberam um kit com equipamentos e material de consumo.

- 980 unidades básicas dos 521 municípios com o maior Índice de Necessidade em Saúde receberam também um kit adicional com detector fetal, balança adulto e balança pediátrica.
- Investimento em 114 maternidades do Estado, que atendem a partos de risco habitual, para aquisição de equipamentos e material de consumo.
- Elaboração e implantação das Linhas-Guias de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, de Atenção à Saúde da Criança e de Assistência Hospitalar ao Neonato, visando à organização dos serviços e estimulando o funcionamento adequado da rede.
- Implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária nas microrregiões de Brasília de Minas, Itabirito, Capelinha, Janaúba, Frutal, Santo Antônio do Monte, com investimentos para construção, equipamentos e custeio dos centros.
- Ampliação da rede de atenção à saúde da gestante de alto risco, com expansão do credenciamento de cinco hospitais.
- Criação das Casas de Apoio à Gestante, sendo uma implantada no Hospital Sofia Feldman, e outras quatro instituições selecionadas para receber o benefício.
- Implantação de 55 novos leitos de UTI neonatal.
- Realização de capacitações para os profissionais que compõem a Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, completando ao final do período um total de aproximadamente 8.000 profissionais capacitados.
- Implantação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e de Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, visando à melhoria da qualidade das informações.

Em conjunto com essas ações, foi iniciado um processo de mobilização social cujo objetivo é promover um esforço conjunto entre Estado e sociedade civil no combate às mortalidades infantil e materna. Nesse sentido, foi criado o Comitê Estadual de Defesa da Vida, e foi dado início ao processo de implantação dos Comitês Municipais de Defesa da Vida. Investimentos foram feitos por meio da formalização de convênios com ONGs atuantes na área, visando dar maior capilaridade ao Programa.

Além dessa iniciativa, houve também a criação do Prêmio Ennio Leão, que beneficia os municípios que desenvolveram políticas de saúde visando à redução da mortalidade infantil e materna no Estado de Minas Gerais. A primeira premiação ocorreu em 2007, tendo como vencedores os municípios de Pará de Minas, Manhumirim, Mamonas e Ipiacaçu.

Além de ser responsável por indicadores finalísticos referentes à área de vida saudável, o Programa Viva Vida tem ainda interface com a área de resultados Desenvolvimento do Norte de Minas, Jequitinhonha, Mucuri e Rio Doce, que também apresenta como um dos seus resultados finalísticos a redução da taxa de mortalidade infantil nessas

macrorregiões, de modo que em 2023 a mesma seja de 8 a 10 por mil nascidos vivos. Para o longo prazo, o que se espera do Programa Viva Vida é a redução da taxa de mortalidade infantil e da razão de morte materna a níveis considerados aceitáveis.

Para o período de 2008-2011, a meta do Programa consiste em reduzir a taxa de mortalidade infantil e a razão de morte materna em 15%. Para isso, as diretrizes continuam sendo o desenvolvimento de ações voltadas para o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e o puerpério e para a atenção ao recém-nascido e à criança. Conforme contemplado pelo PPAG 2008-2011, estão planejadas para o período as seguintes ações:

- Implantação de quatro Casas de Apoio à Gestante em 2008 e de mais três até 2010.
- Celebração de doze novos (três por ano) convênios com organizações não-governamentais, visando estimular a participação social no combate à mortalidade infantil e materna.
- Capacitação de profissionais da Rede, de pelo menos 200 municípios, por ano.
- Implantação de Centros Viva Vida em outras microrregiões do Estado, sendo algumas delas já previstas e até mesmo iniciadas, como: Januária, Taiobeiras, São Lourenço, Sete Lagoas, Lavras, Juiz de Fora, São João Del Rei, Manhuaçu, Patrocínio, Governador Valadares, Patrocínio, Araçuaí, Pirapora, Diamantina, Teófilo Otoni, Itabira, Viçosa, Patos de Minas, Passos, Contagem, Pouso Alegre, Leopoldina, Jequitinhonha, Santa Luzia, Ribeirão das Neves.

Com esse planejamento de médio prazo pretende-se alcançar os objetivos e as metas estabelecidos na visão de longo prazo do Programa, definidas no PMDI.

Estão planejadas ainda ações de expansão da rede de atendimento à gestante de alto risco, com o pagamento de custeio de novas unidades e investimento significativo em ações de planejamento familiar.

O Prêmio Ennio Leão também deverá ser entregue nos próximos anos contemplando os municípios que tiveram êxito na luta pela vida.

1.2.1 Diretrizes

- Reduzir a mortalidade materno-infantil;
- Promover a mobilização social para a redução da morte materna e infantil.

1.2.2 Objetivos estratégicos

- Estruturar e qualificar a Rede Viva Vida.
- Implantar diretrizes clínicas de atenção à saúde materno-infantil.
- Implantar novos Centros Viva Vida.

- Melhorar a infra-estrutura das maternidades.
- Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, ao recém-nascido e à criança de até um ano de idade.
- Estruturar e fortalecer os comitês de prevenção de mortes maternas e infantis.
- Melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de planejamento familiar.

TABELA 2
Metas do Programa Viva Vida 2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Profissionais capacitados de atenção primária, secundária e terciária da rede de atenção à mulher e à criança	500	400	400	400
Casa de Apoio à Gestante implantada	4	2	1	0
Centro Viva Vida implantado	11	13	7	10
Municípios mineiros com Comitês Municipais de Defesa da Vida implantados	10	120	260	426
Convênios celebrados com ONGs	3	3	3	3

1.3 Regionalização/Urgência e Emergência

A Regionalização é um princípio estabelecido para o SUS na Constituição e reforçado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Sua finalidade é orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde pública, bem como dos processos de negociação e pactuação entre os gestores.

No contexto federativo descentralizado do Brasil, e dadas as características peculiares da assistência à saúde, a regionalização ganha importância como estratégia para organização dos sistemas de serviços de saúde com base territorial. Tendo como referência Mendes (2001), a institucionalização de sistemas microrregionais de serviços de saúde com base na cooperação gerenciada é uma alternativa para superar os problemas da municipalização autárquica, particularmente a deseconomia de escala, a fragmentação dos serviços e a perda de qualidade.

Ainda se reportando a Mendes (2001), a definição de espaços regionais se justifica uma vez que os serviços de saúde se estruturam por níveis de atenção que variam de acordo com sua densidade tecnológica e que devem estar distribuídos otimamente no espaço. A lógica de organização da oferta de serviços deve considerar a economia de escala e de escopo, a escassez de recursos de maior densidade tecnológica e a acessibilidade aos diferentes pontos de atenção. Em consequência, há serviços que

devem ser ofertados de forma dispersa (atenção primária) e outros que devem ser concentrados, esses últimos no caso de se beneficiarem de economia de escala e de escopo, quando os recursos são escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso – caso da atenção secundária e terciária.

A Regionalização tem como um de seus objetivos justamente corrigir as distorções do chamado “municipalismo autárquico”, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do bem público.

Nessa perspectiva, a regionalização se justificaria por uma série de razões: possibilita uma escala adequada à organização dos serviços de saúde, agregando um conjunto de municípios em um sistema cooperativo; pode garantir maior equidade ao desconcentrar recursos articulados em poucos pólos estaduais; pode aumentar a satisfação do usuário reduzindo os custos de deslocamento; permite a cooperação mais próxima entre Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde; cria uma instância permanente de negociação e pactuação; permite, por meio de ação cooperativa, ajustar a oferta de serviços; substitui a atitude de competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal e com o Estado e permite melhorar a qualidade do controle público.

Os demais objetivos da Regionalização são definidos como: garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e à decisão loco-regional; garantir a integralidade na atenção a saúde; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Dado esse contexto, e tomando como diretriz o Projeto Regionalização/Urgência e Emergência, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais almeja adequar a oferta e a qualidade de cuidados secundários e terciários, observada a distribuição territorial das redes de atenção à saúde.

O projeto estruturador de Regionalização visa aprimorar a qualidade do Sistema Estadual de Gestão e Regulação em Saúde, dos hospitais, do sistema estadual de transporte sanitário, da rede de urgência e emergência e da assistência hospitalar e ambulatorial com melhora da descentralização, princípio organizacional do SUS.

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde.

A regionalização cooperativa supera uma visão restrita de recorte territorial e da imposição de uma autoridade sanitária regional para apresentar-se como um processo

de mudança das práticas sanitárias no SUS, o que implica considerar suas dimensões política, ideológica e técnica (Mendes, 1995).

Assim, todas as ações implantadas e implementadas pela SES/MG levam em conta o desenho vigente do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Conforme o PDR, o Estado de Minas Gerais está dividido em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 municípios pólos e 75 microrregiões sanitárias.

1.3.1 Diretriz

- Adequar a oferta e a qualidade de cuidados secundários e terciários, observada a distribuição territorial das redes de atenção à saúde.

Para se alcançar a diretriz proposta, estabeleceram-se os seguintes programas: Programação Pactuada e Integrada, Transporte em Saúde, Pro-Hosp, Sistema Estadual de Regulação e Rede Urgência e Emergência.

1.3.2 Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A PPI é um instrumento de planejamento físico-orçamentário dos serviços de saúde no âmbito estadual, consubstanciando-se em um pacto solidário entre os gestores, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis em todos os municípios. A PPI traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, por intermédio de relações entre gestores municipais, e através dela os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde.

As ações de saúde previstas se traduzem por metas quantitativas e financeiras de prestação de serviços de saúde. Tais metas são acordadas entre os municípios e sua execução; em Minas Gerais, é coordenada pela Gerência de Programação Assistencial (GPA). As metas de procedimentos assistenciais quantificados e orçados na PPI são estabelecidas a partir de critérios e parâmetros técnicos que, de acordo com o Ministério da Saúde, devem guardar relação com os princípios de universalidade, integralidade e equidade ao acesso, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde.

A PPI se articula a outro instrumento, que é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), ambos voltados para a regionalização da assistência, visando constituir sistemas micro e macrorregionais de saúde que propiciem a assistência integral a todos os cidadãos, definindo-se municípios-pólo nas regiões. A lógica dessa programação está em consonância com a organização da rede de serviços em âmbito estadual para que sejam respeitadas as diretrizes expressas pelos princípios basilares do SUS.

Em última instância, a PPI é o resultado da conjugação entre oferta, demanda, recursos financeiros disponíveis e as condições de acesso da população aos serviços, sendo negociada nas instâncias legítimas pelos gestores envolvidos, sob a coordenação dos Estados. A PPI envolve recursos orçamentários federais, municipais e estaduais. O financiamento federal pode ocorrer através de duas maneiras: remuneração por serviços produzidos e transferência fundo a fundo.

Quanto à fonte estadual de recursos para a PPI, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais criou, por meio da Deliberação CIB-SUS 404, de dezembro de 2007, a **Câmara de Compensação**. Trata-se de uma forma de complementar o orçamento da Programação Assistencial, cuja fonte principal de recursos (R\$ 40 milhões, previstos inicialmente) vem do tesouro estadual. Seus objetivos são: reajustar o custo médio das internações hospitalares de média complexidade e ressarcir o extrapolamento das internações de média complexidade que se referem aos atendimentos das referências realizados, além do pactuado ou não-pactuados na PPI.

A Deliberação CIB-SUS 461 e a Resolução SES nº. 1517, ambas de junho de 2008, regulamentam o aporte desses recursos estaduais para a correção do custo médio das internações hospitalares de média complexidade.

Um grande desafio inovador de Minas Gerais, em 2008, é a implantação da PPI Eletrônica. Além da implantação do sistema informatizado e de sua disponibilização a todos os municípios mineiros, também ocorrerá adaptação à Tabela Unificada do SUS, publicada pela Portaria do Ministério da Saúde GM Nº. 321/2007. Para tanto foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG 422, que trata da implantação da PPI eletrônica e define as diretrizes para implantação do sistema e da nova tabela.

O processo de implantação da PPI Eletrônica no âmbito do SUSFácil, e manutenção das Centrais de Regulação, se realizará por meio do apoio estabelecido por um contrato de prestação de serviços de assessoria técnica e consultoria, celebrado entre o Estado de Minas Gerais, por intermédio da SES/MG, e o Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública (IBQGP), entidade que desenvolveu o SUSFácil juntamente com a Superintendência de Regulação da SES.

A base de dados usada no Sistema SUSFácil é o banco de dados da PPI Assistencial. A implantação da funcionalidade eletrônica para o planejamento e a gestão da PPI significa uma evolução no processo do Sistema de Regulação em Minas Gerais

1.3.2.1 Diretriz

- Organizar de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde.

1.3.2.2 Objetivos estratégicos

- Promover a eficácia e a eficiência do processo de planejamento e gestão da PPI.

- Garantir a transparência e aumentar a participação dos gestores e das diversas instâncias envolvidas.
- Fortalecer os mecanismos de negociação e controle dos acordos realizados.
- Reajustar o custo médio das internações hospitalares de média complexidade.
- Ressarcir o extrapolamento das internações de média complexidade que se referem aos atendimentos das referências realizados além do pactuado ou não-pactuado na PPI.

TABELA 3
Meta do PPI Assistencial
2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Municípios com a planilha de remanejamento da PPI eletrônica implantada	853	-	-	-
Percentual de prestadores* de serviço público de saúde pagos	100	100	100	100

1.3.3 Transporte em saúde

O Sistema Estadual de Transporte em Saúde trata da organização e da integração dos módulos de Transporte Eletivo, Resíduos Sólidos de Saúde e Amostras de Análises Clínicas, formando uma rede regional solidária e articulada. O Transporte em Saúde é um sistema logístico de organização dos fluxos de pessoas em busca de atenção à saúde (transporte eletivo), de amostras de exames complementares e de resíduos de serviços de saúde.

O módulo de transporte eletivo organiza o referenciamento e a forma de locomoção do paciente que, ao buscar um serviço de saúde, é encaminhado à consulta eletiva em outro município. Através da elaboração das melhores rotas, da definição, do posicionamento e da doação de microônibus às microrregiões e da implementação de um sistema de agendamento eletrônico apoiado na interface do SUSFácil, o cidadão referenciado é transportado de dignamente até seu ponto de atenção.

Os módulos de transporte eletivo já estão estruturados em seis microrregiões do Estado: Juiz de Fora, São João Del Rei, Montes Claros/Bocaiúvas, Ponte Nova, Bicas/São João Nepomuceno e Águas Formosas. Em 2008 serão ainda implantados mais 11 módulos nas seguintes microrregiões: Santo Antônio do Amparo/Campo Belo (que também receberá como piloto o módulo de amostras e análises clínicas), Mantena, Araçuaí, Brasília de Minas/São Francisco, Diamantina, Januária, Francisco Sá, Viçosa, Pirapora, Coração de Jesus e Salinas/Taiobeiras. Até o final de 2011 serão beneficiadas com o transporte eletivo pelo menos mais 29 microrregiões do Estado.

O módulo de transporte de resíduos de serviços de saúde consiste na organização da remoção de todo resíduo/lixo dos serviços de saúde da microrregião até sua destinação final. Esse módulo já está em funcionamento nas micros de Juiz de Fora, Bicas/São João Nepomuceno e São João Del Rei, e ainda em 2008 iniciará os serviços em Montes Claros/Bocaiúvas, Ponte Nova, Águas Formosas, Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, Mantena, Araçuaí, Brasília de Minas/ São Francisco, Diamantina, Januária, Francisco Sá, Viçosa, Pirapora, Coração de Jesus e Salinas/Taiobeiras. Até o final de 2011 serão também beneficiadas com o transporte de resíduos de serviços de saúde pelo menos mais 29 microrregiões do Estado.

Cada módulo de transporte eletivo e transporte de resíduos de serviços de saúde conta em média com 10 microônibus e um caminhão-baú para remoção de resíduos e possui orçamento médio de R\$ 2 milhões.

Há que se preocupar quanto ao estímulo às prefeituras/SMS que busquem envidar esforços para contratação de operadores e motoristas que possam desempenhar esses serviços.

1.3.3.1 Diretriz

- Expandir o Sistema Estadual de Transporte Sanitário e Resíduos Sólidos de Saúde no Estado de Minas Gerais.

1.3.3.2 Objetivos estratégicos

- Organizar e integrar os módulos Transporte Eletivo e Amostras de Análises Clínicas.
- Formar um complexo de redes microrregionais solidárias e articuladas.

TABELA 4

Metas do Sistema Estadual de Transporte em Saúde 2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Microrregião com os módulos do Transporte Sanitário formulados	7	7	15	7
Microrregião com os módulos Transporte de Resíduos em Saúde implantados	7	7	7	15
Microrregião com os módulos Transporte Eletivo implantados	7	7	7	15

1.3.4 PRO-HOSP

O Pro-Hosp (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG) foi lançado pela SES/MG em maio de 2003, por meio da Resolução SES nº 0082, de 16 de maio de 2003. O Programa veio com o propósito de consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais do Estado, a partir da assinatura, pelo hospital e pela SES/MG, de um termo de compromisso, contribuindo para o desenvolvimento de uma rede hospitalar conveniada ao SUS em Minas Gerais socialmente necessária e capaz de:

- Operar com eficiência.
- Prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população.
- Preencher vazios assistenciais.
- Inserir-se em redes integrais de atenção à saúde (Minas Gerais, 2007).

Com isso, o Programa tem como estratégias:

- Assistencial – conformação de um sistema de saúde que integre três níveis territoriais: o municipal, com auto-suficiência em atenção básica ampliada; o microrregional, com auto-suficiência em atenção de media complexidade; e o macrorregional, com auto-suficiência em atenção de alta complexidade.
- Econômica – incentivo financeiro.
- Redistributiva – fator de alocação segundo necessidades.
- Gerencial – lógica contratual, assinatura de termo de compromissos recíprocos.
- Educacional – curso de gestão hospitalar.
- Parceria com os gestores locais.
- Cooperação técnica horizontal (Minas Gerais, 2007).

O Pro-Hosp fundamenta-se na pactuação de compromissos entre o hospital e a SES/MG, firmados mediante um Termo de Compromisso. Nessa lógica, a Secretaria repassa um montante financeiro, e os hospitais se comprometem, como contrapartida, a promover a melhoria da qualidade da assistência, aferida pelo cumprimento de metas preestabelecidas pelo contrato. A adoção de tal lógica exige modificar uma cultura administrativa focalizada no planejamento e no controle exclusivo de atividades e insumos.

A implementação de compromissos de desempenho inclui alguns requisitos importantes por parte do contratante, entre os quais se destacam:

- Estabelecer os objetivos estratégicos.
- Identificar as medidas de melhoria na gestão.

- Definir os indicadores de desempenho.
- Conhecer previamente as condições dos contratados com relação aos objetivos estratégicos.
- Determinar metas concretas e verificáveis.
- Vincular o montante de recursos às metas.
- Definir e aplicar incentivos e sanções relacionadas ao cumprimento de metas.
- Definir o fluxo de informação, no sentido de garantir sua confiabilidade e a obtenção em tempo oportuno.
- Realizar o monitoramento contínuo dos compromissos.
- Realizar avaliação periódica da gestão.
- Utilizar a informação do monitoramento e da avaliação para decisões gerenciais: introduzir ajustes, rever formatos de compromissos;
- Ter real interesse e condições para aplicar tanto as sanções estabelecidas como os incentivos ao desempenho (Minas Gerais, 2007).

