



**RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.535, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2018.**

Divulga o Plano Estadual de Educação  
Permanente em Saúde em atendimento  
a Portaria GM/MS nº 3.194/2017.

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 39, da Lei Estadual nº 22.257, de 27 de julho de 2016 e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

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

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.859, de 05 de dezembro de 2018, que Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em atendimento a Portaria GM/MS nº 3.194/2017.



**RESOLVE:**

Art. 1º - Divulga o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em atendimento a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, nos termos do Anexo Único desta Resolução.

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

Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2018.

**NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE  
MINAS GERAIS

Subsecretaria de Inovação e Logística  
em Saúde

Superintendência de Gestão de  
Pessoas

Diretoria de Desenvolvimento de  
Pessoas

# PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE MINAS GERAIS

Dezembro/2018

---



**Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais**

Nalton Sebastião Moreira da Cruz

**Chefia de Gabinete**

Lisandro Carvalho de Almeida Lima

**Assessoria de Comunicação Social**

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

**Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde**

Márcia Faria Moraes Silva (Interina)

**Subsecretaria de Regulação em Saúde**

Wandha Karine dos Santos

**Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde**

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

**Subsecretaria de Gestão Regional**

Márcia Faria Moraes Silva

**Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde**

Adriana Araújo Ramos

**Superintendência de Gestão de Pessoas**

Alice Guelber Melo Lopes

**Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas**

Helton Guerra Fernandes



## O Grupo de Trabalho Estadual (GTE)

**Helton Guerra Fernandes**

Coordenador do GTE e Diretor de Desenvolvimento de Pessoas

**Daniela Souza Lima Campos**

**Carolina Guimarães**

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

**Ana Carolina Duarte Ribeiro**

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

**Lizziane D'Avila Pereira**

Subsecretaria de Regulação em Saúde

**Rita dos Reis e Souza**

Subsecretaria de Gestão Regional

**Kátia Rita Gonçalves**

Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

**Fernanda Jorge Maciel**

**João André Tavares**

**Thais Lacerda e Silva**

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP/MG

**Sandra Costa**

Fundação Ezequiel Dias- FUNED

**Manoela Mota Hauck**

Fundação HEMOMINAS

**Zaida Ângela Marinho de Paiva Crispim**

Escola Técnica de Saúde/Centro de Educação Profissional e Tecnológica - UNIMONTES

**Gláucia Fátima Batista**

Conselho Estadual de Saúde - CES

**Ethiara Vieira Macedo**

**Neuza Gomes Trindade**

Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS

**Agda Soares Martins**

Comissão de Integração Ensino e Serviço - CIES

**Raquel Fernandez Gontijo**

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG



## Convidados para a composição Grupo de Trabalho Estadual PRO EPS - SUS

### **Geralda Gomes Rocha**

Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas

### **Franklin Leandro Neto**

Gerência Regional de Saúde de Ubá

### **Joana D'Arc Costa Zanelli**

Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora

### **Maria Izabel Pereira Bráz**

Superintendência Regional de Saúde de Sete Lagoas

### **Bruna Dias França**

Grupo de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFMG

### **Organização do Texto**

Agda Soares Martins

Bruna Dias França

Ethiara Vieira Macedo

Fernanda Jorge Maciel

Geralda Gomes Rocha

João André Tavares

Kátia Rita Gonçalves

Rita dos Reis e Souza

Thais Lacerda e Silva

### **Colaboradores**

Helton Guerra Fernandes (Coordenador)

Ana Carolina Duarte Ribeiro

Carolina Guimarães

Daniela Souza Lima Campos

Franklin Leandro Neto

Glaucia Fátima Batista

Joana D'Arc Costa Zanelli

Kênia Lara

Lizziane D'Ávila Pereira

Luana Vicente de Souza Ribeiro

Maria Izabel Pereira Bráz

Maria José Grillo

Neuza Gomes Trindade

Raquel Fernandez Gontijo

Sandra Costa

Zaida Ângela Marinho de Paiva Crispim



## SUMÁRIO

Assunto	Página
APRESENTAÇÃO	11
1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: aspectos históricos e sua construção no Estado de Minas Gerais	13
2. A CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EPS	18
3. SENTIDOS E COMPREENSÕES DE EPS	21
4. DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA EPS NOS TERRITÓRIOS	23
5. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA OPERAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	24
5.1 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À ARTICULAÇÃO/INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE	25
5.2 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	25
5.3 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA VISIBILIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	26
6.COMO OPERACIONALIZAR AS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DO PEEPS	27
7. AVALIAÇÃO DO PEEPS	27
8. DEFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA	28
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
ANEXO 1	29
ANEXO 2	32
ANEXO 3	73
REFERÊNCIAS	75



## APRESENTAÇÃO

Este documento tem como objetivo apresentar o caminho percorrido para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), assim como as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais.

O PEEPS foi elaborado por meio do desenvolvimento de 15 oficinas em todas as Regiões Ampliadas de Saúde, sob a coordenação do Grupo de Trabalho Estadual (GTE) com apoio financeiro do Ministério da Saúde, conforme disposto na Portaria 3.194/2017<sup>1</sup>. O incentivo financeiro de custeio para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente encontra-se no Fundo Estadual de Saúde desde 04/04/2018 e está sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para o planejamento e elaboração deste Plano Estadual de Educação Permanente para o quadriênio 2019-2022.

O GTE foi instituído por meio da Resolução SES/MG nº 6.287/2018 (Anexo 1) com representantes das seguintes instituições: Secretaria de Estado de Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG; Fundação Ezequiel Dias - FUNED; Fundação Hemominas; Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional de Tecnológica da UNIMONTES; Conselho Estadual de Saúde - CES; Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS; Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual – CIES Estadual e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG.

Consideramos a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde uma etapa fundamental para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde inserida no Plano Estadual de Saúde 2016-2019. A Política Estadual de Educação Permanente tem como objetivo central apontar princípios, estratégias e diretrizes para o desenvolvimento e valorização dos processos de educação permanente em saúde com e entre os trabalhadores que atuam nos diversos serviços que compõem o SUS, com vistas à transformação de práticas de atenção à saúde, gestão, educação e participação social. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida, portanto, como uma política para a educação na saúde e uma prática de ensino-aprendizagem, com vistas ao desenvolvimento de trabalhadores e mudanças nos processos de trabalhos, no intuito de garantir a integralidade do cuidado.

---

<sup>1</sup> Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Assim, o presente documento expressa o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais, organizado nos seguintes tópicos: a) contextualização breve sobre aspectos históricos da educação permanente em saúde no país e sua construção no Estado de Minas Gerais; b) descrição do processo de elaboração do PEEPS; c) sentidos da educação permanente em saúde pelos diferentes atores nos territórios de Minas Gerais e principais desafios para desenvolvê-la e d) diretrizes e estratégias para a implementação de ações e processos de educação permanente em saúde.



## **1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: aspectos históricos e sua construção no Estado de Minas Gerais**

A Educação Permanente desde a década de 1980 vem sendo introduzida nos debates pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, intensificou-se a necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores, como fator primordial na intenção de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos seus usuários.

É atribuição do SUS afirmada pela Constituição de 1988 o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, sendo desenvolvidas, pelo Ministério da Saúde, distintas iniciativas de formação, permeadas pelo movimento crescente de discussão da necessidade de mudanças nesses processos formativos.