Para que o compromisso de gestão seja implementado com êxito, é fundamental que seja realizado o acompanhamento da execução dos compromissos, assim como o monitoramento e a avaliação do programa e da situação dos hospitais.

Destaca-se a presença de inúmeros atores que são ativos em diversas fases de execução do Programa, conforme o Manual. O primeiro deles é a Comissão Estadual de Avaliação do Pro-Hosp. A Comissão de Estadual de Avaliação do Pro-Hosp, composta por oito membros, é formada por representantes da SES-MG e do COSEMS. Sua finalidade principal é avaliar, no nível central, o pleno cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo Programa.

O segundo ator são os Comitês de Avaliação Macrorregional e Microrregional do Pro-Hosp. Esses comitês compõem-se de representantes do Estado e dos municípios envolvidos, conforme regras estabelecidas em resolução. Eles são responsáveis, entre outras atribuições, por emitir parecer sobre assuntos referentes ao Pro-Hosp, a fim de subsidiar as decisões da CIB Macrorregional e da CIB Microrregional (no caso do Comitê Microrregional).

O terceiro ator são as Gerências Regionais de Saúde (GRS). As GRS são unidades administrativas do nível estadual de governo, responsáveis pela reprodução das políticas estaduais no âmbito regional. Competem às GRS: (a) instituir os Comitês de Avaliação Macrorregionais e Microrregionais do Pro-Hosp; (b) coordenar os trabalhos realizados pelos Comitês; (c) facilitar a comunicação entre os Comitês, a Coordenação Estadual, as Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais e os hospitais; (d) organizar e executar o Seminário Anual do Pro-Hosp; (e) organizar e disponibilizar informações sobre o perfil epidemiológico da população regional, a demanda por serviços, a oferta da rede vinculada ao SUS e a sua capacidade de produção.

Os hospitais integrantes do SUS em Minas Gerais, que assinaram um compromisso com a SES/MG, formam o quarto ator. A principal atribuição dessas instituições é promover a melhoria da sua gestão e da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS-MG, por meio do cumprimento daquilo que foi pactuado no Plano de Ajustes e Metas (PAM).

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de municípios-pólo ou não, têm uma participação importante no Pro-Hosp e constituem o quinto ator relevante. As SMS de municípios-pólo são signatárias do Termo de Compromisso e devem monitorar a execução contratual de forma mais próxima, assegurando sua perfeita execução. Na mesma linha, as SMS dos demais municípios que compõem a região de saúde devem ficar atentas para que as necessidades de sua população inscritas nos planos e, por conseguinte, para que a população referenciada por esses municípios tenha acesso a uma atenção hospitalar com qualidade e segurança.

O sexto ator é a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), principal fórum de articulação entre os gestores municipais e o Estado e de grande importância para a gestão das políticas de saúde. No Pro-Hosp, é ela que define os hospitais participantes do Programa e a alocação de recursos financeiros, com base em relatórios elaborados pelos Comitês Macro e Microrregionais. Além disso, a CIB aprecia os relatórios apresentados pelo hospital e validados pelos Comitês de Avaliação Macro e Microrregionais, aprovando-os ou não.

Por fim, o sétimo ator são os Conselhos de Saúde, peças-chave para o bom andamento do programa. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde acompanhar a implementação do Programa em cada município. Espera-se a sua participação no seminário anual de avaliação do Pro-Hosp nas macro e microrregiões. Da mesma forma, ao Conselho Estadual de Saúde cabe acompanhar a implementação do Programa no conjunto do Estado e também se espera a sua participação nos seminários de avaliação do Pro-Hosp nas macro e microrregiões.

As instituições participantes pactuam diversos compromissos e metas, listados no Plano de Ajustes e Metas (PAM), anexo ao Termo de Compromisso, instrumento contratual. A seguir estão listados alguns compromissos e metas pactuados em 2007 pelo Pro-Hosp, nos Planos de Ajustes e Metas:

- Implantar e realizar o Censo Hospitalar Diário.
- Manter em pleno funcionamento determinadas comissões.
- Adesão e implementação à Política Nacional de Humanização e ao Programa Viva Vida (hospitais que possuem obstetrícia e/ou pediatria).
- Gestão profissionalizada.
- Garantia da qualidade.
- Compromissos assistenciais, observando as especificidades de cada microrregião e a referência estabelecida pela instituição.

- Fluxo assistencial: ter 100% dos leitos que são ofertados ao SUS, pela instituição, regulados pela Central Estadual de Regulação.
- Procedimentos pactuados: relacionar o quantitativo mensal dos procedimentos que foram caracterizados como pontos de estrangulamento, conforme avaliação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB/SUS-MG), cuja oferta será ampliada.

Em relação às metas pactuadas nos Planos de Ajustes e Metas do Pro-Hosp em 2007, podem-se citar:

- Taxa de cesáreas (geral).
- Tempo médio de permanência (geral).
- Taxa de ocupação (geral).
- Taxa de mortalidade hospitalar.
- Taxa de Infecção hospitalar/sepse.
- Taxa de transferência externa.

Para as metas, é utilizada como referência a média do desempenho dos últimos doze meses para cada hospital, e pactua-se o referido indicador com o índice de melhor desempenho apresentado até então. Isso estimula a eficiência e a melhoria da assistência aos pacientes atendidos pela instituição, com a melhoria dos processos gerenciais e o aporte de recursos financeiros investidos pelo Estado.

Já em seu quinto ano de funcionamento, o Pro-Hosp vem realizando, durante todo esse tempo, investimento em cerca de 120¹ hospitais públicos e filantrópicos, com o intuito de alcançar os objetivos concebidos em seu desenho.

O valor total repassado é composto de uma parte fixa (50%) e outra variável (50%). O recebimento da parte variável está condicionado ao cumprimento de metas de desempenho. A metodologia de repasse financeiro da parte variável será especificada nas Resoluções relativas a cada competência do Programa, disponível no sítio eletrônico da SES-MG (www.saude.mg.gov.br), ícone do Pro-Hosp.

Para mensuração dos resultados, considera-se que o público-alvo do programa são os cidadãos das macro e microrregiões de saúde do Estado, beneficiados por um sistema de saúde de mais qualidade, próximo a sua residência, por meio dos hospitais contemplados no processo (estes, o foco do Pro-Hosp). Nesse sentido, os investimentos seriam um meio de promover a melhoria dos processos gerenciais dos estabelecimentos de saúde, especificamente os hospitais, e, por conseguinte, de atingir o público-alvo do programa.

¹ Não é possível precisar de forma exata o número de hospitais que compõem o Programa, visto que as CIB Macro e Microrregional, a cada nova competência, definem quais hospitais participarão do mesmo, podendo haver exclusão de alguns que não estão cumprindo seu papel na Micro/Macro e/ou inclusão de outros que apresentem possibilidade de ser importantes para a região.

No curto prazo, entendido como os primeiros anos de adesão dos hospitais ao programa, o Pro-Hosp tem como objetivo promover a garantia da segurança e da qualidade da assistência. Isso é perseguido por meio da readequação das instalações hospitalares, do aumento da resolutividade da instituição por meio da incorporação de tecnologia e ampliação das atividades assistenciais e da fixação de profissionais qualificados em regiões menos atrativas com a melhoria das condições de trabalho.

Em relação ao cumprimento de metas e compromissos, destacam-se as seguintes informações segmentadas conforme as áreas temáticas Gestão, Processos, Resultados e Relação com a Comunidade e Estrutura, previstas no Manual do Pro-Hosp.

Em relação à área de “processos”, a dispensação de medicamentos e o uso de hemocomponentes seguros foram cumpridos por 87% dos hospitais beneficiados. A meta relativa à taxa de cesárea, entretanto, foi cumprida integralmente somente por 18% das instituições. Os hospitais do Pro-Hosp Microrregional também apresentaram baixos percentuais de cumprimento para os indicadores “protocolos clínicos implantados”, com 23% de cumprimento, e “comissões em funcionamento”, variando de 30% a 39%. A meta de aumento da taxa de ocupação foi cumprida por apenas 27% dos hospitais, parcialmente cumprida por 37% e não cumprida por 36% das instituições hospitalares participantes.

Quanto aos indicadores de “resultado”, um total de 61% dos hospitais cumpriu a meta relativa à taxa de infecção hospitalar. A taxa de mortalidade hospitalar pactuada foi cumprida por 45% dos hospitais. Em contraste, a meta da taxa de mortalidade institucional foi a mais difícil de ser alcançada, com apenas 29% de cumprimento.²

Entre os indicadores de “estrutura”, destacam-se com o menor percentual de cumprimento a implantação de unidade de Hospital-Dia (11%), de unidade de atenção domiciliar terapêutica (17%) e do Plano de gerenciamento de resíduos (34%). Todos os outros compromissos foram cumpridos por mais de 50% dos hospitais microrregionais, e quatro indicadores alcançaram percentuais de cumprimento de mais de 80%. Esse resultado indica, segundo avaliação da Fundação João Pinheiro, que a resposta dos hospitais aos compromissos relacionados à dimensão da estrutura, ao menos quanto aos quesitos verificados, apresenta um grau de adequação maior que o das outras áreas.

Nota-se que esse resultado sugere um alcance dos objetivos de curto prazo estabelecidos pela Coordenação do Pro-Hosp. De fato, observa-se que os hospitais do Pro-Hosp estão readequando suas instalações físicas e adquirindo equipamentos essenciais ao seu funcionamento em conformidade com a legislação da Vigilância Sanitária, permitindo o cumprimento do Termo de Obrigação a Cumprir, o que é traduzido em segurança da assistência prestada aos usuários.

2 De acordo com a Fundação João Pinheiro, foi insuficiente o cumprimento da taxa atendimento a paciente referenciado (39%), principalmente porque se trata de hospitais localizados em pólo microrregional. Com isso, é necessário esclarecer à época da avaliação, o Estado estava em processo de implantação das Centrais de Regulação, em que 100% dos leitos passariam a ser regulados, não restando ao hospital autonomia para aumentar essa taxa. Seria necessário, portanto, rever o modo de monitoramento desse indicador.

Quanto ao fortalecimento da gestão dos hospitais participantes, os impactos dos avanços qualitativos e quantitativos apresentam dificuldades quanto à sua mensuração, já que eles, em sua maioria, ao pactuarem, no primeiro ano, não dispõem de dados e/ou aplicação correta da metodologia estabelecida pelo Ministério da Saúde para o processamento dos indicadores de qualidade e produtividade. O adequado processamento desses indicadores (taxa de ocupação, tempo médio de permanência, taxa de infecção, taxa de mortalidade e outros) foi implantado no decorrer do programa, com a uniformização da metodologia estabelecida pelas Portarias Ministeriais. Atualmente, tem-se a garantia, por meio do acompanhamento das Gerencias Regionais de Saúde, de que todos os hospitais do Pro-Hosp monitoram o desempenho e a qualidade de seus processos assistenciais, um importantíssimo impacto do programa na mudança na cultura organizacional hospitalar.

Outro impacto do programa é a extensão das suas ações por todo o Estado, com 100% de cobertura do PDR-MG. Conforme mencionado, participam do programa 126 hospitais nos 18 municípios-pólos das macrorregiões em 86 municípios das microrregiões.

Além disso, o Pro-Hosp promove o adequado funcionamento das comissões hospitalares (infecção hospitalar, óbito, prontuário, ética médica e outras) que são responsáveis pela proposição, pelo monitoramento e pela avaliação dos processos assistenciais. O programa também fomenta a utilização de práticas humanizadas, com a capacitação e investimentos em ações que promovam a humanização do cuidado.

Para o preenchimento dos “vazios assistenciais”, nas micro e macrorregiões, o Pro-Hosp tem promovido o aumento da resolutividade da instituição com a incorporação de tecnologia e a ampliação das atividades assistenciais e, assim, a fixação do profissional em regiões menos atrativas.

Em relação ao fortalecimento da Gestão nos hospitais participantes, houve a capacitação de todos os hospitais do Pro-Hosp com a capacitação de 260 gestores hospitalares. Nos cursos de especialização em Gestão Hospitalar foram elaborados 119 Planos Diretores (PD) já aprovados.

A partir do curso é fomentada a utilização de ferramentas de gestão para a otimização dos processos. Com isso, as instituições participantes são motivadas a implantar controle de estoques, sistemas de custos e outros que visam a facilitar o hospital a atingir o equilíbrio financeiro. Além disso, todos os hospitais agora dispõem de acesso à Internet.

Vale lembrar que estão em curso outras sete turmas do curso supracitado (sendo três em Belo Horizonte e outras três descentralizadas em Alfenas, Juiz de Fora, Montes Claros e Uberlândia), cujos produtos serão novos PD atualizados, bem como ferramentas de monitoramento e de implantação do processo de qualidade nos hospitais.

Por fim, objetivando o fortalecimento do SUS, o Pro-Hosp provoca o estreitamento das relações entre os Gestores Municipais das macro e microrregiões, estimulando o planejamento regional da atenção hospitalar no âmbito das regiões de saúde.

De acordo com o desenho do Programa, espera-se do Pro-Hosp, no longo prazo:

- Garantia do atendimento de qualidade da assistência hospitalar, nas regiões do Estado de Minas Gerais contempladas pelo Programa.
- Contribuição para a Regionalização/Urgência e Emergência e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários, assegurando a resolutividade em procedimentos de média complexidade, de pelo menos um hospital publico ou filantrópico em cada microrregião.
- Promoção da auto-suficiência em procedimentos de alta complexidade nas macrorregiões.
- Fixação de profissionais em regiões menos atrativas.

Em outras palavras, o Pro-Hosp visa, em última instância, contribuir para a efetiva consolidação da regionalização da saúde no Estado de Minas Gerais, a partir do fortalecimento das unidades hospitalares de referência das macro e microrregiões sanitárias de Minas Gerais, oferecendo um atendimento de qualidade, resolutivo e auto-suficiente.

De acordo com o PPAG previsto para o período de 2008 a 2011, o Pro-Hosp é um Programa que integra o Projeto Estruturador Regionalização – Urgência e Emergência, que, por sua vez, faz parte da Área de Resultado Vida Saudável. Ainda segundo o PPAG, o objetivo desse Projeto Estruturador é “adequar a oferta e a qualidade de cuidados secundários e terciários, observada a distribuição territorial das redes de atenção à saúde”.

Dentro do escopo desse Projeto, encontram-se listados: 1) Manter o Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualizado de acordo com a evolução do espaço assistencial; 2) Atualizar e monitorar a Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência; 3) Implementar o Sistema de Regulação Assistencial em todas as regiões do Estado; 4) Fortalecer a rede hospitalar regional – ProHosp; 5) Estruturar o Sistema de Transporte Sanitário; 6) Fortalecer a co-gestão das redes regionais de saúde com os municípios.

Assim sendo, para fazer cumprir o que está previsto no PPAG, como resultados de médio prazo, é necessário que se fixem, para o Pro-Hosp, os objetivos, as diretrizes e as metas que irão nortear a execução do Programa durante os próximos quatro anos.

1.3.4.1 Diretriz

- Melhorar a qualidade da atenção hospitalar da rede SUS/MG – Macro e Microrregional.

1.3.4.2 Objetivos estratégicos

- Fortalecer a rede hospitalar de referência regional do Estado de Minas Gerais em serviços de média/alta complexidade, de acordo com a tipologia assistencial.

- Fortalecer a urgência e emergência dos hospitais de referência regional do Estado de Minas Gerais.
- Promover a qualificação dos hospitais participantes do Pro-Hosp, estimulando a gestão da qualidade.
- Estruturar o curso de atualização à distância em Gestão Hospitalar.
- Implantar um programa de qualidade que leve os hospitais do Programa a atingir padrões de segurança e qualidade de acordo com o nível 1 da Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA).
- Estruturar a incorporação dos hospitais de pequeno porte (HPP) do Estado ao Pro-Hosp, caso sejam classificados no nível atenção secundária.
- Superar “vazios assistenciais”, especialmente os relativos à atenção a mulheres, crianças, doenças do aparelho circulatório, diabetes, idosos e urgência/emergência.

QUADRO 1: Objetivos e metas – PRO-HOSP 2008/2011

Objetivos	Metas
1) Fortalecer a rede hospitalar de referência regional do Estado de Minas Gerais em serviços de média/alta complexidade, de acordo com a tipologia assistencial.	- 100% dos hospitais de referência macro e microrregional, conforme definição das CIBs Macro e Microrregionais, contemplados pelo Pro-Hosp, a cada nova competência (anual).
	- Ampliar o Programa para todos os hospitais tidos como socialmente necessários até 2010, considerando-se a viabilidade de ampliação dos recursos financeiros e de aplicação da metodologia da alocação equitativa desses.
2) Fortalecer a urgência e emergência dos hospitais de referência regional do Estado de Minas Gerais.	- Elaborar a proposta do Pro-Hosp Urgência/Emergência até abril/2008.
	- Incorporar 100% dos hospitais considerados pontos de atenção da rede de Urgência/Emergência no projeto até dezembro/2008.
	- Estruturar completamente as redes de Urgência/Emergência das macrorregiões Centro e Norte de Minas até 2009.
3) Promover a qualificação dos hospitais participantes do Pro-Hosp, estimulando a gestão da qualidade.	- Formar quatro turmas no curso de Especialização em Gestão Hospitalar até 2008.
	- Formar três turmas no curso de Especialização em Gestão Hospitalar até 2009.
	- Fazer a reformulação do curso até 2009 para as turmas ingressantes a partir de 2010.
4) Estruturar o curso de atualização a distância em Gestão Hospitalar	- Fazer a proposta do Curso de Educação a Distância em parceria com a ESP/MG até 2010.

Objetivos	Metas
<p>5) Implantar um programa de qualidade que leve os hospitais do Programa a atingir padrões de segurança e qualidade de acordo com o nível 1 da Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA).</p>	<p>- Estruturar o Prêmio de Qualidade “Selo Pro-Hosp” em 2008.</p>
	<p>- Proceder a avaliação anual dos hospitais para o Prêmio de Qualidade “Selo Pro-Hosp” a partir de 2008.</p>
	<p>- Proceder a avaliação de pelo menos 10 hospitais segundo a metodologia da ONA até dezembro/2008, dando continuidade ao processo de acreditação a partir de 2009.</p>
	<p>- Estruturar um Núcleo de Gestão da Qualidade Hospitalar na SES/MG até 2008.</p>
<p>- Priorizar investimentos na resolução dos Termos de Obrigações a Cumprir emitidos pela VISA a cada nova competência do Programa (anual).</p>	
<p>6) Estruturar a incorporação dos hospitais de pequeno porte (HPP) do Estado ao Pro-Hosp, caso sejam classificados no nível atenção secundária.</p>	<p>- Implantar o módulo de HPP (se considerados nível de atenção secundária) do Pro-Hosp até 2010.</p>
<p>7) Superar “vazios assistenciais”, especialmente os relativos à atenção a mulheres, crianças, doenças do aparelho circulatório, diabetes, idosos e urgência/emergência.</p>	<p>- Quantificar e qualificar os avanços obtidos, a demanda e o potencial de cada região de saúde, em conjunto com a GISA, a partir do indicador “taxa de transferências externas” (com parâmetros mais robustos) e de outros estudos até 2011.</p>
	<p>- Manter 100% das internações hospitalares reguladas pelas Centrais Estaduais de Regulação.</p>

É importante ressaltar que, após a implantação exitosa do Pro-Hosp como mecanismo de fortalecimento do parque hospitalar estadual, uma frente destacada e inovadora que surge é o acompanhamento e a avaliação da melhoria da qualidade e da assistência e da gestão nos hospitais Pro-Hosp.

O esforço da SES/MG em incorporar a gestão da qualidade no escopo do Pro-Hosp (e de outras ações) demonstra claramente a evolução e a mudança de paradigma, passando de uma administração pública que deixa de se preocupar com o mero provimento de serviços e passa a se ocupar de prover serviços com qualidade e excelência.

O Programa de Gestão da Qualidade proposto engloba três eixos: o programa de desenvolvimento de recursos humanos, o diagnóstico organizacional e o prêmio de qualidade que visa reconhecer as melhores práticas de gestão da qualidade, estimulando as organizações à melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes do SUS.

1.3.5 Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde

No Brasil, a construção de um Sistema Único de Saúde vem sendo regida por um conjunto de estratégias e decisões estabelecidas em um arcabouço legal que visa, em linhas gerais, a universalização de acesso à assistência à saúde do cidadão, com equidade no atendimento, de maneira descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2002 e 02/2002) estabelece que os Estados e municípios devam elaborar os seus respectivos Planos de Controle, Regulação e Avaliação, que consistem no planejamento de um conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

Cabe, portanto, ao gestor do SUS, segundo a mesma Norma Operacional, programar e regular os serviços de saúde e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e, em especial, a garantia de acesso.

Para cumprir esses objetivos, é importante que um Sistema de Regulação Assistencial funcione também como ferramenta para acompanhamento, avaliação e diagnóstico, possibilitando ajustes no planejamento e otimizando o financiamento dos serviços.

A construção e a modelagem operacional do Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, pela sua concepção e pela sua dimensão que demandaram um conjunto de atividades técnicas, administrativas e legais, duraram cerca de dois anos e meio e foram desenvolvidas sob a coordenação da Superintendência de Regulação da SES/MG.

Em junho de 2005, concluído o processo licitatório, a SES/MG firmou contrato com o Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública (IBQ&GP) para assessoria técnica e consultoria. O objetivo do contrato foi a estruturação, a execução, a capacitação de recursos humanos, bem como utilização de sistemas tecnológicos para implantação das Centrais de Regulação em Saúde Pública no SUS/MG, com vistas ao aprimoramento da capacidade institucional da Secretaria de Estado de Saúde no âmbito de sua competência regulatória.

A partir daquele mês foram iniciados os trabalhos de implantação da Central de Regulação na Macrorregião Norte de Minas. Ainda, em 2005, o mesmo processo de implantação se estendeu para as macrorregiões Nordeste e Leste de acordo com o PDR. Hoje, todas as macrorregiões do Estado de Minas Gerais contam com centrais de regulação.

Sinteticamente, uma Central de Regulação Assistencial pode ser definida como uma estrutura operacional que, interposta entre o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, é capaz de dar a melhor resposta possível, em um dado momento, para um problema assistencial específico. Para cumprir adequadamente o seu papel, o conjunto de Centrais de Regulação Assistencial deve ser organizado

em rede informatizada, regionalizada, hierarquizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial.

Nesse sentido, e para dar suporte ao sistema de regulação de Minas Gerais, foi implantado o SUSFácil MG, um *software* de regulação regional desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Qualidade & Gestão Pública, voltado para o aprimoramento da atuação da Secretaria de Estado de Saúde no que diz respeito às suas atividades de regulação. O programa é responsável pela operacionalização dos módulos funcionais assistenciais, com as seguintes características básicas:

- Comunicação *on-line* via Internet (<http://susfacil.mg.gov.br>) – Agilidade na manutenção e na recuperação de informações em tempo real; operacionalização imediata em qualquer modelo de acesso à Internet via *browser* (Windows ou Linux).
- Interface WEB – Simplicidade de uso e aprendizado para os usuários do sistema – auto-atendimento.
- Banco de dados Oracle – Robustez e segurança no armazenamento de informações, com cópia mensal para o cliente (propriedade da informação assegurada).
- Processamento centralizado – Maior desempenho com menor custo; suporte simplificado.

1.3.5.1 Diretriz

- Garantir a melhoria no acesso da população aos serviços de informações, com assistência qualificada e em tempo oportuno, principalmente nas situações de urgência.

1.3.5.2 Objetivos estratégicos

- Agilizar a troca de informações de regulação entre as unidades administrativas e executivas dos serviços de saúde.
- Organizar de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde.
- Padronizar e manter protocolos assistenciais e operacionais.
- Instrumentalizar os fluxos e os processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação da assistência.
- Implementar rede informatizada de suporte ao modelo de regulação, integrando as diversas Centrais de Regulação em um modelo cooperativo de atuação.
- Estabelecer protocolos assistenciais/ operacionais padronizados e pactuados, visando a equidade no atendimento.
- Garantir o acesso, através do referenciamento adequado, das solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos de APAC.

- Garantir a alternativa assistencial adequada frente às solicitações de utilização de leitos para procedimentos eletivos e de urgência / emergência aos usuários dos municípios pertencentes a uma determinada área de abrangência.

TABELA 5
Metas do SUSFácil - 2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Percentual de internações/transferências reguladas nos municípios sob gestão estadual e nos municípios em gestão plena em co-gestão com a central estadual.	85	95	100	100

1.3.6 Rede Urgência e Emergência

Para combater as dificuldades no diagnóstico sobre a importância das causas externas é necessário que o atendimento ocorra preferencialmente na primeira hora após o trauma. Mas não basta somente prover vários pontos de atendimentos, e sim pensá-los enquanto rede e de forma inteligente, planejando.

As experiências mundiais vêm mostrando que essa estratégia (Classificação de Risco) é um poderoso articulador em uma rede de serviços de urgência. Há vários modelos utilizados já validados no mundo, apesar de sua utilização ser muito recente.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais optou pela utilização do Protocolo de Manchester, o *Manchester Triage System*, após ampla discussão de especialistas de várias áreas de atuação, como médicos, enfermeiros, bombeiros, SAMU, policiais civis e militares, gestores, entre outros. O sistema de Manchester apresenta uma série de prerrogativas essenciais para um sistema de classificação de risco: a) é coerente; b) respeita as boas práticas em situação de urgência; c) é confiável, uniforme e objetivo ao longo do tempo; d) já foi validado; e) é passível de auditoria.

A utilização desse sistema de classificação de risco está relacionada com uma preocupação da SES com a humanização do atendimento ao usuário. O resultado desse processo é a priorização do atendimento a causas de emergência, o que não implica no detrimento do atendimento a outros usuários com gravidade menor. O que se pretende é a configuração de uma rede inteligente de serviços segundo critérios de classificação, que vão priorizar o atendimento de acordo com a gravidade, buscando assim, humanizar o atendimento ao usuário.

O sistema é utilizado desde 1997 nos hospitais do Reino Unido e posteriormente foi se firmando em vários países da Europa, destacando-se a utilização em Portugal, onde virou recomendação do governo.

O sistema utiliza 52 discriminantes que geram algoritmos que vão projetar um índice de gravidade e o tempo máximo de espera por uma intervenção médica. A simbologia do tempo é mediada por cores:

QUADRO 2: Simbologia Cores – Urgência e Emergência

	VERMELHO	Emergência	0 minutos
	LARANJA	Muito urgente	10 minutos
	AMARELO	Urgente	60 minutos
	VERDE	Pouco urgente	120 minutos
	AZUL	Não urgente	240 minutos

Outro grande benefício do método é a reconfiguração do fluxo e da arquitetura nos serviços de urgência.

A experiência portuguesa mostra que a informatização do protocolo tem permitido a redução do tempo médio de classificação em torno de um minuto. Ela também fornece subsídios ao gestor para avaliação de todos os momentos do fluxo de atendimento às urgências gerando *benchmarking* na comparação de diversos serviços e regiões do País.

Na concepção do projeto de redes de atenção às urgências, a informação e a interligação entre os pontos de atenção é fator crucial para o bom desfecho e a perenidade do planejamento. A SES/MG optou por informatizar de forma completa a rede de atenção às urgências do Estado. O início será a linha-guia que conduz à organização do sistema, o protocolo de classificação de risco (Manchester), seguindo-se a informatização completa de serviços de urgência de referência nas macro e microrregiões de saúde, através da aquisição e disponibilização do Software Alert®, acompanhado pelo treinamento e instalação do mesmo nas principais referências de urgência do Estado. Esses serviços não mais necessitarão da utilização de papéis ou documentos com conseqüente imensa potencialização da troca e do resgate de informações, possibilitando ao Estado acompanhar em tempo real todos os eventos nesses locais.

Para melhor atendimento dos casos classificados como de risco, serão estabelecidos três níveis hospitalares: Hospital da Família, Hospital Microrregional e Hospital Macrorregional de referência.

Na nova proposta, os hospitais com menos de 50 leitos serão denominados Hospital da Família. Geralmente se localizam em regiões em que o acesso até o hospital de referência Microrregional demore mais de uma hora e deverão ter um papel no atendimento de urgência e emergência de acordo com os seguintes critérios: ter médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia em sete dias por semana; trabalhar com orçamento fixo e não mais com produção (SIA E SIH); manter o paciente em período de observação de no máximo 72 horas; Referência no Hospital Microrregional (utilizar estruturas de apoio para ganho de escala); Suporte Básico de Vida;

Os Hospitais Microrregionais receberão melhorias na estrutura e na capacitação, além de uma nova forma de custeio, hospitais devem ter um porte mínimo de 100 leitos, Evoluem para ter terapia intensiva geral, referenciam de 100.000 a 300.000 pessoas.

Os Hospitais Macrorregionais receberão melhoria na estrutura e na capacitação. Como referência da estrutura, eles terão acima de 200 leitos em média, sendo um hospital a partir de um milhão de habitantes, e, em relação à escala, terão atendimento preferencial os pacientes com trauma maior.

Para designar o funcionamento dos atores descritos acima, o Estado define o Complexo Regulador das Urgências e Emergências e seus componentes, Central Operativa de Urgência / Emergência, segue protocolo de classificação de risco, avalia a necessidade de enviar uma equipe com ou sem médico ao local da ocorrência, decide junto com o médico regulador de leitos o encaminhamento para o ponto de atenção mais adequado, regula os recursos disponíveis, a central de leitos consultas, os exames e outros procedimentos, verifica continuamente as demandas e a disponibilidade da rede, prioriza o atendimento à Urgência / Emergência, gerencia a lista de espera, interferindo quando é extrapolado o teto físico e/ou financeiro, orienta a auditoria, complexo Regulador, central macrorregional, um coordenador geral.

O Complexo Regulador é um facilitador da regionalização do SAMU e da melhora na qualidade do atendimento de Urgência, já que o atendimento na primeira hora é fundamental para melhorar a sobrevida e diminuição da morbidade.

1.3.4.1 Diretriz

- Implantar a Rede de Urgência e Emergência.

1.3.4.2 Objetivos estratégicos

- Estabelecer a rede temática de atenção às urgências e às emergências no Estado de Minas Gerais seguindo o Plano Diretor de Regionalização.
- Estabelecer uma linha-guia única (linguagem) em todos os pontos de atenção.
- Formação dos trabalhadores nas equipes multiprofissionais para utilizar o Protocolo nas unidades de urgência e emergência

TABELA 6
Metas da Rede de Urgência e Emergência - 2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Rede macrorregional de U/E implantada	1	1	1	1
Somatório dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais	248.766.281	248.766.281	248.766.281	248.766.281

2 PROJETOS ASSOCIADOS

2.1 Hiperdia

O fardo das doenças crônicas tem um forte impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos afetados, de suas famílias, das comunidades e da sociedade em geral. Suas conseqüências são graves: grande número de mortes prematuras, incapacidades e efeitos econômicos adversos.

Entre as doenças crônicas, a hipertensão e o diabetes foram identificados como de alta prioridade em razão do alto e crescente predomínio e de sua gravidade como precursora de insuficiência renal, amputação de membros, cegueira, deficiência visual grave, doenças cardiovasculares, encefálicas, coronarianas e vasculares periféricas. A coexistência das duas situações aumenta o risco de complicações cardiovasculares.

A prevalência dessas doenças se eleva em faixas etárias maiores, o que acarreta maior responsabilidade e desafio para o setor sanitário, em um quadro de transição demográfica marcado pelo aumento da expectativa de vida e da idade média da população.

Por se conhecer meios para prevenção e acompanhamento desses agravos, são constantes os esforços para se estabelecer uma rede de atenção organizada, eficaz e eficiente para redução de seus custos sociais.

Em 2004, no período de execução do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no Brasil, implantado pelo Ministério da Saúde (MS), a SES/MG estabeleceu diretrizes e metas para a reorganização da assistência aos portadores dessas patologias em Minas Gerais. Em 2007, a implantação da rede de atenção à hipertensão e diabetes foi inserida como projeto associados no Programa de Governo.

O Programa Hiperdia foi criado a fim de reunir esforços para prevenir e/ou efetivamente tratar Hipertensão e Diabetes. A visão de futuro proposta para o Programa foi conhecer a totalidade da população portadora de Hipertensão e Diabetes no Estado, combater os fatores de risco para essas patologias e estabelecer assistência adequada e oportuna para redução dos agravos delas decorrentes.

O Hiperdia objetiva articular e integrar ações nas diversas comunidades do Estado e nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde para reduzir seus fatores de risco e intervir na sua morbimortalidade. Prioriza a promoção de hábitos saudáveis de vida, o diagnóstico precoce e a atenção de qualidade para os portadores dessas patologias e propõe a implantação de pontos de atenção secundária para subsidiar ações prioritárias para acompanhamento de seus portadores. A integração dos pontos com a rede terciária de serviços é de fundamental importância para a execução de ações oportunas e eficazes de acordo com o grau de risco apresentado pelos pacientes.

Uma das ações do Programa Hiperdia é o Agita Minas. Implantado em 2002, vem mobilizando parceiros para um trabalho conjunto visando à prevenção de doenças crônicas. Além dessa ação, foi elaborada a Linha-Guia de Hipertensão e Diabetes, visando à atualização dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde.

Um avanço importante do programa foi a definição de sua política estadual e a elaboração do Protocolo Assistencial para Acompanhamento dos Pacientes Portadores de Diabetes Tipo I e Gestacional.

Uma vertente de atuação do programa é a definição de diretrizes para melhoria da assistência farmacêutica aos diabéticos e hipertensos. Por meio do Programa Farmácia de Minas os pacientes dessa patologia passaram a receber insumos e insulinas Regular e Glargina para auto-monitoramento e controle glicêmico dos pacientes com Diabetes Tipo I e Gestacional cadastrados no Censo de Diabéticos Insulino-Dependentes do Estado de Minas Gerais.

Como estratégia para promover intervenções na atenção de Média Complexidade, foi proposta a implantação de Centros BEM ESTAR. Essas unidades a serem instaladas em municípios sede de microrregiões sanitárias terão a função de dar suporte em ações ambulatoriais consideradas prioritárias, para o diagnóstico precoce e a prevenção de danos e riscos decorrentes da Hipertensão e do Diabetes.

As informações prestadas através do Programa de Informação de Hipertensão e Diabetes (SIS-HIPERDIA) serão monitoradas de forma a criar indicadores e instrumentos padronizados que permitam a comparabilidade e estudos de variância entre os municípios, microrregiões, macrorregiões para definição de prioridades de intervenção.

2.1.1 Diretriz

- Ampliar a longevidade da população portadora de doenças do aparelho circulatório e diabetes.

2.1.2 Objetivos estratégicos

- Ampliar a longevidade da população portadora de doenças do aparelho circulatório e diabetes;
- Implantar centros de referência ao portador de diabetes mellitus e hipertensão.

QUADRO 3: Ações e Data – Centro Bem-Estar 2008/2011

Ação	Data
Utilizar os diversos meios disponíveis (capacitações, videoconferências, visitas técnicas) para estimular o desenvolvimento de ações de promoção na rede de saúde e na comunidade	2009/2010
Programar, em parceria com os responsáveis pela implantação do Plano Diretor Estadual, a capacitação referente à Linha-Guia de Hipertensão e Diabetes de 100% das equipes básicas de saúde dos municípios adscritos às microrregiões sanitárias em que serão implantados os Centros Bem Estar e 100% das equipes básicas de saúde da rede prisional, unidades sob a responsabilidade sanitária da SES/MG.	2009/2011
Implantação de dez Centros de Referência de Atenção Secundária ao Portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão.	2011
Estabelecer cotas de atendimento por município segundo capacidade instalada de serviços e população residente na microrregião.	2010/2011
Estabelecer fluxos de referência e contra-referência para serviços de apoio diagnóstico e terapêutico não oferecidos no Centro, em 100% das microrregiões em que o serviço será implantado.	2009/2010
Elaborar o protocolo de atendimento nos Centros Bem Estar.	2009/2010
Definir parâmetros de acompanhamento da qualidade da atenção prestada nos Centros Bem Estar.	2009/2011
Mapeamento e construção da Rede Assistencial e da Rede de Apoio ao Portador de Hipertensão e Diabetes do Estado de Minas Gerais.	2008/2011
Aumentar para 100% a cobertura de fornecimento de insumos e medicamentos para controle glicêmico dos pacientes diabéticos Tipo I estimados para o Estado de Minas Gerais.	2011

2.2 Mais Vida

Todo cidadão tem direito ao acesso a serviços adequados às necessidades de saúde individuais e coletivas. É nesse contexto que um novo olhar se volta para a saúde do idoso como uma das atuais prioridades das políticas públicas de saúde. A utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias surgem como uma nova perspectiva para essa abordagem.

Dessa forma, e considerando a necessidade de dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como a conclusão do processo de elaboração da referida política, após consultas a diferentes segmentos e aprovação pelos órgãos competentes, o Ministério da Saúde resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS nº. 1395/99. A partir dessa data surgiram legislações específicas e em 2003 foi promulgado o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741.

A partir da publicação da Portaria/GM nº 399/06 – Pacto pela Vida se estabeleceu um compromisso entre os gestores do SUS e as ações em saúde da população idosa passaram a ser prioridade.

A Coordenadoria de Atenção ao Idoso/ SES/MG foi criada em agosto de 2002 explicitando a proposta da Secretaria de Estado de Saúde no que se refere à elaboração, à coordenação e a execução de projetos e à implantação das políticas públicas para a população idosa no Estado de Minas Gerais.

O Programa Mais Vida surgiu da necessidade de um projeto que contemplasse as políticas existentes direcionadas para a população idosa e as adequasse à realidade do Estado de Minas Gerais. É uma prioridade do governo estadual na área da saúde, é visando a excelência da qualidade de vida da pessoa idosa, com o objetivo de fortalecer e valorizar essa parcela populacional em busca de “Acrescentar anos à vida e vida aos anos vividos”. Tem como visão o padrão de excelência na atenção à saúde do idoso, proporcionando o aumento dos anos de vida, com independência e autonomia.

Sua missão é a implantação da rede de atenção à saúde da população idosa no Estado através de sistema articulado e integrado de ações qualificadas em saúde, com o objetivo de manter, melhorar e/ou reabilitar a funcionalidade e a autonomia, de acordo com as necessidades de cada idoso, assegurando os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade.