Neste sentido, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, considerando a necessidade de formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS, publicou a portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente. Por ocasião dessa portaria, os polos de Educação Permanente em Saúde constituíam a principal estratégia do Ministério da Saúde para disseminar e implementar a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Os Polos deveriam funcionar como instâncias de articulação interinstitucional e locorregional conformadas por gestores estaduais e municipais de saúde e educação, instituições formadoras na área da saúde (escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, entre outros), estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Posteriormente, o Ministério da Saúde reeditou a PNEPS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde de 2006, o qual reforça a importância dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Conforme salientam Cardoso *et al* (2017), tal reorientação provocou mudanças na organização da Política nos estados, na medida em que os Polos passaram a se reorganizar em Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Assim, de acordo com a PNEPS



vigente, as CIES devem ser estruturadas regionalmente e tem como atribuições, dentre outras, apoiar a construção e execução dos Planos de Ação Regional para a Educação Permanente.

A Portaria nº1996 do Ministério da Saúde publicada em 2007 explicita que:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2007, p.23)

Ainda no âmbito federal, é importante destacar que ao longo de 2017, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) realizou oficinas regionais com o intuito de subsidiar a atualização da Portaria GM/MS Nº 1996/2007. Esse processo se encontra em andamento.

No Estado de Minas Gerais<sup>2</sup>, antes mesmo da publicação da Política Nacional de Educação Permanente de 2004, foram instituídos em 2003, o Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG e 13 (treze) Polos de Formação e Educação Permanente em Saúde no Estado, correspondentes às macrorregiões assistenciais de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). O Fórum deveria ser a “instância de articulação entre os gestores de saúde, as instituições formadoras no Estado e os Polos de Educação Permanente para a formulação de política de formação e qualificação de recursos humanos para o SUS/MG” (MINAS GERAIS, 2003a, 2003b apud MELO, 2015).

Anos depois, com a publicação da Portaria GM/MS nº1996/2007 e da Deliberação CES/MG Nº 002/2010, em abril de 2010, a SES/MG definiu as diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde em Minas Gerais. Em junho de 2010, aconteceu a primeira reunião da CIES Estadual, a qual se constituiu como um espaço de articulação entre gestores municipais e estaduais das áreas da saúde e educação, instituições formadoras e o controle social. No primeiro momento, as reuniões foram direcionadas para a discussão, redação e aprovação do seu Regimento Interno, tendo sido o mesmo publicizado por meio da Resolução nº 2579 de 24 de novembro de 2010.

---

<sup>2</sup> Para maiores informações sobre a organização territorial do Estado de Minas Gerais, ver Anexo II.



A partir da primeira reunião CIES Estadual foram instituídas as 77 (setenta e sete) Comissões Técnicas Regionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço das Regiões Ampliadas - CIES/RA e a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Estadual - CIES Estadual. Essas comissões são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Instituídas essas comissões, em 2011, período em que Núcleo de Educação Permanente da SES-MG integrava a estrutura organizacional da Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde, em parceria da CIES Estadual foi realizada a Oficina de Planejamento Estratégico em Educação Permanente em Saúde, na qual foi realizado o diagnóstico situacional sobre a Educação Permanente em Saúde, o levantamento de necessidades de ações educacionais e a verificação sobre o desenvolvimento de competências na implantação das redes prioritárias de atenção à saúde.

Em 2013, o Núcleo de Educação Permanente da SES-MG passou a integrar a estrutura interna da Subsecretaria de Gestão Regional. O Núcleo e os componentes da CIES perceberam a necessidade de readequação da Deliberação CES/MG nº 002/2010 em função da publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Outro fator que apontou a necessidade de revisão da Deliberação CES/MG nº 002/2010, foi a revisão do PDR que criou mais uma região de saúde conforme Deliberação CIB-SUS/MG 978 de 16 de novembro de 2011, que aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013. Após discussão das alterações e aprovação do Conselho Estadual de Saúde foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.521 de 22 de julho de 2013 que define as normas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas.

Em 2015, a equipe que acompanha a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde na capacitação e formação dos profissionais do SUS/MG foi transferida para a Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas, dentro da Superintendência de Gestão de Pessoas, na qual está inserida até a presente data.

Atualmente, é possível identificar em funcionamento os seguintes espaços de governança da Educação Permanente em Saúde: CIES Estadual e Comissões Temáticas vinculadas às Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Câmara Técnica de Educação



Permanente do Conselho Estadual de Saúde (CES). Além disso, as referências técnicas de EPS das Unidades Regionais tem um importante papel na governança regional da EPS, atuando na articulação entre os diversos atores da gestão, serviço, ensino e comunidade e entre os municípios.

É importante ressaltar que nos últimos anos, a CIES Estadual vem discutindo a necessidade de fortalecer a Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais e de repensar a própria forma de funcionamento desta Comissão. Os debates realizados têm versado sobre as mudanças conceituais relacionadas às concepções de EPS, sobre as fragilidades e insuficiências do modelo adotado pelo Estado para a gestão regional desta Política, entre outras questões importantes.

É importante destacar ainda o protagonismo da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG nessas discussões e no desenvolvimento de ações de fortalecimento da EPS nos territórios mineiros. Esses movimentos foram ampliados a partir de 2015, com a incorporação da Política de EPS no âmbito estadual como uma estratégia da gestão apoiada ESP-MG. Nesse novo cenário, a ESP-MG ganha destaque na condução dessa política estadual, conforme consta nos instrumentos de planejamento e gestão do governo.

A elaboração deste Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais se insere no bojo das discussões sobre a implementação e desenvolvimento da Política de EPS em Minas Gerais, podendo ser considerada um marco na consolidação de processos de EPS cada vez mais capilarizados e autônomos nos diferentes territórios de saúde. Com a participação de diversos atores que influenciam e/ou atuam diretamente na implementação de ações de EPS, este Plano foi construído embasado nos próprios princípios da Política de Educação Permanente em Saúde.

Reconhecemos que para a EPS acontecer é necessário reinventar os processos de formação dos trabalhadores, rompendo com os modelos tradicionais de capacitação que abordam os processos de trabalho de forma fragmentada e descontextualizada, baseada na transmissão de conhecimentos (NESPOLI *et al.*, 2011). Compreendemos a EPS como uma ferramenta que privilegia o diálogo, a cooperação e a integralidade entre os espaços de gestão, assistência, formação e controle social, ampliando a capacidade do SUS (BRASIL, 2007). Deste modo, não se trata apenas de uma dimensão pedagógica, mas de um processo político pedagógico capaz de transformar os processos de trabalho em saúde, tornando os profissionais de saúde, gestores e usuários atores protagonistas do seu processo de aprendizagem (YAKAMOTO, 2015; FERRAZ *et al.*, 2013). Ceccim (2005) salienta que a EPS consiste



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

ainda em uma proposta de tornar a rede de saúde pública em uma rede de ensino-aprendizagem, evidenciando a intimidade entre formação, gestão, atenção e participação popular nessa área de saberes, por meio das atividades ocorridas mediadas pela educação na saúde.

É neste contexto e com base nessa compreensão de Educação Permanente em Saúde, que será apresentada a metodologia utilizada para a construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais.



## 2. A CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EPS

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde constitui-se no instrumento norteador para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, tendo sido construído coletivamente, sob a coordenação do Grupo de Trabalho Estadual. Sua elaboração ocorreu a partir da adesão do estado de Minas Gerais ao Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) e considerou: a) a organização territorial assistencial e administrativa de Minas Gerais (Apêndice 1); b) as diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2016/2019 aprovado na Resolução CES/MG nº 106 de 12 de dezembro de 2016 e c) os resultados da Oficina Preparatória e Oficinas Regionais de Ativadores de EPS para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

As Oficinas e a elaboração do Plano ocorreram em 04 etapas, a saber:

1. Oficina Preparatória de Ativadores de EPS para as Referências Técnicas das Unidades Regionais de Saúde (URS), nível central da SES/MG e membros do GTE;
2. Oficinas Regionais que possibilitaram a participação de atores locais (controle social, gestores, trabalhadores, instituições de ensino);
3. Oficinas de Análise e Consolidação dos resultados das Oficinas Regionais pelo GTE;
4. Elaboração do PEEPS pelo GTE.