A estratégia proposta é a habilitação dos profissionais da rede pública de saúde para a atenção global e multidisciplinar do idoso e a descentralização da atenção através da rede de atenção à saúde do idoso. Serão implantados 13 Centros de Referência, com atenção ambulatorial especializada ao idoso em macrorregiões sanitárias do Estado. Os Centros Mais Vida contarão com equipe multiprofissional disponibilizando ações interdisciplinares para a população idosa de risco. Os centros oferecerão suporte técnico aos profissionais da equipe, conectados em rede aos pontos de atenção, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde. Seu propósito é oferecer abordagem global e multiprofissional, tendo como estratégias a intervenção precoce, a promoção, a recuperação da saúde da população idosa e a identificação de situações de vulnerabilidade.

As principais ações do programa desenvolvidas no período de 2004 a 2007 são:

- Implantação do serviço 0800 MG-Idoso. Serviço de ligação telefônica gratuita para fornecer informações aos profissionais, usuários, familiares e cuidadores, sobre a saúde do idoso.
- Elaboração de cartilha sobre demência, em parceria com o Núcleo de Geriatria e Gerontologia do Centro de Referência do Idoso de Belo Horizonte.
- Elaboração de projeto: Programa Mais Vida de Atenção à Saúde do Idoso no Estado de Minas Gerais.
- Elaboração do Projeto Farmácia de Minas / Idoso com a adequação do elenco de medicamentos para atender às especificidades da atenção ao idoso.

- Elaboração de Linha Guia: Atenção à Saúde do Idoso SES/MG.
- Elaboração do projeto de capacitação para os profissionais da rede de saúde para atenção ao idoso.
- Elaboração com a VISA estadual de roteiro de Inspeção Sanitária para instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), adequando-as às novas legislações.
- Elaboração do “Prontuário da Família / Idoso” e Manual do “Prontuário da Família/ Idoso”.

2.2.1 Diretriz

- Acrescentar anos à vida e vida aos anos vividos.

2.2.2 Objetivos estratégicos

- Descentralizar a atenção à saúde do idoso através da implantação da Rede de Atenção ao Idoso e implantar os Centros Mais Vida em macrorregiões sanitárias do Estado.
- Capacitar os profissionais da rede pública de saúde para atenção global ao idoso, com vistas à manutenção da funcionalidade através da implantação das Linhas-Guias “Atenção à saúde do Idoso SES/MG”.

QUADRO 4: Ações e data do Programa Mais Vida 2008/2011

Ação	Data
Elaborar projeto físico do Centro Mais Vida, em parceria com a VISA/MG.	2008
Definir, elaborar e discutir o Contrato de Gestão, as responsabilidades entre as partes e o repasse financeiro para os Centros Mais Vida.	2008
Disponibilizar recursos financeiros para construção ou reforma de espaço físico, aquisição de materiais permanentes e custeio do Centro Mais Vida da macrorregião Norte.	2008
Implantar o Centro Mais Vida/CMV da macrorregião Norte, em Montes Claros. Projeto piloto para implantação dos demais 12 Centros Mais Vida/CMV já modelados.	2008
Desenvolver discussões técnicas com gestores, referências técnicas e universidades com vistas à implantação dos demais 12 Centros Mais Vida nas demais macrorregiões do Estado.	2009/2011
Desenvolver oficinas de capacitação dos tutores do PEP e profissionais dos Centros Mais Vida/CMV nas demais 12 macrorregiões do Estado.	2009/2011
Implantar 12 Centros Mais Vida/CMV nas macrorregiões sanitárias do Estado.	2009/2011

Ação	Data
Implantar a Rede Pública de Atenção à Saúde do Idoso assegurando a linha de cuidado e a longitudinalidade com vistas à atenção qualificada e integral ao idoso, concomitante à implantação dos Centros Mais Vida e do Plano Diretor de Regionalização da APS.	2009/2011
Implantar Linhas-Guias: “Atenção à saúde do Idoso/SES-MG”, através do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde com oficinas e acompanhamento dos Pólos de Educação Permanente/PEP.	2009/2011
Implantar o Protocolo da Avaliação multidimensional do idoso: instituir a avaliação funcional, na Rede Pública de Atenção Primária à Saúde/APS.	2009/2011
Implantar o Prontuário Eletrônico da Família/Idoso.	2009/2011
Ampliar e adequar, em conformidade com Linhas-Guias: “Atenção à saúde do Idoso SES/MG”, o elenco de medicamentos para a atenção à população idosa do Estado.	2008/2011
Distribuir e implantar a caderneta de saúde da pessoa idosa em municípios com população inferior a 500.000 habitantes, concomitante à implantação dos Centros Mais Vida e do Plano Diretor de Regionalização da Atenção Primária à Saúde/APS.	2009/2011
Publicar e implantar o “Prontuário da Família / Idoso” e o “Manual do Prontuário da família / Idoso, concomitante à implantação dos Centros Mais Vida e do Plano Diretor de Regionalização da Atenção Primária à Saúde/APS.	2009/2011

2.3 Farmácia de Minas

Conforme preconizado pela Lei nº 8.080/1990, a saúde é um direito de todos e inclui a assistência terapêutica e farmacêutica integral. Nesse sentido, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, que visa garantir os princípios do SUS.

Ainda hoje, apesar dos esforços dos gestores do SUS, a dificuldade de garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais no serviço público tem sido um dos pontos críticos das ações de saúde. O retrato dessa situação é que os usuários, após consulta médica, nem sempre têm acesso aos medicamentos prescritos para os seus tratamentos.

A Assistência Farmacêutica, como sistema de apoio, deve interagir com os serviços de saúde de forma transversal, garantindo a oferta do insumo, além de ser uma fonte preciosa em tecnologia de informação.

Assim, a SES/MG se propõe a atuar em duas frentes no período do Plano em questão, intervindo:

- No problema estrutural e logístico do ciclo da assistência farmacêutica.
- Na qualidade dos serviços de Assistência Farmacêutica prestados pelo SUS/MG.

2.3.1 Medicamentos Estratégicos

Uma das propostas para este período é a estruturação da Gerência de Medicamentos Estratégicos, incorporando a gestão dos medicamentos dos Programas Estratégicos do Ministério da Saúde.

Medicamentos Estratégicos são aqueles utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, com impacto socioeconômico importante e cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas (tuberculose, hanseníase, endemias focais, DST/Aids). Os medicamentos são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e repassados aos Estados, cuja responsabilidade é armazená-los e distribuí-los aos municípios.

A Gerência de Medicamentos Estratégicos da SES/MG atualmente é responsável pela programação e pela distribuição de medicamentos dos programas: Hanseníase, DST/Aids, Hipertensão (insulinas e insumos de automonitorização) e Talidomida para outras patologias. Os demais medicamentos repassados pelo Ministério da Saúde estão sob a responsabilidade das coordenações dos programas estaduais das respectivas áreas.

Os medicamentos estratégicos são distribuídos, mensalmente, por meio das GRS, mediante mapa consolidado encaminhado. A intenção para estruturação nesse período é a publicação do manual de fluxos da Gerência de Medicamentos Estratégicos, a capacitação dos farmacêuticos das GRS para o manejo dos medicamentos estratégicos, a revisão e a publicação do manual de boas práticas para as Unidades Dispensadoras de Anti-Retrovirais (UDM) de Minas Gerais e a revisão da relação, pactuada em Minas Gerais, de medicamentos destinados ao tratamento de infecções oportunistas em portadores do HIV/Aids.

2.3.1.1 Diretriz

- Estruturar a Gerência de Medicamentos Estratégicos, incorporando a gestão dos medicamentos dos Programas Estratégicos do Ministério da Saúde e trabalhando de modo integrado com os programas de saúde da SES/MG para fortalecer as ações de assistência farmacêutica e garantir o uso racional de medicamentos no Estado.

2.3.1.2 Objetivos estratégicos

- Implantar a gestão dos medicamentos dos Programas Estratégicos do Ministério da Saúde.
- Promover a qualificação profissional dos farmacêuticos das GRS e dos municípios para o manejo dos medicamentos estratégicos.
- Ampliar o número de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) Anti-Retrovirais no Estado.

QUADRO 5: Ações e data – Medicamentos Estratégicos 2008/2011

Ação	Data
Incorporar a gestão dos medicamentos dos Programas Estratégicos do Ministério da Saúde	2008/2009
Publicar o manual de fluxos da Gerência de Medicamentos Estratégicos	2008
Aprimorar a programação de medicamentos estratégicos, por meio de melhoria dos mapas mensais de medicamentos e insumos e elaboração de manual.	2008
Realizar capacitação dos farmacêuticos das GRS e municípios para o manejo dos medicamentos estratégicos	2008/2011
Publicar a revisão da lista de medicamentos disponibilizados pelo Estado ao Programa de Saúde mental	2008
Revisar e publicar a revisão do manual de boas práticas para as Unidades Dispensadoras de Anti-retrovirais (UDM) de Minas Gerais	2008
Implantar o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) em 100% das UDM do Estado	2008
Recadastrar as UDM do Estado	2008
Regulamentar a implantação de UDM no Estado	2008
Revisar a relação, pactuada em Minas Gerais, de medicamentos destinados ao tratamento de Infecções Oportunistas dos portadores do HIV/Aids	2009
Ampliar o número de UDM do Estado	2009/2011

2.3.2 Medicamentos Básicos

O Ministério da Saúde considera como medicamentos básicos os produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde. No que tange a Assistência Farmacêutica Básica no Estado de Minas Gerais, o objetivo é aprimorá-la, aumentando o acesso e a resolutividade da rede SUS no atendimento das necessidades individuais e coletivas da população.

Nesse sentido, constitui-se como elemento importante a efetiva implementação do SIGAF – que deverá ser implantado em 100% das farmácias da rede Farmácia de Minas. Adicionalmente, espera-se adotar para, no mínimo, 68 municípios do Estado, a distribuição descentralizada de medicamentos para o ano de 2008.

Pretende-se ainda, elaborar, juntamente com a Superintendência de Gestão, proposta e aquisição de serviços de terceirização do armazenamento e da distribuição de medicamentos da Superintendência de Assistência Farmacêutica para ser adotada

a partir de 2009 e, juntamente com a Superintendência de Ações de Saúde, a relação de medicamentos essenciais do Estado de Minas Gerais, incluindo os básicos, os excepcionais e os estratégicos.

A Resolução SES-MG nº 1.416/08 instituiu recentemente o *Incentivo Financeiro Estadual para Estruturação da Rede Estadual de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do SUS/MG*. Assim, está sendo constituída a Rede Farmácia de Minas. Compõem o escopo desse incentivo investimento em infra-estrutura e custeio para manutenção de profissionais (Farmacêutico e Auxiliar de Farmácia).

A necessidade desse investimento pode ser identificada pelo diagnóstico de inexistência de farmácias ou pontos de entrega, estrutura precária e em desacordo com normas sanitárias, custos logísticos elevados em decorrência da pulverização de estoques, uso irracional dos medicamentos, falta de acesso aos medicamentos essenciais, recursos humanos em número insuficiente e desqualificado, tudo isso gerando baixa eficiência.

O objetivo desse incentivo é estruturar os serviços de assistência farmacêutica em todos os municípios que necessitam de infra-estrutura, incluindo a contratação de farmacêuticos, buscando o trabalho interdisciplinar e a integralidade da atenção.

Uma estrutura física adequada pode ser definida como aquela onde ocorrem boas práticas de armazenamento de medicamentos e de dispensação de medicamentos. É ainda um espaço humanizado de atendimento aos usuários do SUS. Possui um sistema informatizado eficiente e se integra com o conjunto dos programas e das ações de saúde.

Os resultados esperados para este período com a implantação de uma política adequada de assistência farmacêutica são: reconhecimento da Farmácia como Estabelecimento de saúde essencial ao funcionamento do SUS e referência para prestação de serviços farmacêuticos para população, consolidação da referência técnica de Assistência Farmacêutica, uso racional dos medicamentos, maior integração com os serviços de saúde, efetividade terapêutica e eficiência nos gastos, cadastro dos usuários e prescritores de medicamentos do SUS/MG por meio do SiGAF, humanização do atendimento aos pacientes, capacitação/educação permanente para farmacêuticos visando o uso racional de medicamentos, formulação de indicadores de resultados para assistência farmacêutica e definição de metodologia para incorporação tecnológica, em específico, de produtos farmacêuticos no processo de seleção de medicamentos da SES/MG.

2.3.2.1 Diretriz

- Reorientar a assistência farmacêutica básica com ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos, inclusive fitoterápicos, e promoção de seu uso racional.

2.3.2.2 Objetivos estratégicos

- Ampliar o acesso aos medicamentos básicos e a resolutividade da rede SUS no atendimento à população.

- Integralizar a distribuição e a dispensação de medicamentos em nível de atenção primária.
- Estruturar e qualificar a Rede Farmácia de Minas.

QUADRO 6: Ações e data – Medicamentos Básicos 2008/2011

Ação	Data
Adotar para, no mínimo, 68 municípios do Estado, a distribuição descentralizada de medicamentos para o ano de 2008.	2008
Elaborar proposta de aquisição de serviços de terceirização do armazenamento e distribuição de medicamentos da Superintendência de Assistência Farmacêutica.	2009
Elaborar, juntamente com a Superintendência de Ações de Saúde, a Relação de Medicamentos Essenciais do Estado de Minas Gerais.	2008-2009
Implantar a Rede Farmácia de Minas nos municípios de Minas Gerais, totalizando 650 farmácias.	2008-2011
Informatizar as farmácias da Rede Farmácia de Minas com o Sistema de Gerenciamento em Assistência Farmacêutica (SIGAF).	2008-2011
Executar o curso de especialização para os farmacêuticos que atuarão nas Farmácias da Rede Farmácia de Minas.	2008-2011

2.3.4 Medicamentos Excepcionais

Quanto aos Medicamentos de Alto Custo, estes podem ser definidos como aqueles utilizados para doenças raras ou de baixa prevalência, com alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado (ex.: imunossupressores, acromegalia, doença de Gaucher, esclerose múltipla, etc.).

O Programa, financiado pelo Governo Federal por meio do Ministério da Saúde e co-financiado pelo Estado de Minas Gerais, é regulamentado pela Portaria 2.577 de outubro de 2006 e pela Portaria 2.848 de dezembro de 2007.

Realizar a qualificação das farmácias de dispensação de medicamentos de alto custo / excepcionais em 50% das GRS; implantar o novo sistema de dispensação de medicamentos excepcionais em 100% das GRS; publicar o manual de boas práticas de dispensação de medicamentos excepcionais; diminuir o tempo de análise dos processos de pacientes para no máximo de 15 dias e diminuir a falta de medicamentos para no máximo 00 itens mensais (relativo a problemas de programação da gerência de excepcionais) são algumas das metas propostas para este período. Ainda com o intuito de atender às demandas da população, a Gerência de Medicamentos Excepcionais tem despendido esforços na manutenção e no controle de estoques na tentativa de minimizar os transtornos causados pela falta dos medicamentos de alto custo.

2.3.4.1 Diretriz

- Coordenar e otimizar a dispensação de medicamentos excepcionais.

2.3.4.2 Objetivos estratégicos

- Realizar a qualificação e a humanização da dispensação de medicamentos excepcionais nas farmácias das GRS.
- Garantir a aquisição dos medicamentos excepcionais e de alto custo e acompanhar a distribuição.
- Implantar novo sistema de dispensação de medicamentos de alto custo.

QUADRO 7: Ações e data – Medicamentos Excepcionais 2008/2011

Ação	Data
Implantar o novo sistema de dispensação de medicamentos excepcionais em 100% das Gerências Regionais de Saúde	2009
Publicar o manual de boas práticas de dispensação de medicamentos excepcionais	2009
Aprimoramento do Sistema de Informação do ciclo logístico e (SIGAF/Alto Custo) e implantação em duas GRS	2008
Redução do tempo médio de processos para novos pacientes de medicamentos de alto custo de 60 para 30 dias	2008-2009

3 OUTROS PROGRAMAS E INICIATIVAS

3.1 Atenção à Saúde

3.1.1 Atenção às saúdes Indígena, Mental, Bucal, dos Portadores de Deficiência E dos portadores de DST/HIV/Aids

Além das ações e dos projetos considerados estruturadores e associados, existe uma série de outras importantes ações desenvolvidas pela SES/MG. Muitas delas ocorrem em colaboração com o Ministério de Saúde e com os municípios. Essas ações visam garantir a integralidade e a universalidade, princípios básicos e fundamentais do Sistema Único de Saúde.

3.1.1.1 Atenção à Saúde Indígena

Minas Gerais possui oito etnias distribuídas pelas diversas regiões do Estado. A SES/MG tem como um de seus objetivos atuar na população indígena, visando propiciar

a oferta de ações e serviços de saúde por meio da articulação estratégica intra e interinstitucional para a estruturação do Sistema de Saúde Indígena no Estado, com pleno estímulo ao controle social nos DSEIS e presença de representação indígena nos CMS e no CESMG.

Considerando que as condições de saúde indígena e os principais fatores que incidem sobre essa população, tais como falta de água tratada, carência de infra-estrutura, de saneamento básico e o alcoolismo, acarretam em morbidades, principalmente entre crianças, torna-se prudente firmar parcerias cujo critério de elegibilidade é a elaboração e o planejamento para realização das ações de saúde, capacitação dos profissionais e lideranças indígenas, garantia de acesso a medicamentos, saneamento, infra-estrutura e de acesso *in loco* das ações na atenção primária, observando a sua especificidade e direcionando recursos para atenção secundária, cumprindo o Subsistema de Saúde Indígena.

3.1.1.2 Atenção à Saúde Bucal

A atenção à saúde bucal tem como propósito prestar cuidados dentro do princípio da integralidade, no qual ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação são disponibilizadas simultaneamente de forma individual e coletiva, de modo a promover saúde e satisfazer as necessidades existentes dentro do melhor encaminhamento.

Essa visão ampliada da atenção se relaciona ao fato de que o enfoque apenas na intervenção clínica individual tem um potencial limitado para lidar com os principais problemas de saúde bucal da população. A atenção deve ser baseada em um equilíbrio entre as ações coletivas de abordagem populacional (que tendem à universalização e permitem a manutenção da saúde e a diminuição das situações de risco) e as ações individuais (que devem priorizar as situações de maior risco ou necessidade).

3.1.1.3 Atenção à Saúde dos Portadores de Deficiência

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais tem como objetivo formular, implantar e avaliar as Redes de Assistências aos Portadores de Deficiência do Estado. A instituição, por meio da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, está implantando as Redes de Assistência ao Deficiente considerando o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que visa também a descentralização da assistência. Essas Redes são organizadas de forma a garantir a oferta integral da assistência ao usuário do SUS.

Atualmente a SES/MG é responsável pela implantação e pelo controle da assistência de quatro Redes:

- Rede Estadual de Reabilitação Física.
- Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva.
- Rede de Assistência ao Portador de Derivação Intestinal e Urinária/Ostomizados.
- Rede Estadual de Atenção ao Deficiente Mental e Autista.

3.1.1.4 Atenção à Saúde Mental

A Rede Estadual de Atenção ao Deficiente Mental e Autista tem por objetivo amparar e oferecer atendimento digno aos portadores de transtornos mentais, por meio de uma rede assistencial ao deficiente mental e ao autista, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, identificando e acompanhando os pacientes que demandem cuidados de atenção em saúde e contribuindo para a melhoria de suas condições de vida, integração social e para ampliação de suas atividades laborais e independência nas atividades de vida diária.