Para a definir o número de Oficinas Regionais a serem realizadas para elaboração do PEEPS, o GTE considerou sua capacidade técnica e operacional, aspectos logísticos para participação dos representantes nas regiões de saúde e o prazo para finalização da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Bipartite referente a dezembro de 2018.

Foi considerado como público participante: trabalhadores da saúde nos municípios, representantes das Unidades Regionais de Saúde, de Conselhos Municipais de Saúde, de Instituições de Ensino, FHEMIG, FUNED, HEMOMINAS e apoiadores do COSEMS regional. Foram realizadas 01 Oficina Preparatória e 14 Oficinas Regionais, totalizando aproximadamente 650 participantes (Quadro 1).



**Quadro 01 - Cronograma das Oficinas Regionais de Ativadores de EPS**

Região Ampliada	Regionais de Saúde	Municípios de Abrangência*		Município de realização da Oficina	Data	Expectativa de Municípios
Oeste (com inclusão da abrangência da regional Sete Lagoas)	Divinópolis	54	89	Belo Horizonte	30/08/18 e 31/08/18	41
	Sete Lagoas	35				
Norte	Januária	26	86	Montes Claros	10/09/18 e 11/09/18	36
	Montes Claros	53				
	Pirapora	7				
Noroeste	Patos de Minas	21	33	Patos de Minas	12/09/18 e 13/09/18	30
	Unai	12				
Sudeste	Juiz de Fora	37	94	Juiz de Fora	12/09/18 e 13/09/18	38
	Leopoldina	15				
	Manhumirim	11				
	Ubá	31				
Centro (Sem os municípios de abrangência da regional Sete Lagoas)	Belo Horizonte	39	64	Belo Horizonte	24/09/18 e 25/09/18	40
	Itabira	25				
Centro Sul 1	São João Del Rei	20	20	São João Del Rei	26/09/18 e 27/09/18	31
Triângulo do Sul e Triângulo do Norte	Uberaba	27	54	Uberlândia	02/10/18 e 03/10/18	31
	Uberlândia	18				
	Ituiutaba	9				
Sul 1	Alfenas	26	79	Pouso Alegre	15/10/18 e 16/10/18	37
	Pouso Alegre	53				
Jequitinhonha	Diamantina	33	33	Diamantina	03/10/18 e 04/10/18	29
Sul 2	Varginha	50	74	Varginha	15/10/18 e 16/10/18	36
	Passos	24				
Nordeste	Pedra Azul	25	57	Teófilo Otóni	09/10/18 e 10/10/18	30
	Teófilo Otóni	32				
Leste Sul	Manhumirim	23	53	Ponte Nova	24/10/18 e 25/10/18	30
	Ponte Nova	30				
Leste	Cel. Fabriciano	35	86	Gov. Valadares	24/10/18 e 25/10/18	35
	Gov. Valadares	51				
Centro Sul 2	Barbacena	31	31	Barbacena	30/10/18 e 31/10/2018	35



As oficinas tiveram como objetivos discutir as compreensões dos participantes sobre a EPS, identificar práticas de Educação Permanente e estratégias utilizadas nos territórios para desenvolvê-las (Anexo 1).

A etapa 03, referente à análise e consolidação dos resultados das Oficinas, consistiu em sistematizar as informações registradas nos 15 relatórios elaborados pelos representantes do GTE que coordenaram e apoiaram a realização das Oficinas. O GTE elaborou uma Matriz de Análise dos conteúdos obtidos, considerando as seguintes categorias: a) sentidos e concepção de educação permanente em saúde; b) dificuldades de implementação da EPS; c) diretrizes e estratégias para implementação e consolidação da EPS.

Na etapa final, o GTE buscou estruturar o Plano considerando, portanto, os resultados das Oficinas e tendo a Educação Permanente em Saúde como referencial político e pedagógico.



### 3. SENTIDOS E COMPREENSÕES DE EPS

De acordo com os relatórios das Oficinas, a problematização é apontada como a base para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde. Isto parte da compreensão de que o indivíduo deve ser inserido de maneira crítica na realidade, considerando os saberes do outro, de modo que a discussão possa provocar os sujeitos suscitando experiências, que sucessivamente vão proporcionar o aprendizado e mudança na prática profissional. Além disso, o ambiente de trabalho é reconhecido como um potencial local para se trabalhar EPS, sendo importante valorizar a diversidade de saberes trazidas por cada sujeito.

Segundo Ceccim (2004), a EPS é uma estratégia fundamental para que o local de trabalho seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Sendo assim, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde bem como para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. O documento da PNEPS explicita que a EPS é feita a partir:

Dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (Brasil, 2007)

A análise dos relatórios das Oficinas Regionais e da Oficina Preparatória reforça que as características de EPS apontadas na Política Nacional e na literatura, estão presentes no discurso dos participantes, embora eles ainda não nomeiem suas práticas como sendo EPS. Desta forma, mesmo que a EPS aconteça no trabalho de maneira natural e muitas vezes imperceptível pelos seus atores, aponta-se a necessidade desta ser reconhecida e ocupar o seu espaço como uma política pública necessária para melhoria dos processos de trabalho e dos serviços de saúde.

Os participantes das Oficinas apontaram as seguintes características e sentidos das práticas de EPS, explicitadas na figura abaixo.

**Figura 01** - “Nuvem de palavras”: sentidos de EPS produzidos pelos participantes das Oficinas Regionais de Ativadores de EPS



Entende-se que para efetivação e incorporação das características da EPS, preconizadas pela política, literatura e presente nos discursos dos participantes é necessário um processo de construção contínuo. Há um reconhecimento, portanto, que a EPS apresenta potencial para mudança do modelo assistencial.



#### 4. DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA EPS NOS TERRITÓRIOS

Salienta-se que as discussões realizadas nas oficinas regionais possibilitaram elucidar dificuldades destacadas pelos diferentes participantes para a operacionalização de práticas de Educação Permanente em Saúde nos territórios. Essas dificuldades são de naturezas distintas e estão organizadas no quadro abaixo.

**Quadro 02** - Desafios para desenvolvimento de práticas de EPS identificadas nas Oficinas Regionais de Ativadores de EPS.

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>
<b>Gestão do trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alta rotatividade dos profissionais;</li><li>▪ Sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, dificultando a participação em ações de EPS;</li><li>▪ Adoecimento dos profissionais;</li><li>▪ Desmotivação e desinteresse dos profissionais em participar de ações de EPS;</li><li>▪ Precarização dos vínculos trabalhistas</li></ul>
<b>Formação dos profissionais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Profissionais de saúde possuem uma formação que pouco valoriza as políticas públicas de saúde;</li><li>▪ A formação acadêmica, em geral, enfoca um modelo de aprendizagem individual e que prioriza os conhecimentos teóricos sem conecta-los às práticas e aos processos de trabalho;</li></ul>
<b>Trabalho em equipe:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A organização do trabalho dos profissionais de forma compartilhada, interprofissional e colaborativa favorecem o desenvolvimento de ações de EPS. No entanto, a prática do trabalho em equipe ainda é um desafio na maioria dos serviços de saúde, seja pela dificuldade dos próprios profissionais ou por não ser reconhecida pelos atores locais;</li><li>▪ A incipiente ou inadequada comunicação entre os profissionais dificulta a realização de ações de EPS;</li><li>▪ Falta ou incipiente autonomia das equipes para desenvolverem ações de EPS;</li></ul>
<b>Conhecimento e reconhecimento da EPS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Os profissionais de saúde, gestores e a população possuem baixo conhecimento sobre a EPS;</li><li>▪ Necessidade da existência de ativadores de EPS em âmbito local;</li><li>▪ Desconhecimento sobre a importância da EPS para os serviços de saúde.</li></ul>
<b>Descontinuidade das ações de EPS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Descontinuidade das ações, trazendo prejuízo as ações de EPS.</li><li>▪ Ações denominadas como sendo de EPS são desenvolvidas para atender as demandas imediatas, por meio de ações pontuais e fragmentadas.</li></ul>



## **5. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA OPERAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

A condução das oficinas possibilitou identificar uma variedade de diretrizes e estratégias para implementação da Política Estadual de Educação Permanente no cotidiano do processo de trabalho em saúde nos serviços do SUS. Uma das questões colocadas como sendo central para a capilaridade da Educação Permanente em Saúde nos diferentes territórios de atuação dos trabalhadores foi a formação de ativadores de educação permanente em saúde.