Em Minas Gerais, vários serviços substitutivos são disponibilizados, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), cujo objetivo é acolher e cuidar dos portadores de transtornos mentais, buscando integrá-los à sociedade. O paciente apenas frequenta os Centros, sem privação do convívio familiar.

Outra assistência oferecida é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que são casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de sofrimento mental grave, que não possuem vínculos familiares ou suporte social. Atualmente o Estado possui 113 Serviços credenciados.

3.1.1.5 Atenção à Saúde dos Portadores de DST/HIV/AIDS

A Aids (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) tem apresentado, desde o início da terapia com anti-retrovirais de alta potência, características de doença crônica, permitindo ao portador do vírus uma vida mais longa e com melhor qualidade. Entretanto, em todo o mundo, a doença continua sendo um problema de saúde pública. No Estado de Minas Gerais, a cada ano, morrem cerca de 800 pessoas e mais de 1000 casos novos são notificados. Portanto, a epidemia continua demandando um trabalho contínuo e incansável por parte dos órgãos públicos responsáveis.

O Programa Estadual de DST/Aids, seguindo a lógica do SUS e o Plano Diretor de Regionalização, é constituído por uma Coordenadoria Estadual e por 52 municípios que recebem incentivo fundo a fundo do Ministério da Saúde para ações de prevenção e assistência às DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e a Aids. Além disso, uma rede de laboratórios estaduais e municipais dão sustentação ao diagnóstico do HIV e oferecem acompanhamento aos pacientes. Há, também, 27 Centros de Testagem e Aconselhamento no Estado, que fazem coleta de sangue, com aconselhamento pré e pós-teste, e ainda levam à população informações visando à prevenção.

A SES/MG atua conjuntamente com a Secretaria de Estado de Defesa Social, visando levar informação e proporcionar à população prisional acesso ao diagnóstico e tratamento das DST/HIV.

O uso de testes rápidos para triagem diagnóstica também é uma das ações pioneiras especialmente no norte do Estado, onde acesso a laboratórios é mais difícil, o que fortaleceria os dados de diagnósticos precoces HIV/AIDS.

A evidência de que o sistema de informação é de suma importância para o real enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST faz com que a SES se ocupe do SINAN-AIDS e do SINAN-DST com esmero, tendo a meta arrojada de transformar HIV e DST em notificações compulsórias dentro do Estado de Minas Gerais.

Com a evidência do fortalecimento do vírus HIV, é necessário que Minas atente sempre para informações e ações com os profissionais da saúde a fim de atualizar-se em tratamento e prevenção, pesquisas e atualidades, inclusive com o apoio de parceiros intra-setoriais e privados.

Enfim, a SES, em sintonia com o Ministério da Saúde, continua seu combate à transmissão de Aids e sífilis abrindo mais maternidades do Projeto Nascer e melhorando seus profissionais no tratamento de DST através dos cursos de abordagem sindrômica em DST.

3.1.1.6 Diretrizes

- Estruturar a atenção primária *in loco* nas aldeias mineiras.
- Melhoria das condições de saúde bucal e de qualidade de vida da população do Estado de Minas Gerais com equidade.
- Estruturar a Redes de Assistências aos Portadores de Deficiência do Estado de Minas Gerais.
- Desenvolver ações de prevenção e assistir os portadores de DST/AIDS.
- Melhoria das condições de saúde bucal e de qualidade de vida da população do Estado de Minas Gerais com equidade.

3.1.1.7 Objetivos estratégicos

- Garantir acesso farmacológico à população indígena.
- Firmar parcerias para consecução das ações voltadas às etnias.
- Formação de uma rede integral de atenção à saúde bucal tendo como centro coordenador a atenção primária à saúde.
- Investir em diagnósticos precoces em HIV/AIDS.
- Incluir Sociedade Civil no trabalho de enfrentamento HSH.
- Fazer parcerias com educação em relação à saúde e prevenção das DST/HIV/AIDS nas escolas.
- Notificar adequadamente DST/HIV/AIDS introduzindo a notificação compulsória de agravos ainda não passíveis de notificação e monitorando os agravos já passíveis.

- Trabalhar AIDS/hepatites e AIDS/TBC com prioridade.
- Incluir a população feminina no que tange à informação da sua sexualidade, à importância do seu papel na prevenção e à violência sexual cometida contra ela.
- Ministrando cursos em biossegurança para populações de ONG e da Secretaria de Defesa Social.
- Manter as maternidades do Projeto Nascer em funcionamento e abrir novas, além de implementar os treinamentos de abordagem sindrômica em DST.
- Garantir a avaliação, o diagnóstico, a assistência, a habilitação/reabilitação e a inserção na vida social da pessoa portadora de deficiência física.
- Formação de uma rede integral de atenção em saúde bucal tendo como centro coordenador a atenção primária à saúde.

QUADRO 8: Ações e data – Atenção à Saúde 2008/2011

Ação	Data
Implantar o projeto de medicina tradicional indígena e plantas medicinais.	2008/2011
Implantar o Projeto SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento).	2008/2011
Capacitações e treinamentos de lideranças indígenas e profissionais de saúde.	2008/2011
Diagnóstico da rede de atenção em saúde bucal.	2008
Ampliação e qualificação da Atenção Primária em Saúde Bucal.	2008/2011
Ampliação e qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde Bucal.	2008/2011
Treinar 30 turmas de saúde em tratamento do paciente HIV, em adesão ao tratamento e em prevenção às DST.	2009/2011
Implantar sistema de notificação compulsória para agravos em DST e para a infecção pelo HIV bem como melhorar o monitoramento das existentes através do SINAN-AIDS-DST.	2009/2011
Implantar o SPE em MG, como mais uma forma educativa e preventiva em adolescentes de prevenção às DST/Aids nas 13 macrorregionais.	2008/2010
Implantar mais 15 serviços de atendimento especializado.	2009/2011
Capacitar pelo menos mais 15 turmas em abordagem sindrômica e abrir mais 120 maternidades do projeto Nascer.	2008/2011
Realizar campanhas de mídia no que diz respeito ao diagnóstico precoce do HIV, à Educação de Adolescentes em DST/AIDS, ao Plano de Enfrentamento da Mulher, ao Plano de Enfrentamento HSH, à Biossegurança e aos projetos concomitantes com o Ministério e com parcerias na SES.	2008/2011
Distribuir 650 mil bolsas de ostomia.	2009/2011
Estruturação das Unidades Prestadoras de Serviços ao ostomizado.	2009/2011

3.1.2 Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde

O Estado de Minas Gerais é composto por 853 municípios, cada qual com a sua particularidade. Nesse sentido, torna-se fundamental que a SES/MG os veja e os apoie de forma diferenciada.

A ação de Fortalecimento da Rede Municipal visa dotar de condições os municípios mineiros, de forma a auxiliá-los na execução das ações de saúde pública em consonância com as diretrizes constitucionais do SUS.

A fomentação dessas ações dá-se por meio da identificação das necessidades regionais, identificando os vazios assistenciais, e posteriormente por parcerias firmadas com as prefeituras, os estabelecimentos de saúde e as entidades públicas e/ou filantrópicas, de modo a garantir a prestação dos serviços de saúde.

3.1.2.1 Diretriz

- Apoiar, técnica e financeiramente, os municípios mineiros de modo a garantir a prestação dos serviços de saúde.

3.1.2.2 Objetivos estratégicos

- Firmar parcerias com instituições voltadas à saúde.
- Garantir a prestação de serviços de saúde.

QUADRO 9: Ação e data – Fortalecimento da Rede Municipal 2008/2011

Ação	Data
Beneficiar municípios mineiros por meio de parcerias.	2008/2011

3.1.3 Hospital Risoleta Tolentino Neves

O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), inaugurado em 1998, possui 22 mil metros quadrados de área construída dispostos em um edifício central de seis andares. Localizado no eixo Norte de Belo Horizonte está no extremo oposto da região hospitalar, possibilitando a regionalização do atendimento à saúde. Possui população de referência em torno de um milhão e cem mil pessoas, incluindo residentes dos distritos sanitários Pampulha, Norte e Venda Nova e dos municípios vizinhos de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa. A principal vocação do Hospital é o atendimento de urgência em traumas ortopédicos.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a fim de promover um expressivo aumento da capacidade de atendimento do hospital, firmou parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG) e

a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP). A proposta é a cooperação para a execução de atividades assistenciais de saúde por meio do desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa e extensão, no sentido de dotar o HRTN de plena capacidade operacional de atendimento à população e de propiciar a complementação da formação acadêmica e profissional dos alunos, de servidores docentes e técnicos da UFMG.

A capacidade instalada do HRTN está descrita na Tabela 7.

TABELA 7
Capacidade instalada do Hospital Risoleta Tolentina Neves

Especialidade	Antes da Parceria	1º ano de Parceria	2º ano de Parceria
Clínica Médica	24	72	96
Clínica Cirúrgica	-	72	72
CTI Adulto	10	20	30
Maternidade	-	26	26
Berçário	-	5	5
Pronto Socorro	49	32	81
Salas Cirúrgicas	-	6	6
TOTAL	83	233	316

Fonte: HRTN/SES-MG.

A UFMG foi escolhida como parceira nesse convênio devido à sua experiência já acumulada no desenvolvimento das atividades do Hospital das Clínicas. Trata-se de uma instituição de ensino não somente experiente no que tange à gestão hospitalar, mas também responsável por uma das escolas de medicina de maior reconhecimento em âmbito nacional. A competência e a experiência técnica da UFMG, associada a seu interesse manifesto de unir-se ao Estado no desenvolvimento dessa experiência de gestão inovadora, foram fatores determinantes para sua escolha como parceira nesse processo.

Em agosto de 2007 foi aberta a Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves a partir de processo de negociação entre os gestores de Belo Horizonte e da SES/MG para atender à demanda do cuidado materno-infantil de risco habitual para usuárias do distrito sanitário de Venda Nova e dos municípios vizinhos. O modelo adotado baseou-se no favorecimento do parto fisiológico e humanizado com a participação de enfermeiros obstetras e dolas.

O HRTN participa ativamente do sistema de urgência e emergência da região Metropolitana, constituindo-se como importante unidade de referência para o atendimento de trauma de pacientes clínicos e de parturientes de risco habitual do eixo Norte de Belo Horizonte e de municípios vizinhos.

Em agosto de 2007, o hospital passou por uma visita técnica de avaliação do para acreditação no nível 1 previsto pela Organização Nacional de Acreditação (ONA/MS). Ao final da visita foi produzido um diagnóstico de pontos fortes, oportunidades de melhoria e

de não conformidades adotado pela direção do Hospital como um dos eixos orientadores das prioridades de readequação e de novos investimentos para o planejamento institucional no segundo semestre de 2007 e para o ano de 2008.

O convênio é acompanhado por uma Comissão Especial de Avaliação (CEA), constituída por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH). A referida CEA tem por atribuição básica verificar periodicamente o cumprimento das diretrizes e metas definidas no Plano de Trabalho do convênio, bem como a execução financeira. Para tanto, mensalmente a CEA se reúne para realizar esse acompanhamento.

3.1.4.1 Diretriz

- Aprimorar a qualidade dos serviços ofertados no Hospital Risoleta Tolentino Neves.

3.1.4.2 Objetivos estratégicos

- Desenvolver atividades assistenciais de saúde e de programas de ensino, pesquisa e extensão.
- Dotar o hospital de capacidade operacional no atendimento à população.
- Manter a cooperação entre os partícipes.

Tabela 8
Metas – Hospital Risoleta Tolentino Neves - 2008-2011

PRODUTOS	META FÍSICA			
	2008	2009	2010	2011
Taxa de mortalidade institucional	10	10	10	10
Média de permanência na UTI Adulto	8	8	8	8
Taxa de cesárea	25	25	25	25
Taxa de ocupação na Clínica Cirúrgica	85	85	85	85
Nº de saídas no Pronto Socorro	12000	12000	12000	12000

3.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A importância das ações de vigilância em saúde foi destacada no ano de 2007 com a criação da Subsecretaria de Vigilância em Saúde no âmbito da SES/MG, da qual passaram ser componentes a Superintendência de Vigilância Sanitária e a Superintendência de Vigilância Epidemiológica. Assim, no período que se segue, deve haver um esforço mútuo de integração e coordenação das ações das Vigilâncias em Saúde, no âmbito do SUS/MG.

3.2.1 Vigilância Sanitária

A Superintendência de Vigilância Sanitária nos últimos quatro anos vem investindo sistematicamente na qualificação da gestão dos serviços de vigilância, através do projeto de fortalecimento da Visa no Estado de Minas Gerais, tendo como marco o Plano Estadual de Visa/2005, a partir do qual foi definida sua missão e foram desenvolvidos os objetivos estratégicos da Visa.

A missão da Vigilância Sanitária Estadual ficou assim definida: Promover e proteger a saúde da população através da avaliação, do gerenciamento e da comunicação de risco à saúde, relacionados a produtos, serviços e ambientes, consolidando o subsistema de Visa no Estado de Minas Gerais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Em 2006 foi proposto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o PDVISA (Plano Diretor de Vigilância Sanitária), que veio reforçar e ampliar o processo de discussão e planejamento de ações de Visa em todo Estado. Atualmente mais de 400 municípios estão participando do processo de discussão, elaborando e aprovando seus planos de ação de Visa nos respectivos conselhos de saúde e pactuado nas CIB microrregionais.

Consoante à melhoria do planejamento e da gestão, a Superintendência de Vigilância Sanitária Estadual foi a primeira unidade da Secretaria de Estado de Saúde a assinar o Acordo de Resultados. Esse Acordo tem por objeto a pactuação, o acompanhamento e a avaliação de resultados, em conformidade com o Objetivo Prioritário do PMDI: “Melhorar e ampliar o atendimento ao cidadão, por meio da oferta de serviços públicos de qualidade, especialmente na educação, saúde e habitação, por meio do estabelecimento deste instrumento de gestão entre as partes acordadas”.

Desde 2005, a Visa vem alcançando resultados de desempenho satisfatórios nas metas pactuadas e adotando a cada período metas mais desafiadoras.

A Visa investe substancialmente na qualificação dos seus funcionários dos níveis central, regional e municipal através de cursos de especialização, profissionalizantes, de atualizações e demais capacitações técnicas e gerenciais necessárias para garantir a qualidade das ações e o processo de descentralização de suas ações.

Alinhada estrategicamente com outros órgãos do governo estadual, a Superintendência de Vigilância Sanitária é participante do Projeto Descomplicar, que é um dos Projetos Estruturadores do Governo de Minas Gerais e tem como objetivo racionalizar a relação cidadão/Estado, empresa/Estado e Estado/Estado, por meio da revisão e da simplificação do processo de prestação de serviços, com foco na desburocratização.

A Visa participa desse projeto com a simplificação do processo de concessão de alvarás sanitários, devendo para isso reestruturar seu processo de trabalho, otimizando os fluxos desde a solicitação do alvará até ao deferimento/indeferimento do mesmo, diminuindo os prazos, sem, contudo, reduzir a qualidade na análise criteriosa do processo.

As principais ações desenvolvidas pela Visa no período de 2004 a 2007 são:

- Programas de Monitoramento de produtos e serviços de interesse à saúde.
- Programas de Monitoramento da Qualidade Sorológica em Hemoterapia.
- Programas de Monitoramento da Água de Hemodiálise.
- Programa de Controle da Qualidade e Radioproteção em Serviços de Mamografia.
- Programas de Monitoramento da Qualidade dos Alimentos.
- Programas de Monitoramento da Qualidade de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes.

Esse Plano segue as diretrizes dos cinco eixos propostos pelo PDVISA. É sumamente importante para a organização e a gestão dos serviços de Visa no Estado de Minas Gerais, tendo os técnicos e os gerentes muita responsabilidade na execução das ações propostas. Espera-se que venha contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, maior transparência e resolutividade dos problemas e maior apoio aos municípios, consolidando o subsistema estadual de Visa. O plano também faz parte do Projeto Descomplicar, um dos projetos estruturadores do Governo de Minas Gerais.

3.1.1.1 Diretriz

- Organização e gestão do sistema nacional de vigilância sanitária, no âmbito do SUS.

3.1.1.2 Objetivos estratégicos

- Consolidar a estruturação do SINAVISA.
- Buscar a participação e o controle social.
- Aprimorar os instrumentos de regulamentação das ações de Visa.
- Buscar articulação com outros órgãos e outros setores do Sistema de Saúde.
- Aprimorar a função gerencial em todos os níveis da Visa.
- Manter ação regulatória: vigilância de produtos, serviços e ambientes.
- Promover a vigilância sanitária no contexto das ações da atenção integral à saúde.
- Incentivar a construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

QUADRO 10: Ações e data – Vigilância Sanitária 2008/2011

Ação	Data
Adequar a Visa ao PDR, implementando a gestão microrregional do risco sanitário e criando referências macrorregionais para a execução de ações de maior complexidade tecnológica e de risco, pactuando as competências nas instâncias colegiadas e de controle social.	2008/2011
Estruturar a rede de laboratórios de saúde pública estadual, incluindo os laboratórios municipais, e definir a rede complementar.	2008/2011
Estruturar e implantar um sistema de informação, que promova transparência, subsidie o processo de gestão e facilite a interação com a sociedade.	2008/2011
Implementar os processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos do subsistema estadual de Visa .	2008/2011
Planejar, coordenar, avaliar e monitorar as ações de Visa relacionadas a produtos, serviços e ambientes, no âmbito de sua competência.	2008/2011
Articular as políticas e as práticas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância da saúde do trabalhador.	2008/2011
Consolidar a responsabilidade da Visa de exercer seu poder de polícia em relação às condições e ambientes de trabalho.	2008/2011
Fortalecer a gestão da Visa nos âmbitos estadual, regional e municipal, com a profissionalização da gestão e a qualificação dos gestores.	2008/2011
Implantar e/ou implementar projetos com objetivo de ampliar a consciência sanitária da sociedade, tornando acessíveis as informações sobre riscos sanitários advindos de produtos, processos, ambientes, serviços e a regulação sanitária.	2008/2011
Incorporar o princípio da precaução como valor fundamental para as ações de Visa, para a avaliação de novas tecnologias e para a tomada de decisões, de forma a proteger e promover a saúde da população.	2008/2011
Inserir os conhecimentos da Visa na grade curricular dos diferentes níveis de ensino, com ênfase nos currículos dos profissionais de saúde.	2008/2011
Institucionalizar as ações de caráter intersetorial com os diversos órgãos que têm interface com a Visa.	2008/2011
Participar dos fóruns de pactuação e de controle social.	2008/2011
Qualificar os trabalhadores da saúde para incorporar os saberes da Visa e do enfoque de risco, visando a integralidade da atenção.	2008/2011
Atualizar os regulamentos técnicos à luz dos conhecimentos, sempre que necessário e de forma participativa.	2008/2011
Elaborar e implantar Linhas-Guias, de forma a contemplar a gestão dos riscos sanitários prevalentes e a gestão dos serviços de Visa, no âmbito do Estado.	2008/2011
Executar ações de inspeção em estabelecimentos de alta complexidade tecnológica e alto risco sanitário.	2008/2011
Criar mecanismos e instrumentos para efetuar, avaliar e controlar a descentralização das ações de Visa.	2008/2011
Implantar e/ou implementar projetos de forma a integrar a Visa aos programas prioritários da SES/ MG e do Ministério da Saúde.	2008/2011
Promover o acesso sistemático aos conhecimentos científicos pertinentes à regulação para os profissionais de Visa.	2008/2011

TABELA 9

Metas para os Programas de Monitoramento – VISA, Minas Gerais, 2008-2011

Programas de monitoramento	Período/Nº de amostras			
	2008	2009	2010	2011
Nº amostras sorológicas em Hemoterapia	3.958	4.000	4.000	4.000
Água para hemodiálise (nº serviços)	73	73	73	73
Qualidade e radioproteção em serviços de Mamografia	80	250	300	300
Medicamentos	188	190	190	190
Cosméticos	144	145	145	145
Saneantes	10	15	20	25
Total	4.453	4.673	4.728	4.733

Fonte: VISA/SES-MG.