O ativador de processos de Educação Permanente em Saúde é todo e qualquer trabalhador inserido nos diversos espaços de desenvolvimento de ações de educação, cuidado, gestão e participação social no âmbito do SUS. Considerando que a Educação Permanente em Saúde acontece no trabalho e para o trabalho, o trabalhador que se propõe a ativar processos de EPS deve mobilizar e sensibilizar as equipes sobre a importância do trabalho como espaço de aprendizado e construção de conhecimento, de compartilhamento de experiências e de transformação das práticas cotidianas, por meio da problematização dos processos de trabalho em saúde.

Os debates sobre a Educação Permanente em Saúde desenvolvidos nos territórios do estado de Minas Gerais apontaram como expectativas de atuação de um ativador de EPS:

- Incentivar criação de espaços de discussão sobre os processos de trabalho das equipes;
- Suscitar a discussão pelas equipes sobre a importância da escuta entre os trabalhadores sobre os saberes e experiências de cada um, considerando a troca como momento importante de aprendizagem;
- Reconhecer e desenvolver, junto aos trabalhadores, iniciativas de valorização e fortalecimento do trabalho em equipe;
- Desenvolver, junto aos trabalhadores, iniciativas de articulação de parcerias para atender às demandas identificadas nos momentos de discussão dos processos de trabalho;
- Fomentar e apoiar movimentos inovadores e processos criativos no trabalho em saúde;
- Compreender os conceitos de Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Educação em Saúde e Educação Popular em saúde, no sentido de permitir que a transformação das práticas dos trabalhadores ocorra após a reflexão crítica sobre as



realidades vivenciadas, possibilitando a organização do processo de trabalho, a integração da equipe, e a maior resolubilidade dos serviços de saúde da população.

- Estimular os trabalhadores e atores sociais, através de metodologias ativas transformando o seu modo de agir e pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de revalorização do processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagem.

Além da formação de ativadores que suscite discussões e reflexões entre os trabalhadores sobre o cotidiano de trabalho, problematizando-o por meio de atividades de ação-reflexão-ação, foram elencadas diretrizes relacionadas à articulação entre o setor saúde e ensino relacionadas à atuação do gestor e às iniciativas de visibilidade da EPS.

### **5.1 Diretrizes e estratégias relacionadas à articulação/integração ensino-saúde**

- 5.1.1 Realizar articulação intersetorial entre o setor saúde e educação, além de outros setores;
- 5.1.2 Desenvolver metodologias que contribuam para o desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos e a construção de coletivos de trabalhadores e gestores;
- 5.1.3 Estabelecer diretrizes voltadas à celebração de compromissos com as instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS;
- 5.1.4 Desenvolver pesquisas relacionadas ao campo da Educação Permanente em Saúde;
- 5.1.5 Promover a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores, considerando os princípios da Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde;

### **5.2 Diretrizes e estratégias relacionadas à gestão da Educação Permanente em Saúde**

- 5.2.1 Compreender e utilizar a Educação Permanente em Saúde como dispositivo fundamental no processo de gestão e gerência do SUS;
- 5.2.2 Apoiar e desenvolver ações de valorização do trabalho e do trabalhador;



- 5.2.3 Valorizar as capacidades do sujeito/trabalhador em atuar como agente de transformação social no SUS, considerando a importância da interação e integração entre equipes e serviços de saúde;
- 5.2.4 Definir agenda protegida para o desenvolvimento de ações de EPS durante o trabalho;
- 5.2.5 Constituir, quando necessário, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento de trabalhadores;
- 5.2.6 Inserir a Educação Permanente em Saúde enquanto agenda prioritária, expressa nos diversos instrumentos de planejamento e gestão do SUS;
- 5.2.7 Potencializar a articulação regional e o envolvimento da Secretaria Estadual de Saúde, por meio das Unidades Regionais de Saúde, propiciando apoio aos municípios, através de práticas horizontalizadas;
- 5.2.8 Assegurar a condução regional da Política de Educação Permanente por meio da redefinição e fortalecimento dos espaços de governança regional da Educação Permanente em Saúde;
- 5.2.9 Incentivar e apoiar a elaboração dos Planos de Ação de Educação Permanente em Saúde, considerando os princípios e diretrizes da EPS;
- 5.2.10 Apoiar iniciativas de monitoramento das ações de Educação Permanente em Saúde, considerando a realidade e as necessidades locais e os efeitos destas ações nos serviços ofertados;
- 5.2.11 Disponibilizar estrutura física, logística e insumos necessários à realização de práticas de EPS;
- 5.2.12 Apoiar a realização de ações de Educação Permanente nos espaços de participação social no SUS Conselhos municipais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde.

### **5.3 Diretrizes e estratégias para visibilidade da Educação Permanente em Saúde**

- 5.3.1 Utilizar a EPS como mecanismo de socialização e ampliação de conhecimento e experiências e a comunicação para divulgar as ações da própria EPS;
- 5.3.2 Mobilizar, produzir e compartilhar conhecimentos e tecnologias a partir de diversas estratégias, tais como: eventos, oficinas, encontros, materiais de divulgação de informações, meios de compartilhamento de publicações e materiais didáticos no campo da Educação Permanente em Saúde;



- 5.3.3 Fomentar a rede de ativadores de EPS, oportunizando a reflexão coletiva sobre novas práticas de educação que buscam fortalecer a aprendizagem e a produção do conhecimento no trabalho;
- 5.3.4 Divulgar nas diversas instâncias do SUS e em outros espaços a Política de Educação Permanente em Saúde e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- 5.3.5 Estimular a participação dos gestores, dos trabalhadores e das instituições de ensino nas ações de EPS;
- 5.3.6 Promover ações para envolver e sensibilizar a comunidade sobre a relevância de realização das atividades de EPS e o impacto positivo nos processos de trabalho e na prestação dos serviços de saúde aos usuários do SUS.

## 6. COMO OPERACIONALIZAR AS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DO PEEPS

O desdobramento das Diretrizes e Estratégias do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em ações e atividades deverá ocorrer por meio de discussões e definições nas Comissões Temáticas de Educação Permanente de EPS da Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Essa forma de operacionalização busca considerar as especificidades e necessidades regionais, bem como as redes colaborativas locais que devem ser desenvolvidas ou fortalecidas para viabilizar as práticas de EPS nos territórios.

O prazo para discussões e definições será de 6 meses, a contar a partir da emissão da Nota Técnica, para que todas as CIR, discutam em seu contexto as diretrizes e desdobramentos em objetivos, ações, metas e indicadores. **Observação:** Caberá a CIES até o final de março de 2019, disponibilizar às referências técnicas de Educação Permanente em Saúde das Unidades Regionais de Saúde a Nota Técnica para que estas apresentem às CIR do estado com orientações sobre o processo de elaboração de desdobramento das diretrizes, conforme acima definido.

## 7. AVALIAÇÃO DO PEEPS

O monitoramento e a avaliação do Plano devem contemplar duas dimensões: a) deverá ser objeto de ação sistemática e regular sobre todas as iniciativas abrangidas pelo



Plano; b) deverá permitir a participação dos atores sociais envolvidos com a PNEPS sobre as diretrizes e estratégias apresentadas no Plano.

Objetivamente, o processo de avaliação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde ocorrerá por meio de oficinas anuais de Avaliação do PEEPS, com a presença dos atores sociais envolvidos com a Política de Educação Permanente.

## **8. DEFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Os recursos necessários para a execução deste Plano serão compostos pelo Orçamento Anual da SES e por transferências anuais estabelecidas pela PNEPS desenvolvida pelo Ministério da Saúde. É importante salientar que considerando o cenário nacional e estadual de restrições econômicas, a implementação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde será de acordo com a disponibilidade financeira.

No âmbito municipal, é importante destacar que é possível a previsão e alocação de recursos em ações de EPS, a partir da compreensão de sua importância para os serviços de saúde, por meio dos instrumentos de planejamento em saúde, além de existirem recursos federais repassados diretamente aos municípios para ações de EPS

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do PEEPS procurou desenvolver estratégias que fortalecessem e qualificassem a gestão da Política de Educação Permanente do SUS. Para atingir os resultados esperados é fundamental perceber o trabalhador como sujeito e agente transformador do seu ambiente e que o trabalho seja visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometer-se mutuamente.

O PEEPS é um documento norteador das ações de Educação Permanente em Saúde para o Estado de Minas Gerais. O seu processo de implementação exige que ele seja visto como um documento em permanente construção, onde os processos em desenvolvimento no campo da Educação Permanente impõem constantes revisões das suas ações e metas.



## ANEXO 1

Resolução SES/MG nº 6287, de 26 de junho de 2018.

Constitui Grupo de Trabalho Estadual responsável pela condução da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em saúde com ênfase nas diretrizes do PRO EPS - SUS.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, no uso da atribuição prevista no art.

93, § 1º, inciso III da Constituição do Estado de Minas Gerais, nos incisos I e II do art. 39 da Lei Estadual nº 22.257, de 27 de julho de 2016, e considerando:

- o disposto na Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, art. 200, inciso III, que atribui ao SUS ordem de formação de recursos humanos na área de saúde;
- o disposto na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, art.15, inciso IX e, art. 27, inciso I, sobre a participação dos Estados na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- o Anexo XL à Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, mais especificamente nos Títulos VI e VII quanto aos recursos para Gestão do SUS;
- a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS;
- o Termo de Adesão Estadual firmado pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais junto ao Ministério da Saúde, para pactuar e formalizar as responsabilidades inerentes à execução do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS;
- o Manual Técnico – 2018 do Ministério da Saúde sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS – SUS;
- a necessidade de desenvolver ações para a formação e a Educação Permanente de profissionais e trabalhadores em saúde necessários ao SUS, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço - CIES, com vistas a estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

trabalho; e - a Deliberação CIB/SUS-MG nº 1.521, de 22 de julho de 2013, que define as normas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas.

**RESOLVE:**

Art. 1º – Fica instituído Grupo de Trabalho Estadual (GTE) com a função de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente com vistas a fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde, apoiar as ações em nível regional, bem como monitorar e acompanhar as atividades previstas pelo programa.

Art. 2º – O Grupo de Trabalho Estadual (GTE) será composto pelas seguintes instituições:

I – Secretaria de Estado de Saúde:

- a) Representando o Secretário de Estado de Saúde, o Diretor da Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas, responsável pela coordenação do grupo;
- b) Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde - 02 (dois) representantes, sendo: 01 (um) representante da Superintendência de Atenção Primária à Saúde;
- c) Subsecretaria de Regulação em Saúde - 01 (um) representante;
- d) Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde - 01 (um) representante;
- e) Subsecretaria de Gestão Regional - 01 (um) representante; e
- f) Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde - 01 (um) representante.

II – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais/ESP - 03 (três) representantes;

III – Fundação Ezequiel Dias- FUNED - 01 (um) representante;

IV – Fundação HEMOMINAS - 01 (um) representante;

V – Escola Técnica de Saúde/Centro de Educação Profissional e Tecnológica/ UNIMONTES - 01 (um) representante;

VI – Conselho Estadual de Saúde- CES - 01 (um) representante;

VII – Conselho de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS – 02 (dois) representantes;

VIII – Comissão de Integração Ensino e Serviço – CIES Estadual – 01 (um) representante; e

IX – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – 01 (um) representante.

Parágrafo Único. As instituições que tiverem somente um representante deverão indicar um suplente.

Art. 3º – A atuação no âmbito do grupo de trabalho estadual não será remunerada.

Art. 4º – O Plano Estadual de Educação Permanente deverá ser apresentado e aprovado na CIB/SUS no ano de 2018.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Art. 5º – O grupo deverá apresentar a versão final do Plano Estadual de Educação Permanente ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 6º – Serão realizadas as seguintes atividades: reuniões, encontros técnicos, oficinas para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, além de outras atividades necessárias.

Art. 7º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 26 de junho de 2018.

**NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**



## ANEXO II

# CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

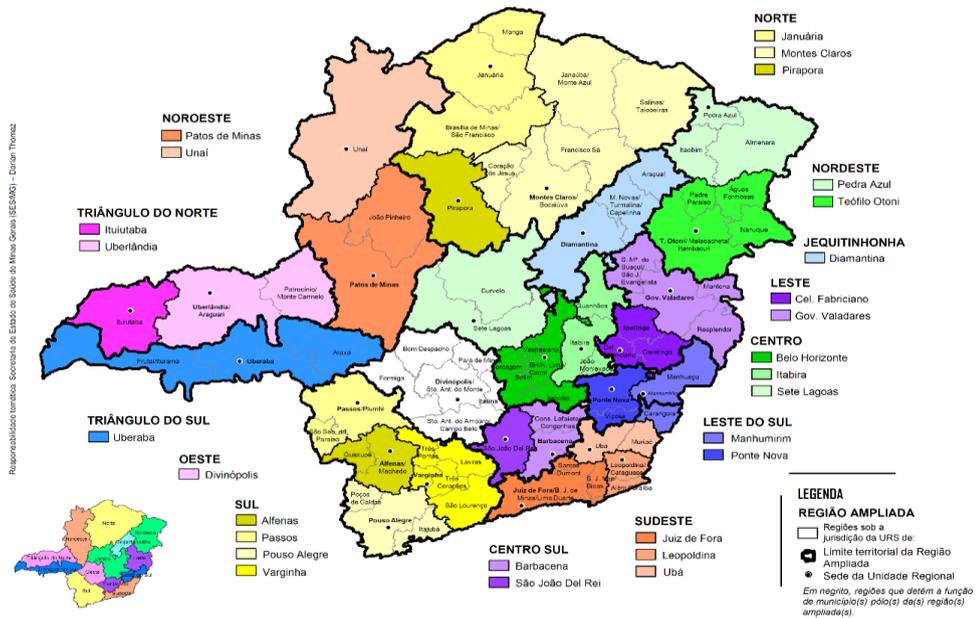
## 1. CARACTERIZAÇÃO DE MINAS GERAIS

O Estado de Minas Gerais é composto por 853 municípios e, a projeção populacional estimada pelo IBGE (2017), é de 21.119.536 habitantes, dos quais 85,3% vivem em áreas urbanas, enquanto a população rural é de cerca 14,7%. Mesmo sendo um dos estados brasileiros com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e ter o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. Devido a sua grande extensão territorial, Minas Gerais revela aspectos de grande heterogeneidade, desigualdades socioeconômicas e concentração de pobreza em seu território. Os diferentes estágios de desenvolvimento e as distintas vocações regionais tornam previsíveis grandes diferenças internas quanto ao comportamento dos indicadores demográficos, e da população do Estado que tem acesso aos serviços de saúde exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS).