TABELA 10

Número de amostras de alimentos a analisar, por programa, Minas Gerais, 2008-2011

Programas	Nº de amostras e nº de tipos de alimentos			
	2008	2009	2010	2011
PROG. VISA: Tipos / Amostras	1500 / 27 tipos	2000 / 30 tipos	2000 / 30 tipos	1498 / 26 tipos
PAMVET	80	80	80	80
PARA	80	80	80	80
PREBAF	-	-	A definir	A definir

FONTE: GVA/SVS/SES/MG.

PROG. VISA – Programa Monitoramento do Estado de Minas Gerais .

PAMVET – Programa de Análise de Resíduos de Medicina Veterinária.

PARA - Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxico em Alimento.

PREBAF - Programa de Resistência Bacteriana em Carne de Frango.

TABELA 11

Número de projetos arquitetônicos a avaliar pela Gerência de Infra-Estrutura Física, no prazo definido, Minas Gerais, 2008-2011

Período	Nº projetos	Prazo para avaliação (dias úteis)
2008	3.577	90
2009	3.000	60
2010	3.000	45
2011	3.000	30

FONTE: GVA/SVS/SES/MG.

3.2.2 Vigilância Epidemiológica e Ambiental

No que tange às ações desenvolvidas em prol da Vigilância Epidemiológica, cabe destacar as seguintes: intensificação das atividades do Programa de Combate à Dengue, melhorias na comunicação, na mobilização social e na capacitação de profissionais de saúde.

Foram investidos recursos financeiros em 155 municípios, conforme o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue 2006/2007. O Programa de Controle da Leishmaniose Visceral foi implementado nas áreas de maior risco. No programa de Vigilância da Raiva destaca-se, neste ano, a implantação do laboratório de sorologia no Instituto Otávio Magalhães (IOM) da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), que qualifica a profilaxia da raiva em seres humanos.

Na coordenação de fatores de risco não-biológicos, destaca-se a implantação dos programas de Vigilância da Qualidade do Ar e de Vigilância de População Exposta a Solo Contaminado. Esses programas, somados aos programas da Qualidade da Água e à atuação conjunta com outros órgãos no atendimento a situações de emergências ambientais (desastres naturais e com produtos perigosos), qualificam a SES entre as mais atuantes do País neste setor.

Estudos epidemiológicos revelaram grande concentração de doenças crônicas não-transmissíveis (66% do total da carga de doenças em Minas Gerais). Esse fato motivou a introdução da abordagem da saúde com ênfase na promoção, tendo a criança e o adolescente como clientela preferencial. Foram desenvolvidos e implantados programas destinados a desenvolver o protagonismo juvenil e a instrumentalizar o jovem para enfrentar mazelas como drogas, DSTs, gravidez precoce, violência, entre outras. Introduziu-se o Programa Saúde na Escola, com a capacitação de 2.887 escolas estaduais de ensino fundamental – 5ª a 8ª séries – e do ensino médio, para trabalhar os temas saúde, comportamento, família e debates. Realizou-se o acompanhamento, a avaliação e a contenção de surtos de rubéola, hepatite A, meningite viral (em Ipatinga), meningite meningocócica do sorogrupo C (em Sete Lagoas) e implementação do monitoramento das doenças diarréicas agudas e por alimentos.

Atingiu-se uma cobertura vacinal de aproximadamente 90%, na campanha contra a influenza, que tem como público-alvo a população com 60 anos ou mais.

No que tange à política nacional de Vigilância em Saúde, existe entre a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), que contempla a pactuação de indicadores no âmbito da Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

O acompanhamento da PAVS proporciona melhorias na prevenção e no controle de doenças, monitoramento das Ações programadas em conjunto com os municípios, orientando-os quando necessário.

3.2.2.1 Diretriz

- Desenvolver e acompanhar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de vigilância epidemiológica e ambiental, propondo intervenções quando necessário.

3.2.2.2 Objetivos estratégicos

- Elaboração da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), controlando as doenças, acompanhando as ações programadas em conjunto com os municípios, orientando-os quando necessário.
- Desenvolver ações de promoção à saúde com os adolescentes nos diversos assuntos relacionados à saúde, contemplando não apenas temas referentes a doenças, mas ao bem-estar psíquico e social.
- Capacitar professores e profissionais de saúde do Programa Saúde da Família, por meio do Curso de Capacitação do Programa Saúde na Escola.
- Desenvolver ações mensais nas escolas em parceria com o PSF da área de abrangência.
- Implantação da Rede de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento de Causa Mortis no Estado de Minas Gerais.

QUADRO 11: Ações e data – Vigilância Epidemiológica 2008/2011

Ação	Data
Gerar 600 relatórios microrregionais a partir do monitoramento da PAVS elaborado pelas Gerências Regionais de Saúde de todas as microrregiões de saúde do Estado.	2008/2011
Desenvolver ações de promoção à saúde com os adolescentes nos diversos assuntos relacionados à saúde, contemplando não apenas temas referentes a doenças, mas ao bem-estar psíquico e social.	2008/2011
Capacitar os professores e os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família, por meio do Curso de Capacitação do Programa Saúde na Escola.	2008/2011
Desenvolver ações mensais nas escolas em parceria com o PSF da área de abrangência.	2008/2011
Implantação da Rede de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento de Causa Mortis no Estado de Minas Gerais	2008/2011

3.3 Inovação e qualificação da gestão

Para que as várias ações propostas sejam efetivadas, é fundamental que a SES/MG busque melhorias em sua gestão, redefinindo sua estrutura, redesenhando seus processos e trabalhando alguns pilares como gestão participativa, qualificação da gestão pública e valorização dos servidores, necessários para se alcançar a inovação e a excelência na gestão do SUS em Minas Gerais.

Esses pilares foram considerados imprescindíveis para a solução de gargalos estruturais e administrativos que dificultam a execução das metas e dos indicadores definidos pela SES/MG e aprovados pelo CES-MG.

3.3.2 Tecnologia da informação em saúde

Ao analisarmos o contexto da gestão pública no século XXI, percebemos que as organizações precisam ampliar sua capacidade de gestão do conhecimento. Nesse contexto, a tecnologia da informação é entendida como o conjunto convergente de tecnologias em microeletrônica, computação (*hardware e software*), telecomunicações, radiodifusão e optoeletrônica, bem como toda a área de conhecimento e de sabedoria acumulada ao longo do tempo de serviço.

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), compreendendo sua missão de fomentar, regular, formular, planejar, executar, monitorar e avaliar as políticas públicas, tem procurado inovar utilizando todos os avanços tecnológicos em prol da efetividade das políticas públicas bem como ser eficiente na prestação de serviços à população.

Para tanto, tem ampliado o investimento e a utilização de sistemas informacionais, à partir de um Plano Diretor de Tecnologia da Informação (TI), com a definição de diretrizes e metas, bem como com a definição da rotina de incorporação tecnológica.

A SES/MG compreende que não é uma organização que tem como objetivo desenvolver sistemas – não é uma *software house* –, todavia, busca adquirir o que existe de mais inovador no mercado para suprir suas necessidades, de forma alinhada ao planejamento estratégico.

Nessa linha, estão sendo implantados sistemas inovadores de TI. O primeiro deles, o SUS Fácil – sistema de regulação assistencial – já se encontra implantado, possibilitando o funcionamento das 13 Centrais Macrorregionais.

Outros, como os sistemas de gestão hospitalar e de urgência e emergência, encontram-se em fase de implantação. O objetivo é que o sistema de triagem de Manchester seja implantado entre 2008 e 2010 nas macrorregiões Norte e Centro e que o EDIS – sistema de gestão da Urgência e Emergência – esteja implantado até 2010 em 19 hospitais dessas regiões.

Outro importante desafio é a implantação do Prontuário Eletrônico. Esse sistema é vinculado ao Programa Saúde em Casa. Consiste no registro clínico integrado e contínuo dos usuários do SUS, acessível em todas as unidades. Pretende-se licitá-lo até 2009 e implantá-lo em até 3.000 unidades até 2011.

Por fim, há ainda os sistemas considerados internos, como o sistema de gestão estratégica (que deve ser adquirido ainda em 2008). Esse sistema tem como objetivo garantir o alinhamento estratégico da SES/MG e o acompanhamento freqüente dos principais indicadores. Além desse, o SIGESP que tem como inovar, gerando um novo paradigma para a gestão de pessoas no SUS, ampliando as funcionalidades dos habituais sistemas cujo foco é essencialmente cartorial.

3.3.2.1 Diretriz

- Utilizar as inovações em Tecnologia da Informação em prol da qualificação do Sistema Único de Saúde, no que se refere a sua capacidade de gestão e de prestação de serviços a sociedade.

3.3.2.2 *Objetivos estratégicos*

- Utilizar a tecnologia, buscando qualificar o processo de classificação de risco no SUS/MG.
- Viabilizar uma gestão mais eficiente dos serviços de Urgência e Emergência nos principais hospitais do Estado de Minas Gerais.
- Possibilitar que todas as unidades de saúde tenham acesso a informações integradas e completas dos usuários do SUS.
- Melhorar a gestão estratégica da Saúde no Estado de Minas Gerais, possibilitando melhores decisões.
- Qualificar a gestão de pessoas no SUS/MG.

QUADRO 12: Ações e data – Tecnologia da Informação em Saúde 2008/2011

Ação	Data
Implantar o EDIS – urgência e emergência sem papel em 19 hospitais na macro Norte e na macro Centro.	2008/2010
Implantar o sistema de classificação de risco – Protocolo de Manchester – informatizado, nas unidades de saúde das macros Norte e Centro	2008/2010
Adquirir o Prontuário Eletrônico – SIGAS: Sistema Integrado de Gestão de Ações de Saúde.	2009
Implantar o prontuário Eletrônico – SIGAS: Sistema Integrado de Gestão de Ações de Saúde.	2009/2011
Adquirir o Sistema de Gestão Estratégica	2008

3.3.3 *Gestão do trabalho*

Nos últimos anos, o Estado de Minas Gerais vem passando por profundas modificações na área de saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população mineira. Reconhecendo a importância das pessoas em todo esse processo e percebendo a necessidade de revitalização da área de Recursos Humanos, o Estado de Minas Gerais priorizou a área de Gestão de Pessoas como um dos principais pontos a serem modernizados, gerando ganhos e incentivos tanto aos servidores quanto à SES/MG, focando não somente nos processos e nos resultados, mas aliando-os às pessoas. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem se organizado para substituir uma visão que considerava os servidores e os cidadãos como números por outra, que os valoriza como pessoas. Assim, iniciou-se um profundo processo de mudanças, em que a modernização dos processos de trabalho tem possibilitado a redução do tempo de realização das atividades, propiciando a melhoria da produtividade e dos serviços prestados e aumentando a satisfação dos servidores. Destaca-se a criação de uma Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde, na estrutura organizacional da SES/MG, como resultado da compreensão institucional da importância do ser humano como agente de mudança da realidade em que vivemos.

Outro ponto que merece destaque é o subprojeto INOVARH, pertencente ao Projeto de Excelência em Gestão. O objetivo do INOVARH é desenvolver políticas de inovação na gestão de pessoas da SES/MG, visando a valorização dos servidores e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do serviço prestado ao cidadão. O INOVARH possui três principais linhas de atuação: a capacitação (CAPACITARH), a adequação do servidor ao trabalho (OTIMIZARH) e sistema de informação (SIGESP).

Para que o servidor se sinta valorizado, ele deve estar satisfeito com o trabalho que desenvolve na SES/MG, realizando atividades compatíveis com a sua competência, suas habilidades e suas atitudes. Portanto, ele deve estar adequado ao seu ambiente de trabalho e vice-versa. Pensando nisso, foi criado o OTIMIZARH, cujo objetivo é otimizar a utilização das capacidades pessoal e profissional dos servidores da SES/MG, por meio da identificação do seu perfil e da melhor adequação desse perfil às necessidades funcionais existentes nas unidades de lotação da SES/MG. As atividades a serem desenvolvidas são:

QUADRO 13: Atividades do Otimizar

Ação	Data
Realização de um senso com todos os servidores de forma a identificar o perfil dos servidores da SES/MG.	2008
Suporte à reestruturação da função de Recursos Humanos da SES-MG, com a elaboração de mapa funcional da área.	2009
Suporte à Gestão por Competências das Unidades da SES/MG, por meio de treinamento de uma equipe de servidores que será responsável por essa atividade e pela implantação de um projeto piloto.	2010
Expansão da aplicação da metodologia para outras áreas da SES/MG.	2011

O OTIMIZARH evidenciará todas as competências existentes da SES/MG, permitindo que os servidores possam utilizar ao máximo seu potencial e que a SES/MG seja capaz de identificar em que os servidores devem ser capacitados a fim de executarem de forma mais eficiente seu trabalho e ao mesmo tempo se sentirem valorizados, conseqüentemente, prestando um melhor serviço à população.

Nesse sentido, a atividade CAPACITARH foi instituída no intuito de minimizar a distância existente entre os conhecimentos necessários para desempenhar as funções e o conhecimento do servidor, de modo a readequar a política de capacitação dos servidores para a SES/MG, visando a profissionalização do servidor, a elevação de sua escolaridade, a ampliação de sua possibilidade de galgar na carreira pública, a conseqüente valorização das pessoas e a maior eficiência da Administração Pública com melhor qualidade dos serviços prestados. Assim, em 2007 foi publicada a nova política de capacitação dos servidores em exercício na SES/MG, e serão estabelecidas as principais

diretrizes e indicadores para aferir a qualidade dos treinamentos, dos cursos e das palestras freqüentadas pelos servidores. Finalmente, o fluxo de capacitação está passando por um redesenho a fim de aprimorá-lo, gerando ganhos de tempo e qualidade.

Dessa forma, as ações descritas permitirão a identificação dos talentos da SES/MG e a capacitação dos servidores para a execução de suas atividades.

Para atender os objetivos do INOVARH é necessário o correto armazenamento das informações geradas nos processos anteriores, bem como a disponibilização dessas de forma ágil e segura, o que melhorará a qualidade das decisões referentes ao tema. Por isso, foi pensado o SIGESP, cujo objetivo é a implementação de um processo de gestão integrado de informações pessoais e profissionais dos servidores da SES/MG, de forma ágil, confiável e atualizada, com conseqüente melhora da eficácia e da eficiência da Gestão de Pessoas. A completa implementação desse sistema está prevista para 2011.

Outra linha de ação importante é o fomento e a realização de pesquisas sobre a Gestão de Pessoas no Estado de Minas Gerais, com o intuito de viabilizar a elaboração de políticas de Gestão de Pessoas alinhadas com as necessidades da população e dos servidores públicos. Há ainda a promoção de ações de endomarketing buscando a conscientização dos servidores da SES/MG de seus direitos e deveres.

3.3.4 Qualidade dos serviços

A SES/MG vem ampliando a utilização de metodologias de gerenciamento de projetos/ programas por meio de acompanhamentos periódicos dos indicadores e das metas propostas para a implantação das políticas públicas de saúde definidas pelo governo. O processo utiliza-se de ferramentas informatizadas que permitem o acompanhamento atrelado à capacitação dos servidores na metodologia. A difusão desse processo possibilita a integração das equipes, a melhoria da eficiência no cumprimento das rotinas e dos prazos necessários à implementação de novos projetos, bem como o acompanhamento dos produtos e dos serviços para a população.

Agindo de forma coordenada, a SES/MG tem desenvolvido projetos de reestruturação organizacional e de processos, dos quais se identificou doze considerados fundamentais, quais sejam: concessão do alvará sanitário e aprovação do projeto arquitetônico; compras; medicamentos básicos; auditoria assistencial; medicamentos de alto custo; transferência de recursos; otimização e padronização de obras em estabelecimentos de saúde; construção e implantação dos Centros Viva Vida; captação de recursos federais; programa de educação permanente e educação continuada; credenciamento e acompanhamento de contratos assistenciais e ações judiciais e ações do Ministério Público. Todos os processos redesenhados serão inseridos em um sistema que permitirá o acompanhamento deles, até pelo cidadão. A implantação dessas ações será feita adjuvante ao treinamento, ao acompanhamento e à avaliação. Esse projeto visa a excelência em gestão ao modernizar, qualificar e agilizar os processos descritos, bem como permitir a transparência da administração pública estadual.

Ao mesmo tempo, ações inovadoras vêm sendo adotadas na logística do Sistema de Saúde do Estado. A revisão da gestão do transporte de pessoas e de materiais (em especial o item medicamentos) e da lógica do seu armazenamento tem como objetivo a utilização mais racional e eficaz dos serviços.

3.3.4.1 Diretriz

- Otimizar os serviços prestados na SES/MG.

3.3.4.2 Objetivos estratégicos

- Implantar os novos processos redesenhados.
- Reestruturar a gestão de transportes.

QUADRO 14: Ações e datas – Qualidade dos Serviços 2008/2011

Ação	Data
Efetivar a implantação dos processos redesenhados.	2009/2011
Implantação da gestão de transportes.	2009/2011

3.3.5 Qualidade do gasto

Vêm sendo desenvolvidas na SES/MG ações que focam a utilização racional dos recursos orçamentários e financeiros disponíveis. Essa iniciativa foi introduzida na realidade da SES/MG por meio da campanha “Menos é Mais” direcionada ao público interno do Sistema Estadual de Saúde com ações de acompanhamento e controle do gasto público em saúde, conscientização dos servidores e criação de incentivos, reforçando os objetivos da campanha.

Outro item importante é a orientação e o apoio para a realização do planejamento do consumo de produtos e serviços necessários para a consecução das ações da SES/MG, de forma integrada e alinhada, associada à gestão de contratos e de convênios, com a identificação do gestor de tais instrumentos, capacitados a planejar e executar os objetos contratuais e convencionais. Na mesma linha, a adoção de um sistema de suprimentos comum a outras unidades administrativas do Estado tem permitido ganhos de escala consideráveis tanto nos preços praticados quanto na qualidade e presteza no atendimento das necessidades.

A conscientização, aliada a um programa de gerenciamento sistemático das despesas de todas as unidades da SES/MG, resultou, em 2007, em uma economia de recursos com despesas essencialmente de manutenção superior a 10% do valor gasto no ano anterior. Esse processo de controle dos gastos está sendo seguido por um trabalho minucioso de reconhecimento das principais despesas e um planejamento prévio de todas as necessidades, até que se alcance o planejamento de consumo de toda a Secretaria.

Dessa forma, a SES/MG procura garantir uma utilização eficiente e eficaz de todos os recursos do Estado, objetivando sempre a prestação de serviços de qualidade para a população mineira, valorizando o servidor público e a modernização contínua da gestão da saúde no Estado de Minas Gerais.