A disparidade econômica e demográfica entre os municípios são uns dos grandes desafios no âmbito da saúde e exigem um arranjo institucional, entre as esferas de gestão, que garanta atenção de qualidade a todos. Diante desse contexto, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente em Minas Gerais divide o Estado em 13 (treze) regiões ampliadas de saúde e 77 (setenta e sete) regiões de saúde. Esta divisão em dois níveis regionais foi estabelecida devido à complexidade da realidade mineira.



Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais: por região e região ampliada (PDR) e administrativa (URS: GRS e SRS)



Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tem como missão apoiar os municípios no processo de planejamento, fortalecimento e gestão do SUS para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas no cidadão e em consonância com as especificidades regionais, com transparência e participação social. É composta por 28 unidades regionais de saúde que tem como intuito fornecer cooperação técnica aos municípios.

Na última década, a SES/MG tem investido nos processos de regionalização, com o objetivo de promover a equidade do acesso e a economias de escala, evitando a fragmentação, os vazios assistenciais e a subutilização dos serviços em seu território. Entre as alternativas mais recentes do Estado para superar a acentuada fragmentação e melhorar o funcionamento político-institucional, avançou-se na estratégia de estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, permanecendo atento a institucionalidade do SUS no Estado, que prevê sua divisão em regiões de saúde.

## 2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

### VISÃO SÓCIO DEMOGRÁFICO

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



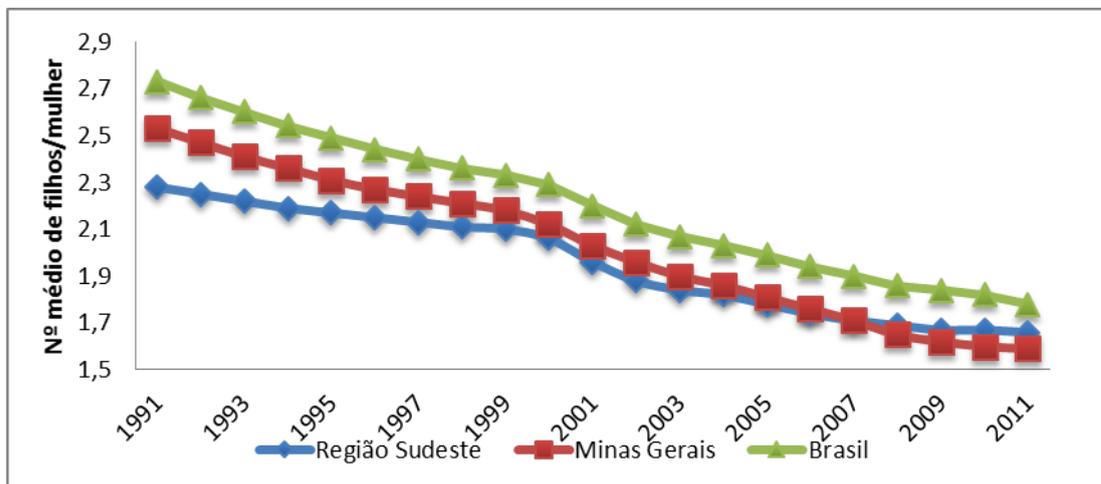
No que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída por 853 municípios, dos quais 78,2% possuem até 20.000 habitantes, sendo que a maior parte da população se concentra em apenas 28 municípios com mais de 100 mil habitantes.

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

Para maior compreensão sobre a tendência da fecundidade no estado, adota-se a medida da taxa de fecundidade total que expressa o número médio de filhos que uma mulher tem ao longo de seu período reprodutivo. Em 1991, Minas Gerais apresentava uma taxa de fecundidade de 2,53 filhos/mulher, após 20 anos essa taxa passa a ser de 1,59, inferior ao nível de reposição populacional de 2,1 filhos/mulher.

O declínio dessa taxa está relacionado às grandes transformações vivenciadas pela população, como o aumento da urbanização, a queda da mortalidade infantil, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, os níveis mais elevados de escolaridade das mulheres e o maior acesso aos métodos anticoncepcionais, entre outros fatores.

**Gráfico 1 - Taxa de fecundidade total, Região Sudeste, Minas Gerais e Brasil, 1991 a 2011**

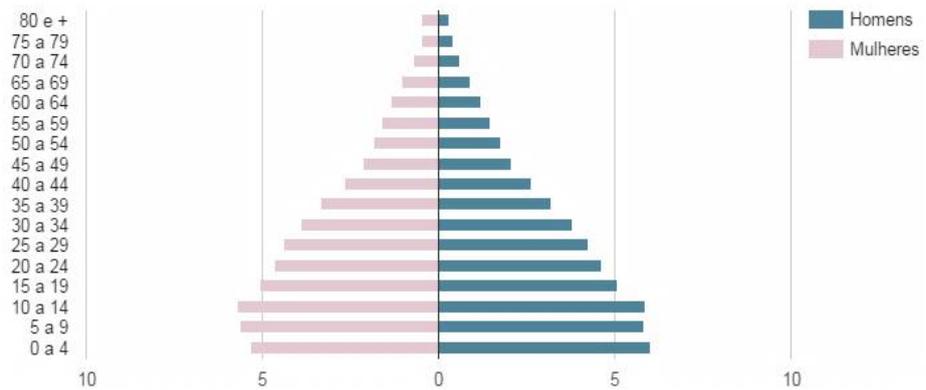


Fontes: Estimativas: IBGE/Projeções demográficas preliminares - Dados Diretos: MS/SVS – SINASC

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

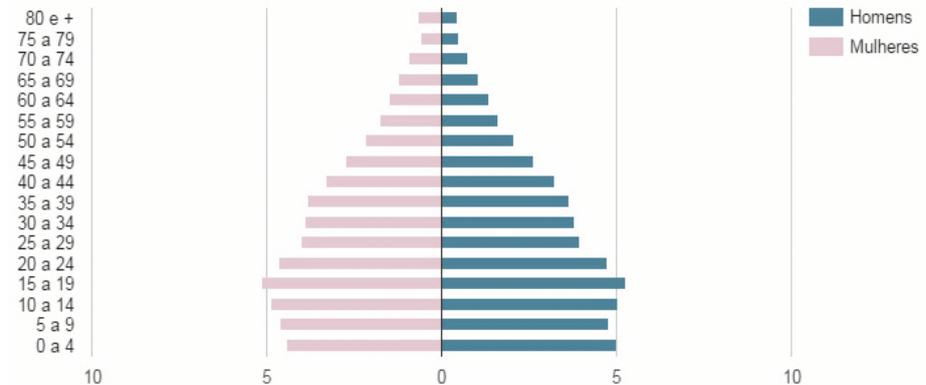


**Figura 1 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 1991.**



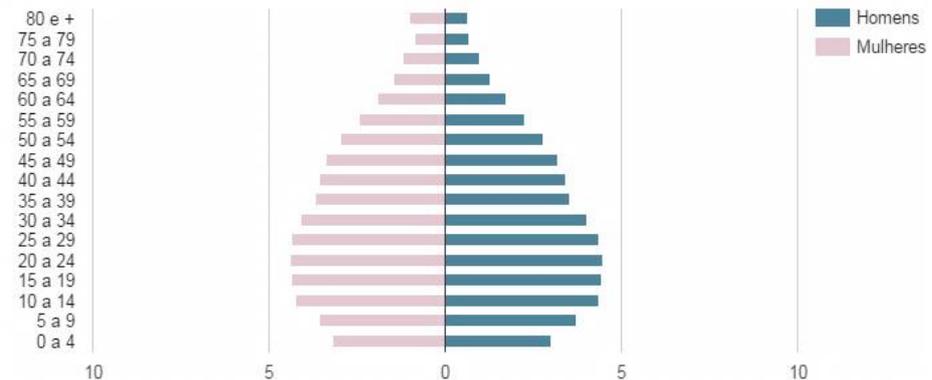
Fonte: IBGE/Censos DemoFiguras 1991, 2000 e 2010.

**Figura 2 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 2000.**



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

**Figura 3 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários - Minas Gerais, 2010.**



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

A análise populacional, segundo a idade, permite observar que a população no Estado com 60 anos ou mais de idade ultrapassou 2,3 milhões de pessoas no ano de 2012. Entre 2000 e 2012 a proporção de idosos passou de 9,1% para 11,8% do total da população estadual, perfazendo um aumento de 29,7%, dados que confirmam a existência de uma população progressivamente mais idosa, com impactos

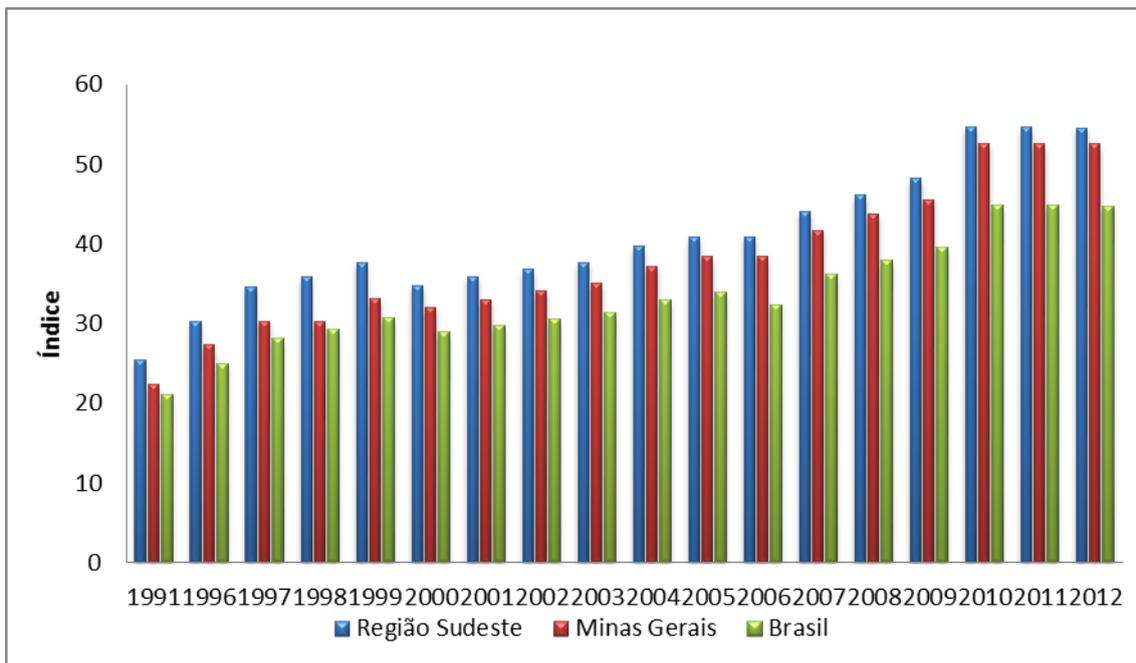


sobre a sociedade e, do ponto de vista das políticas públicas, sobre o setor saúde, especialmente no que diz respeito aos gastos e tipos de assistência envolvidos.

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

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

**Gráfico 2 – Índice de envelhecimento – Região Sudeste – Minas Gerais e Brasil, 1991 a 2012**



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

## PERFIL NUTRICIONAL

Nas últimas décadas o país tem passado por diversas transformações no modo de vida da população, observando uma transição nutricional além de mudanças nos padrões de consumo alimentar. Em Minas Gerais observamos uma intensa redução da desnutrição em crianças, porém ainda é prevalente a

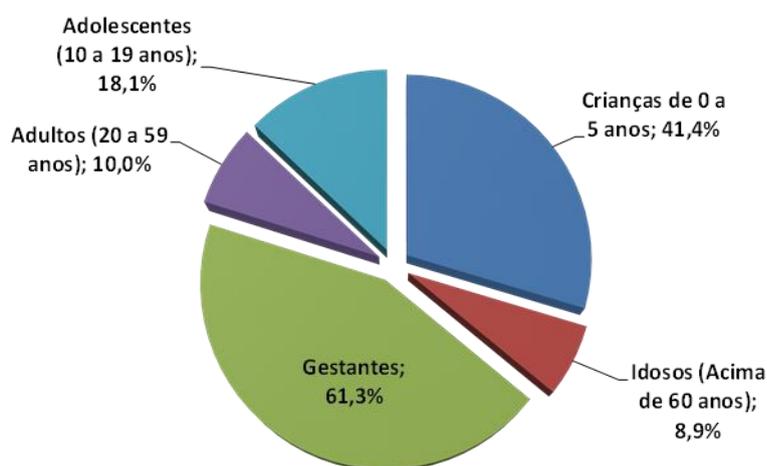


desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população. O excesso de peso acomete com maior frequência a população adulta, sendo as prevalências de sobrepeso e obesidade, em todos ciclos etários, semelhante ao cenário nacional.

Ressaltamos que o acompanhamento do estado nutricional se constitui em estratégias que envolvem a investigação do estado nutricional, das morbidades associadas, das carências nutricionais, bem como a avaliação do consumo alimentar, é necessária para a efetivação da Vigilância Alimentar e Nutricional. Minas Gerais apresentou cobertura superior à média nacional, sendo que destaque maior deve ser dado para as gestantes cuja cobertura foi de 61,3% e para as crianças de 0 a 5 anos 41,4%.

Em relação ao estado nutricional de crianças de 0-5 anos, a porcentagem de déficit de estatura foi de 11,4% e excesso de peso 9,5% no ano de 2014. Ao se analisar as crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, nota-se um percentual de 5,7% para a desnutrição, 15,0% para o sobrepeso e 12,3% para a obesidade, sendo estes valores semelhantes aos encontrados no Brasil. Observa-se que a obesidade em Minas e no Brasil, de forma geral, é maior entre a população adulta (23,3%) ao se comparar com os adolescentes (7,0%).

**Gráfico 3 - Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web, Minas Gerais, 2014**



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

Em relação aos marcadores de padrão alimentar não saudável que foi avaliado pela PNS pode-se citar: o consumo de sal, o consumo regular de refrigerantes e o consumo de carnes com excesso de gordura (com gordura aparente e frango com pele). O consumo de quantidades excessivas de sal no Estado foi



referido por 14,0% da população. O consumo regular de refrigerantes foi referido por 24,5%. O consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi relatado por 47,1%.