3.3.5.1 Diretriz

- Utilizar de forma racional os recursos orçamentários e financeiros.

3.3.5.2 Objetivos estratégicos

- Realizar o planejamento de consumo de produtos e serviços.
- Identificar as principais despesas de manutenção da máquina.
- Garantir a utilização eficiente dos recursos destinados à saúde pública.

QUADRO 15: Ações e datas – Qualidade do Gasto 2008/2011

Ação	Data
Analisar as despesas de manutenção da SES-MG, propondo intervenções visando a programação da despesa para os exercícios seguintes.	2008/2011
Realizar o planejamento de consumo.	2009/2011
Adotar sistemática de acompanhamento e gestão de contratos subsidiados pelo planejamento de consumo.	2008/2011

3.3.6 Desenvolvimento científico, tecnológico e economia da saúde

Com o advento da “economia baseada no conhecimento”, as atividades de ciência e tecnologia se deslocaram para o centro do debate público e das prioridades políticas dos governos (Conde & Araújo-Jorge, 2003). De um modo geral, a estrutura da economia e das prioridades estratégicas de um país determina o caráter do investimento público em pesquisa e desenvolvimento.

Quanto ao sistema de saúde, o objetivo principal da implementação da política de desenvolvimento tecnológico e de inovação deve ser a expansão e a melhoria do acesso, da avaliação e da qualidade da atenção, por meio de uma nova articulação entre a política científica, de saúde e a política industrial (Novaes, 2007).

O setor saúde é um dos que utilizam a maior quantidade de recursos para pesquisa em nível mundial. No Brasil, aproximadamente 50% das iniciativas de pesquisa são referentes a grupos de pesquisa em ciências da saúde (Guimarães, 2004). Somado a isso, sabe-se que o setor saúde é uma área que utiliza intensamente o conhecimento científico para sua atuação (Conde, 2004).

Apesar do grande volume de investimentos, tem sido apontado o “desequilíbrio 10/90”, em que apenas 10% dos recursos de pesquisa em saúde são destinados a 90% dos problemas de saúde da população mundial (Brasil, 2006). Observa-se, além disso, que os avanços científicos e tecnológicos relacionados ao setor saúde têm gerado um aumento significativo dos gastos, visto que, em sua maioria, as novas tecnologias não substituem as antigas.

No Brasil, o atraso tecnológico coexiste com o atraso social (Albuquerque et al, 2004), o que enfatiza a necessidade da pesquisa voltada para políticas sociais. Esse é um desafio, tanto no momento de definir as prioridades da pesquisa quanto de avaliar o impacto, principalmente social, das pesquisas financiadas.

Tendo em vista que os recursos financeiros são limitados, a discussão sobre a sua aplicação se intensifica quando os gastos assumem grandes proporções do orçamento público. Tal discussão permeia-se no campo da Economia da Saúde.

O vínculo entre Economia e Saúde só começou a ser discutido na década de 1970, em razão do desdobramento do planejamento em saúde. “Economia e saúde estão interligados de várias formas; seu estudo e pesquisa sistemática e a aplicação de instrumentos econômicos a questões tanto estratégias como operacionais do setor saúde deram origem à economia da saúde” (Del Nero, 2006, p. 6).

Atualmente, o impacto econômico de algumas doenças tem sido motivo de preocupação aos formuladores de políticas públicas de saúde. O aumento dos gastos com saúde e dos custos dos sistemas de saúde levam a um desequilíbrio orçamentário e financeiro, uma vez que a receita do setor não aumenta na mesma proporção. A partir disso, “um dos princípios básicos da economia da saúde é adotar medidas racionalizadoras que propiciem redução dos custos sem que ocorram impactos negativos aos níveis de saúde” (Médici, 2006, p. 59).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem investido no campo da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da Economia da Saúde com o objetivo de promover melhoria na qualidade dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

3.3.6.1 Diretriz

- Promover o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde e difundir o conhecimento científico de interesse do SUS/MG.
- Consolidar a Economia da Saúde como instrumento integrante no planejamento e nas tomadas de decisões da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

3.3.6.2 Objetivos estratégicos

- Fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito da saúde em Minas Gerais a fim de tentar solucionar os principais problemas de saúde da população.

- Realizar e fomentar estudos em Economia da Saúde que tragam subsídios ao planejamento e as tomadas de decisões da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

QUADRO 16: Ações e datas – Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Economia da Saúde 2008/2011

Ação	Data
Disseminar conceitos relacionados à Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde aos gestores, pesquisadores e profissionais de saúde.	2008 a 2011
Definir prioridades de pesquisa para o Edital do Programa de Pesquisa para o SUS-MG/2008.	2008
Publicar os resultados das pesquisas finalizadas dos editais PPSUS nº001/2003 e 004/2004.	2008
Realizar seminários de avaliação das pesquisas do Edital PPSUS.	2009 a 2011
Implantar sistema de monitoramento e avaliação dos projetos de pesquisa.	2009
Estruturar o Núcleo Estadual de Economia da Saúde de Minas Gerais.	2009

3.4 Educação em Saúde

O desenvolvimento dos recursos humanos do Sistema Estadual de Saúde é essencial para a implementação das políticas de saúde e ganha destaque nas Conferências Nacionais de Saúde (VIII e IX), na Primeira Conferência de Recursos Humanos (1986) e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, intensificou a necessidade de formação e qualificação dos profissionais de saúde, que tem como principal intenção a melhoria da saúde dos usuários. As Conferências Nacionais de Saúde (X e XI) propiciaram reflexões conceituais e metodológicas sobre o assunto e contribuíram para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria n.º 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004), pelo Ministério da Saúde, em 2004.

Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996 que definiu novas diretrizes e estratégias para a Educação Permanente em Saúde, destacando a adequação do regulamento ao Pacto pela Saúde.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental para a implementação da formação, do desenvolvimento e do fortalecimento do trabalho no SUS e tem sido amplamente debatida desde a década de 1980 pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) como proposta para o desenvolvimento dos sistemas de saúde de uma região. Essa Proposta reconhece que os serviços de saúde são organizações complexas e que somente a aprendizagem significativa seria capaz de

dar conta da adesão dos trabalhadores da área aos processos de mudança no cotidiano (CECCIM, 2004/2005).

A Educação Permanente em Saúde preconiza a mudança e a reflexão da prática do serviço tendo como balizadores os conceitos de ensino problematizador (produção do conhecimento em função dos problemas da prática) e a aprendizagem significativa (valorização das experiências e vivências). Assim, favorece-se o desenvolvimento permanente dos profissionais de saúde, por meio dos processos de aprendizagem individual, coletiva e organizacional, melhora-se o processo de trabalho e promove-se a integração dos profissionais. Pressupondo essa mudança de paradigma e comportamento dos profissionais através de um novo olhar sobre os processos de trabalho, espera-se que os usuários do SUS sejam beneficiados com uma oferta de serviço de maior qualidade, mais eficiente e humanizado, trazendo para o cenário uma população participativa, informada e responsável não só pela saúde individual, mas também pela coletiva, incentivando assim uma estratégia permanente de mobilização preconizada no pacto em defesa do SUS e fortalecendo o controle social.

Tendo como referência a Portaria nº 198 /GM de 13 de fevereiro de 2004, e de acordo com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tem adotado a Educação Permanente em Saúde como principal estratégia para implementação das políticas públicas de saúde e investido no desenvolvimento de competências dos profissionais para a elaboração de propostas educacionais efetivas, culminando na instituição do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS-MG e dos 13 pólos de Educação Permanente.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, a SES/MG tem participado de discussões com os diversos atores para a elaboração da Política e do Plano Estadual de Formação e Educação Permanente em saúde no SUS em consonância com as diretrizes nacionais – Pacto pela Saúde –, que prevê a implantação e a implementação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) que terão em sua composição: gestores de saúde municipais e estaduais; gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde por meio de seus distintos segmentos e movimentos ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. As CIES devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas para a construção e o monitoramento do plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. O Plano Estadual de Saúde, no que diz respeito às diretrizes e aos objetivos, obedecerá à uma lógica descendente e, em relação ao levantamento das necessidades de ações, obedecerá à uma lógica ascendente, ou seja, das microrregiões para as macrorregiões, e destas para o Estado.

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de

respostas do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde. As ações para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social. A Educação Permanente a Distância é uma estratégia com o objetivo de potencializar a produção e a circulação do conhecimento buscando promover a qualificação em serviço dos trabalhadores da saúde e a possibilidade de acesso a conteúdos padronizados de qualidade com menor custo.

Sendo princípios gerais do financiamento para o SUS a responsabilidade das três esferas de gestão, a educação permanente conta com os recursos de fontes federais, estaduais e municipais, sendo necessária a sensibilização dessas três esferas para contemplarem em seus orçamentos anuais recursos destinados à educação permanente.

3.4.1 Diretrizes para a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde

- Priorizar as ações educacionais relacionadas com a Atenção Primária à Saúde.
- Priorizar as ações educacionais relacionadas com o Pacto pela Saúde, o PMDI, os Projetos Estruturadores e Associados.
- Desenvolver ações para o fortalecimento das redes de atenção à saúde.
- Adotar e priorizar estratégias de Educação a Distância para a realização das ações educacionais.
- Realizar ações educacionais voltadas aos usuários do SUS.
- Atuar de forma conjunta com as escolas técnicas do SUS, visando a formação de trabalhadores de nível técnico.
- Buscar o desenvolvimento dos profissionais do SUS/MG, ampliando conhecimentos e aumentando a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população.
- Promover a integração da educação em saúde com as políticas e as diretrizes para a gestão do trabalho no SUS.
- Reconhecer as especificidades das microrregiões na elaboração e no desenvolvimento de ações educacionais.
- Executar a Política por meio da implantação e da implementação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), sendo que as atribuições desses são exercidas pelas CIBs-Micro (Comissão Intergestores Bipartite Microrregionais), conforme aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) no Termo de Compromisso de Gestão do Estado de Minas Gerais.
- Fortalecer a participação do Controle Social nas CIES.

- Incentivar o financiamento tripartite – União, Estados e municípios.
- Utilizar mecanismos que possibilitem o monitoramento e a avaliação do impacto das ações educacionais desenvolvidas na Política Pública.

3.4.2 Objetivos das Ações de Educação Permanente em Saúde

- Promover a integração dos diversos atores do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente.

- Promover o alinhamento das ações educacionais do sistema estadual de saúde e parceiros diretamente envolvidos, como as entidades representativas dos trabalhadores, de saúde, buscando melhorar a qualidade das ações educacionais e evitando a sobreposição de ações.

- Implementar o modelo de Educação Permanente em Saúde com ênfase no aprimoramento das práticas profissionais e na melhoria da qualidade da atenção à Saúde.

- Definir, por meio do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG, na esfera estadual, as prioridades de Educação Permanente em Saúde, tendo como referência os Planos de Ação Regionais de Formação e Educação Permanentes em Saúde (PAREPS) que deverão ser construídos a partir dos Planos de Ação Microrregionais de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS), seguindo uma lógica ascendente.

- Estimular a adoção de ferramentas que propiciem a educação a distância.

- Propor estratégias para a formação e a educação continuada dos trabalhadores de nível técnico no âmbito do SUS/MG, conforme a legislação vigente.

- Criar mecanismos para a implementação de estágio nos serviços de saúde do SUS/MG, definindo critérios para a criação de espaços de estágio incluindo unidades de Saúde do Estado de Minas Gerais, tendo como referência a legislação vigente dos programas de estágios.

- Articular, nas instituições de ensino técnico e universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária, incentivando a integração ensino-serviço e disponibilizando unidades de saúde no Estado para estágios acadêmicos, conforme legislação vigente.

- Orientar, por meio do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG, a condução da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais através de uma estratégia de gerenciamento e acompanhamento do desenvolvimento das ações de Educação Permanente.

- Instituir mecanismos de monitoramento e avaliação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais compreendendo

identificação dos indicadores; elaboração dos instrumentos de coleta; e consolidação das informações; análise e divulgação dos dados.

3.4.3 Eixos Norteadores para a Implementação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES), o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES), o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), após amplo debate da Deliberação CIB-SUS nº 419 de 21 de fevereiro de 2008 e as considerações geradas nesse, resolvem definir Eixos Norteadores para a Educação Permanente em Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais.

A política de Educação Permanente em Saúde no Estado estará em conformidade com os Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipais e será conduzida no nível descentralizado das Macro e Microrregiões do Estado de Minas Gerais, com ampla participação do Controle Social. Serão tomadas as seguintes medidas:

Implantação das 13 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) nas macrorregiões de Minas Gerais em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização vigente, podendo em cada macro serem criadas Comissões de Integração para facilitar o acesso da Política de Educação Permanente em todas as microrregiões e nos municípios, independentemente do número de habitantes.

- Formação dos Conselhos Gestores das CIES.
- Criação das Comissões Técnicas Microrregionais de Formação e Educação Permanente no âmbito de cada CIB Micro, compreendidas como Colegiados de Gestão Regional.
- Os trabalhos do Conselho Gestor, das CIES e das Comissões Técnicas Microrregionais de Formação e Educação Permanente devem estar alinhadas com as proposições do Fórum Estadual de Educação Permanente que devem estar pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite CIB-SUS/MG e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde CES/MG.
- O Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG se reunirá no mínimo uma vez por ano mediante prévia convocatória do Conselho Gestor do Fórum.
- O Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG constitui um espaço de articulação entre os gestores Municipais e Estaduais de Saúde, os gestores Municipais e Estaduais de Educação, as instituições formadoras, as CIES e o controle social para a formulação de Política de Formação e Qualificação da Gestão do Trabalho para o SUS/MG.
- As composições das Comissões Técnicas Microrregionais de Formação e Educação Permanente, das CIES, dos Conselhos Gestores das CIES, do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente e do Conselho Gestor do Fórum estão contidas na CIB-SUS nº 419/08.

– Serão construídos, através de uma lógica ascendente, os Planos de Ação Microrregional de Educação em Saúde (PAMEPS), e, a partir desses, os Planos de Ações Regionais para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Estes, por sua vez, servirão de base para as ações do Plano Estadual de Saúde. As ações serão orientadas por um correto diagnóstico de saúde nas micro e nas macrorregiões e de acordo com as necessidades do serviço, para que as ações sejam eficazes.

– Serão criados registros das experiências em Educação Permanente em Saúde nas micro e macrorregiões. Esses registros serão tratados pelo Conselho Gestor do Fórum Estadual de Educação Permanente, que disponibilizará as informações para todo o Estado.

– A Política de Educação Permanente em Saúde observará as especificidades regionais, a relação entre os problemas de saúde e as necessidades de Educação Permanente em Saúde, buscará superar as desigualdades regionais e, em termos de suficiência, utilizará prioritariamente as instituições públicas existentes.

– A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, e as escolas técnicas do SUS em Minas Gerais serão a referência para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde no que concerne à metodologia de ensino.

– Os critérios para utilização dos recursos federais destinados à Educação Permanente em Saúde estão no anexo I da Portaria GM/ MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007.

– As ações de Educação Permanente em Saúde atenderão ao público-alvo, respeitando-se a legislação vigente.

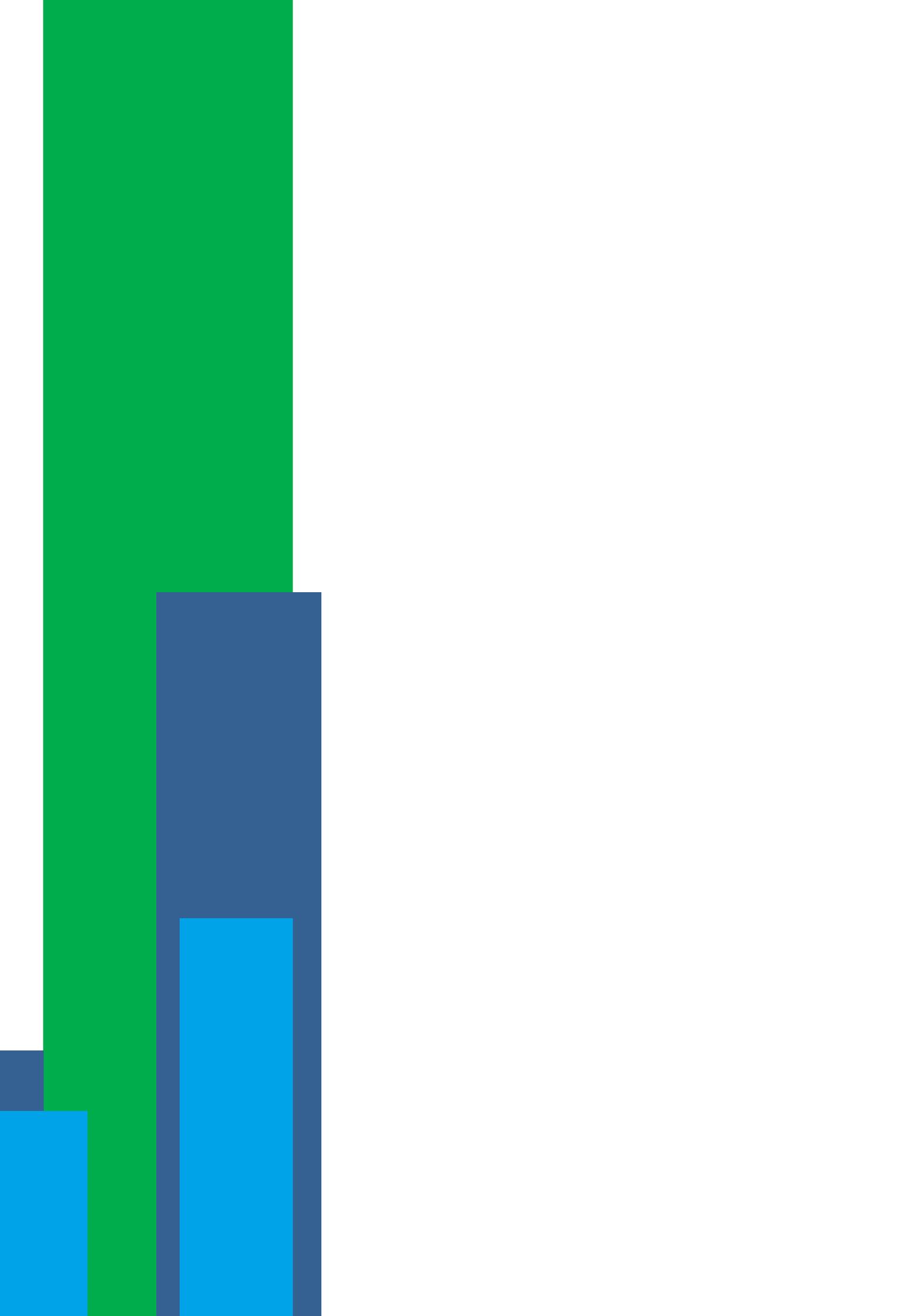
– A Educação Permanente em Saúde basear-se-á, preferencialmente, na aprendizagem significativa, na possibilidade de transformar as práticas profissionais, considerando os conhecimentos e as experiências prévias, e será feita a partir da problematização dos processos de trabalho. As necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores estarão pautadas nas necessidades de saúde das pessoas e populações.

– As CIES serão instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participarão da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

– Os Colegiados de Gestão Regional, compreendidos em Minas Gerais como parte integrante da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), são instâncias de pactuação e co-gestão que instituirão o processo de planejamento ascendente, definindo prioridades e responsabilidades, e serão acompanhados pelos Colegiados de Conselhos de Saúde e supervisionados pelo Conselho Estadual de Saúde.

QUADRO 17: Cronograma de implantação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

Ação	Data
Elaborar as diretrizes e os objetivos da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.	2008
Elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.	2008
Implantar as 13 Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES).	2009
Formar os Conselhos Gestores das 13 CIES.	2009
Instituir as Comissões Técnicas Microrregionais de Formação e Educação Permanente no âmbito de cada CIB Micro.	2009
Definir os novos representantes do Fórum Estadual de Educação Permanente do SUS/MG e os membros do seu Conselho Gestor.	2009
Estruturar ferramentas que possibilitem o monitoramento e a avaliação das ações educacionais desenvolvidas.	2009
Estruturar ferramentas que possibilitem a gestão do conhecimento e o compartilhamento de experiências.	2009/2010
Potencializar a utilização de ferramentas que propiciem a educação a distância.	2009/2010
Articular nas às instâncias de pesquisa e ensino a realização de pesquisas visando identificar as reais necessidades de formação em nível técnico dos profissionais para o SUS/MG, buscando oferecer subsídios para a atuação das Escolas Técnicas desse sistema.	2009/2010
Identificar campos para a pesquisa com vistas a subsidiar a gestão de recursos humanos no SUS/MG, em especial no que tange à estruturação de ações educacionais.	2009/2010



1 SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

APS - Atenção Primária à Saúde

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

CETEBIO – Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais

CIB/SUS-MG - Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais

ESF - Equipes de Saúde da Família

ESP-MG - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

FEAL - Fundação Estadual de Assistência Leprocomial

FEAMUR - Fundação Estadual de Urgência

FEPA - Fundação Estadual de Psiquiatria

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FUNDEP - Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

FUNED - Fundação Ezequiel Dias

GIEF - Gerência de Infra-Estrutura Física

GRSS- Gerências Regionais de Saúde

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

HPP - Hospitais de Pequeno Porte

HRTN - Hospital Risoleta Tolentino Neves

IBQ&GP - Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública

ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos

INDG - Instituto de Desenvolvimento Gerencial

IOM - Instituto Otávio Magalhães

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAM - Plano de Ajustes e Metas

PAMVET – Programa de Análise de Resíduos de Med. Vet.

PARA – Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxico em Alimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PEP - Programa de Educação Permanente

PMDI - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental

PPI - Programação Pactuada Integrada

PREBAF - Programa de Resistência. Bacteriana. em Carne de Frango

PROG VISA - Programa de Monitoramento do Est. de MG

PRO-HOSP - Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

PSF - Programa Saúde da Família

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINANA - Sistema de Informações Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações Nascidos Vivos

SIS-HIPERDIA - Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes

SMS - Secretarias Municipais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCG - Termos de Compromisso de Gestão
TI - Tecnologia da Informação
UAPS - Unidades de Atenção Primária a Saúde
UDM - Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UEMG - Universidade Estadual de Minas Gerais
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
VISA - Vigilância Sanitária

LISTA DE FIGURAS

A organização do Sistema único de Saúde

Figura 1 – Os principais responsáveis pela Gestão do SUS em MG.....	13
Figura 2 – Os principais responsáveis pela Gestão do SUS em MG.....	13
Figura 3 – Colegiados de Secretários Municipais de Saúde regionais.....	21

O plano mineiro de desenvolvimento integrado e os resultados esperados

Figura 1 – Cenários exploratórios de Minas Gerais 2007-2023.....	24
Figura 2 – Relação esquemática entre as áreas de resultados, estratégias de governo e de desenvolvimento e visão de futuro	25

Análise da situação de saúde do Estado de Minas Gerais

Figura 1 – População residente nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2006 ...	34
-------------------------------------------------------------------------------------	----

Estratégias de enfrentamento

Figura 1: Modelo ilustrativo do Grupo de Projetos Estruturadores	81
Figura 2: Desenho atual da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, Minas Gerais, 2007	87

LISTA DE GRÁFICOS

O plano mineiro de desenvolvimento integrado e os resultados esperados

Gráfico 1 – Percentual de cobertura do PSF – 1998-2007	28
--------------------------------------------------------------	----

Análise da situação de saúde do Estado de Minas Gerais

Gráfico 1 – Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional, Minas Gerais, ano 2006.....	32
Gráfico 2 – Estrutura etária populacional, Minas Gerais, 1980	35
Gráfico 3 – Estrutura etária populacional, Minas Gerais, 2006	00
Gráfico 4 – Razão de envelhecimento nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 1980 e 2006	36
Gráfico 5 – Anos de vida esperados ao nascer, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2005	37
Gráfico 6 – Anos de vida esperados ao nascer, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2005	37
Gráfico 7 – Expectativa de vida de homens e mulheres, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2005	38
Gráfico 8 – Taxa de fecundidade total, Brasil e suas regiões e Minas Gerais, 1991 e 2004	38
Gráfico 9 – Taxa de mortalidade infantil, Minas Gerais, 1998-2006	41
Gráfico 10 – Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 1998.....	45
Gráfico 11 – Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 2002.....	45
Gráfico 12 – Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 2006.....	46
Gráfico 13 – Taxas específicas de mortalidade infantil por grupos de causas, Minas Gerais, 1998 a 2006.	47
Gráfico 14 – Proporção de nascidos vivos prematuros nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006	51
Gráfico 15 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Minas Gerais, 2000-2006.....	54
Gráfico 16 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer nas microrregiões de saúde, Minas Gerais, 2006.....	55
Gráfico 17 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em relação às respectivas faixas etárias das mães, Minas Gerais, 2006	56
Gráfico 18 – Proporção de com baixo peso ao nascer de mães classificadas de acordo com o número de consultas pré-natal, Minas Gerais, 2006	58

Gráfico 19 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de acordo com o número de consultas pré-natal, macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2006.....59

Gráfico 20 – Proporção de nascidos vivos cujas mães realizam sete ou mais consultas pré-natal, macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 200660

Gráfico 21 –

LISTA DE QUADROS

O plano mineiro de desenvolvimento integrado e os resultados esperados

Quadro 1 – Resultados finalísticos da área estratégica “vida saudável” 26

Análise da situação de saúde do Estado de Minas Gerais

Quadro 1 – Grupos com as principais causas de óbitos infantis 48

Estratégias de enfrentamento

Quadro 1: Objetivos e metas – PRO-HOSP 2008/2011103

Quadro 2 – Simbologia Cores – Urgência e Emergência108

Quadro 3 – Ações e Data – Centros Bem-Estar 2008/2011112

Quadro 4 – Ações e data do Programa Mais Vida 2008/2011114

Quadro 5 – Ações e data – Medicamentos Estratégicos 2008/2011117

Quadro 6 – Ações e data – Medicamentos Básicos 2008/2011119

Quadro 7 – Ações e data – Medicamentos Excepcionais 2008/2011120

Quadro 8 – Ações e data – Atenção à Saúde 2008/2011124

Quadro 9 – Ação e data – Fortalecimento da Rede Municipal 2008/2011125

Quadro 10 – Ações e data – Vigilância Sanitária 2008/2011130

Quadro 11 – Ações e data – Vigilância Epidemiológica 2008/2011133

Quadro 12 – Ações e data – Tecnologia da Informação em Saúde 2008/2011135

Quadro 13 – Atividades do Otimizar136

Quadro 14 – Ações e datas – Qualidade dos serviços 2008/2011138

Quadro 15 – Ações e datas – Qualidade do gasto 2008/2011	139
Quadro 16 – Ações e datas – Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Economia da Saúde 2008/2011	141
Quadro 17– Cronograma de implantação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde	147

LISTA DE TABELAS

Análise da situação de saúde do Estado de Minas Gerais

Tabela 1 – Número de municípios, segundo o seu porte populacional, nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006	33
Tabela 2 – População residente nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006	33
Tabela 3 – Razão de envelhecimento nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 1980, 1990 e 2006	36
Tabela 4 – Número de nascidos vivos (NV) e taxas brutas de natalidade por macrorregião de saúde, Minas Gerais, ano 2006	39
Tabela 5 – Taxa específica de natalidade relativa às mulheres em idade fértil por macrorregiões de saúde, Minas Gerais, anos 2001 e 2006	39
Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil, Minas Gerais, anos 1998 a 2006	41
Tabela 7 – Frequência e proporção da mortalidade em menores de um ano, segundo os seus componentes, Minas Gerais, anos 1998 a 2006	42
Tabela 8 – Taxa de mortalidade neonatal precoce, tardio e pós-neonatal	42
Tabela 9 – Taxa de mortalidade infantil nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 1998 a 2006	43
Tabela 10 – Proporção de óbitos pelos principais grupos de causas de mortalidade infantil, Minas Gerais, 1998-2006	44
Tabela 11 – Taxas específicas de mortalidade infantil por grupos de causas, Minas Gerais, 1998 a 2006.....	47
Tabela 12 – Mortalidade infantil proporcional por grupos de causas nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2005 e 2006	48
Tabela 13 – Frequência e proporção de óbitos infantis segundo os componentes neonatal e pós-neonatal e sexo, Minas Gerais, 2005 a 2006	49
Tabela 14 – Mortalidade proporcional por grupos de causas e sexo nos períodos neonatal e pós-neonatal, Minas Gerais, 2005 a 2006	49

Tabela 15 – Freqüência e proporção de nascidos vivos prematuros nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006	50
Tabela 16 – Freqüência e proporção de nascidos vivos prematuros em relação à idade das respectivas mães, Minas Gerais, ano 2006	51
Tabela 17 – Proporção de nascidos vivos prematuros em relação à idade da mãe, por macrorregião de saúde, Minas Gerais, ano 2006	52
Tabela 18 – Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Minas Gerais, 2000-2006	54
Tabela 19 – Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006.....	55
Tabela 20 – Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em relação aos respectivos grupos etários das mães, Minas Gerais, ano 2006.....	56
Tabela 21 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em relação às respectivas faixas etárias das mães, macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006	57
Tabela 22 – Freqüência e proporção de nascidos vivos com baixo peso de mães classificadas de acordo com o número de consultas pré-natal, Minas Gerais, ano 2006	57
Tabela 23 – Freqüência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de acordo com o número de consultas de pré-natal, por microrregião de saúde, Minas Gerais, ano 2006	58
Tabela 24 – Freqüência e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, ano 2006	60
Tabela 25 – Taxa de nascidos vivos de mulheres adolescentes, por macrorregião de saúde, Minas Gerais, 1998 a 2006	61
Tabela 26 – Freqüência e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes que referiram ter feito sete ou mais consultas de pré-natal nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, ano 2006	62
Tabela 27 – Freqüência, proporção e taxa de mortalidade de adolescentes, Minas Gerais, 1998 a 2006	62
Tabela 28 – Mortalidade proporcional dos adolescentes, por sexo, Minas Gerais, 1998 a 2006	63
Tabela 29 – Freqüência e proporção de óbitos pelas principais causas de mortalidade no grupo etário de 20 a 39 anos de idade, Minas Gerais, ano 2006	64
Tabela 30 – Taxas específicas padronizadas dos principais grupos de causas de mortalidade na faixa etária de 20-39 anos, por sexo, Minas Gerais, ano 2006	65
Tabela 31 – Freqüência e proporção de causas de internações hospitalares de mulheres com 20-39 anos de idade em hospitais da rede SUS/MG, ano 2006	66

Tabela 32 – Freqüência e proporção de causas de internações hospitalares de pessoas do sexo masculino com 20-39 anos de idade em hospitais da rede SUS/MG, ano 2006	66
Tabela 33 – Freqüência e proporção de óbitos no grupo etário de 40-59 anos de idade, por sexo, Minas Gerais, ano 2006	67
Tabela 34 – Tipos de unidades cadastradas no CNES	68
Tabela 35 – Natureza das unidades cadastradas	69
Tabela 36 – Unidades por esferas administrativas	69
Tabela 37 – Unidades por nível de prestação de serviço	71
Tabela 38 – Leitos – quantidades e tipos	71

O PACTO PELA SAÚDE

Tabela 1 – Metas pactuadas pela SES/MG com o Ministério de Saúde para 2008 e o programa ou a ação relacionada no PPAG 2008-2011	77
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Estratégias de enfrentamento

Tabela 1 – Metas do projeto Saúde em Casa, 2008-2011	86
Tabela 2 – Metas do Programa Viva Vida, 2008-2011	90
Tabela 3 – Meta do PPI Assistencial, 2008-2011	94
Tabela 4 – Metas do Sistema Estadual de Transporte em Saúde, 2008-2011	95
Tabela 5 – Metas do SUSFácil, 2008-2011	107
Tabela 6 – Metas da Rede de Urgência e Emergência, 2008-2011	109
Tabela 7 – Capacidade instalada do Hospital Risoleta Tolentino Neves	126
Tabela 8 – Metas – Hospital Risoleta Tolentino Neves, 2008-2011	127
Tabela 9 – Metas para os Programas de Monitoramento – VISA, Minas Gerais, 2008-2011.....	131
Tabela 10 – Número de amostras de alimentos a analisar, por programa, Minas Gerais, 2008-2011	131
Tabela 11 – Número de projetos arquitetônicos a avaliar pela Gerência de Infra-Estrutura Física, no prazo definido, Minas Gerais, 2008-2011	131

ALBUQUERQUE, E. M. et al. *Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):277-294, 2004.

ALEIXO, J.L.M. *Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio*. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

BITTAR, R.E. O que fazer para evitar a prematuridade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 4, nº 1, São Paulo, Jan. / Mar. 2001

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, Ano 5, nº 4, julho/agosto 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Matriz Combinada : um instrumento para definição de prioridades de pesquisa em saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil*, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil*, 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração nos novos tempos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CONDE, M V F. *Políticas de C&T e área da saúde: relevância da pesquisa biomédica para o sistema de saúde e para a saúde pública*. Campinas,SP.: [s.n.], 2004. [Tese].

CONDE, M. V. F. & Araújo-Jorge, T. C. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):727-741, 2003.

DEL NERO, C. R. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA,S. & VIANNA,S. *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para a Gestão em Saúde*. 4ª Edição, 2006. Brasília, IPEA.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Mensuração e Acompanhamento do nível de mortalidade infantil no Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2005.

GIGLIO, M.R.P.; Lamounier, J.A.; Morais Neto, G.L. Via de parto e risco de mortalidade neonatal em Goiânia, no ano de 2000. *Rev. de Saúde Pública*, v. 39, nº 3, São Paulo, Jun. 2005

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):375-387, 2004.

LANSKY, S. “Direto ao parto normal”. *Jornal Estado de Minas*, Janeiro 2008

MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA,S. & VIANNA,S. *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para a Gestão em Saúde*. 4ª Edição, 2006. Brasília, IPEA.

MEIRA, A.J. Algumas características dos nascidos vivos e mães, Minas Gerais, 1998.

MEIRA, A.J. *Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde, 2007. 90p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma Agenda para a Saúde (Capítulos 1 e 4) Editora Hucitec, São Paulo.

MENDES, Eugênio Vilaça. Sistemas de Saúde: os espaços públicos e privados. FUNDAÇÃO KONRAD ADENAUER - O Desafio da Questão Social, v. 5, 1995.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (coord). Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI 2007 a 2023. Belo Horizonte, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG 2008 a 2011. Belo Horizonte, 2008.

NOVAES, H. M. D. & Carvalheiro, J. R. *Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1841-1849, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª Revisão*, 1995.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004

ANEXO 1 - ORÇAMENTO

O orçamento que possibilitará a execução deste Plano encontra-se previsto no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2008-2011 e deve ser confirmado e detalhado a cada ano na Lei Orçamentária Anual (LOA).

É importante ressaltar que ao distribuir esses recursos a SES/MG considera a distribuição geográfica, através da Regionalização, em conformidade com as Micro e Macrorregiões definidas no PDR.

Considera ainda, em alguns programas como o Saúde em Casa e o Viva Vida, indicadores que visam preservar a equidade na distribuição dos recursos, como o Índice de Necessidades em Saúde e o Índice de Porte Econômico.

Muitos recursos são distribuídos tendo como base valores *per capita*, fazendo com que as regiões mais populosas recebam recursos correspondentes ao tamanho de sua população.

Dessa forma, busca-se uma distribuição equilibrada entre as diversas regiões do Estado, visando garantir benefícios a toda a população.

Conforme salientado anteriormente neste documento, não é objetivo do Plano apresentar a definição dos recursos orçamentários. É na Programação Anual de Saúde que se faz essa definição.

Ainda assim, para efeito de verificação da conformidade das ações planejadas com a previsão quadrienal orçamentária do Estado, ressalta-se que poderão ser verificados no PPAG os montantes previstos para cada uma dessas ações descritas no Plano Estadual de Saúde, devendo os mesmos ser confirmados a cada ano, conforme a LOA e a Programação Anual de Saúde.

ANEXO 2 - DE-PARA

PROJETOS ESTRUTURADORES		
PES/MG	PPAG	CÓDIGO
SAÚDE EM CASA	SAÚDE EM CASA	49
	Ampliação da cobertura populacional do PSF	491116
	Melhoria da qualidade da atenção primária à saúde	491117
	Financiamento de reforma, construção e equipamento das unidades básicas da saúde do PSF	491127
VIVA VIDA	VIVA VIDA	54
	Qualificação da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde	541119
	Centro Viva Vida de Referência Secundária	544203
	Mobilização Social	544204
	Casa de Apoio à Gestante	544385
REGIONALIZAÇÃO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	REGIONALIZAÇÃO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	44
Programação Pactuada e Integrada (PPI)	Assistência Hospitalar e Ambulatorial/ Programação Pactuada e Integrada	444067
Transporte em Saúde	Sistema Estadual e Transporte Sanitário (SETS)	444081
Pro-Hosp	Fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do Sistema Único de Saúde (PRO-HOSP)	444308
Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde	Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde	444340
Rede de Urgência e Emergência	Rede de Urgência e Emergência	444638
PROJETOS ASSOCIADOS		
BEM-ESTAR - HIPERDIA		7064386
MAIS VIDA		7064386
FARMÁCIA DE MINAS	FARMÁCIA DE MINAS	175
Medicamentos Estratégicos	Medicamentos Estratégicos	1754305
Medicamentos Básicos	Medicamentos Básicos	1754299
Medicamentos Excepcionais	Medicamentos Excepcionais	1754302

OUTROS PROGRAMAS E INICIATIVAS		
ATENÇÃO À SAÚDE	ATENÇÃO À SAÚDE	706
	Atenção à saúde mental infanto-juvenil	7064079
Atenção à saúde indígena, mental, bucal, dos portadores de deficiência e dos portadores de DST/HIV/AIDS	Atenção à saúde indígena, mental, bucal, dos portadores de deficiência e dos portadores de DST/HIV/AIDS	7064386
Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde	Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde	7064388
	Hospital de Pequeno Porte	7064390
	Promoção e execução de ações de saúde	7064391
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	707
Vigilância Sanitária	Vigilância Sanitária	7074389
Vigilância Epidemiológica e Ambiental	Vigilância Epidemiológica e Ambiental	7074387
INOVAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO	GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	708
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais	7082093
Tecnologia da Informação em Saúde	Tecnologia da Informação em Saúde	7082094
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	722
	Desenvolvimento de Recursos Humanos/SUS	7222056
	Educação Permanente	7222077

ANEXO 3 - FUNCIONOGRAMA