### **OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)**

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

Segundo a OMS, é considerado fator de risco para **Doenças Crônicas Não Transmissíveis** e também para acidentes e violências o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. No estado de Minas Gerais, a PNS, evidenciou que a idade média de iniciação do consumo de bebidas alcoólicas foi de 18,7 anos, assim como no Brasil. Os homens tiveram a iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas mais precocemente em relação às mulheres, sendo que os homens apresentaram a idade média de 17,8 e as mulheres, 20,2. Em relação ao percentual de pessoas de 18 anos ou mais que dirigiam logo depois de beber, observa-se que foi maior para Minas Gerais (26,6%) em comparação com o Brasil de (24,3%). Ao se analisar por sexo, observa-se que a proporção de homens que dirigiam logo depois de beber foi de 29,4% e de mulheres foi de 14%.

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

### **DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

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



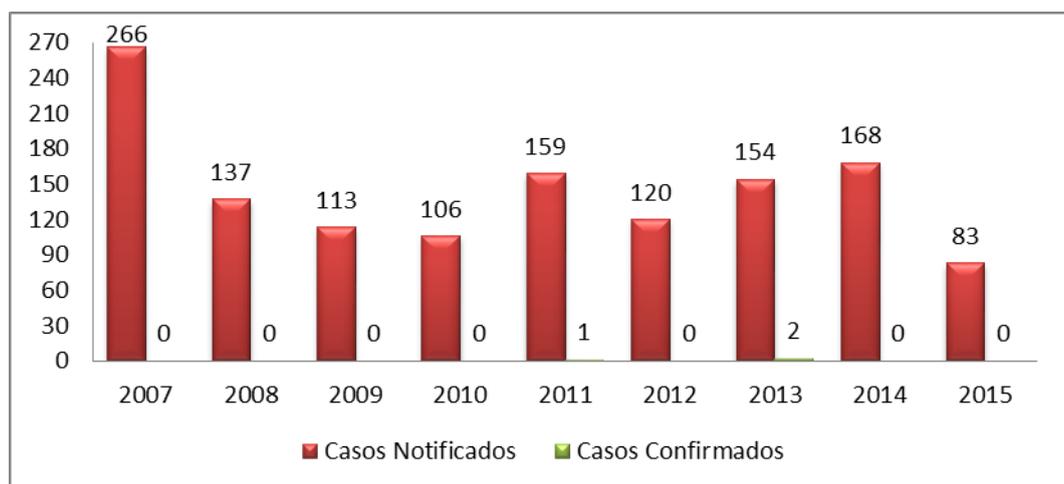
O **sarampo, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita** são doenças de eliminação, conforme acordo internacional. No país, o **sarampo** foi eliminado em 2000 e, até que a erradicação global ocorra, todos os casos suspeitos devem ser investigados laboratorialmente para o encerramento adequado (confirmado e descartado).

No ano de 2014 o número total de casos de sarampo no Brasil, ficou em N=781 e em 2015, o número total de casos de sarampo no Brasil foi N=169 eventos. Em Minas Gerais, na série histórica que compreende os anos de 2007 a 2015, tem-se um total de N= 1.306 notificações de casos suspeitos de sarampo. Dos casos notificados, ao longo do período acima descrito, têm-se apenas N=3 casos confirmados para sarampo, ocorridos nos anos de 2011 (N=1) e 2013 (N=2).

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

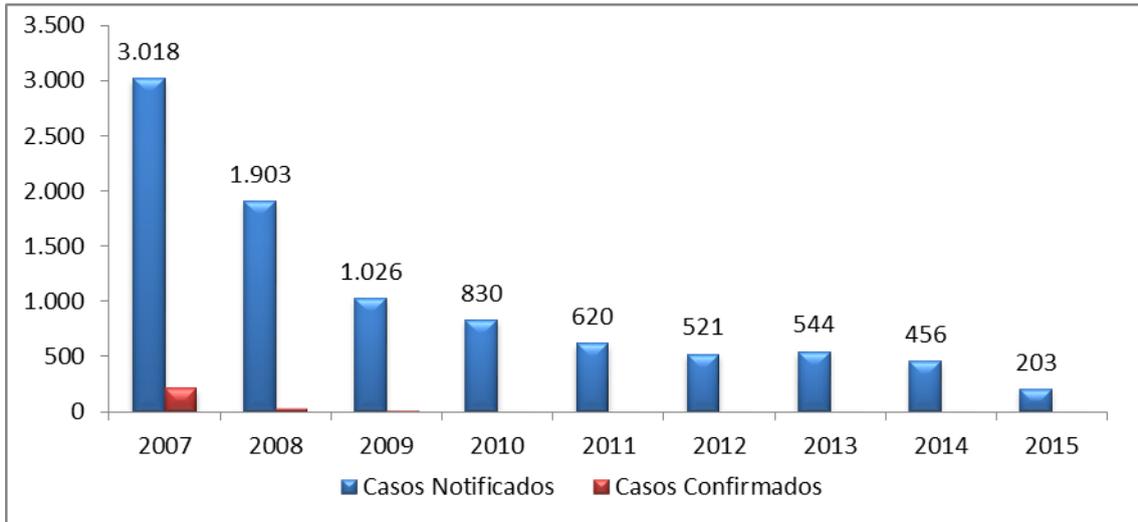
As notificações de casos suspeitos de **rubéola** no período de 2007 a 2015, verifica-se um decréscimo no número de notificações, sobretudo, nos últimos 4 anos. Fator atribuído ao êxito da maior campanha contra a rubéola, realizada no ano de 2008, com mobilização nacional.

**Gráfico 4 - Distribuição de casos notificados e confirmados de sarampo, Minas Gerais, 2007 – 2015**



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

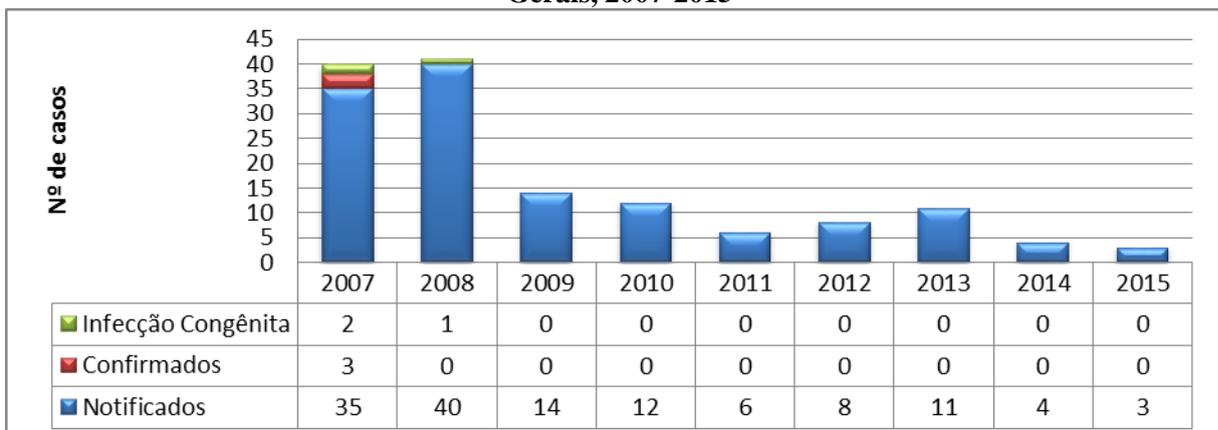
**Gráfico 5 - Distribuição de casos notificados e confirmados de rubéola, Minas Gerais, 2007-2015**



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

Quanto a **Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)**, é sabido que esta é uma importante complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante o período gestacional, sobretudo, no primeiro trimestre; podendo comprometer o desenvolvimento fetal e causar aborto, além de morte fetal e anomalias congênitas. No decorrer dos últimos anos, a SRC apresentou decréscimo, fator que também decorre da grande Campanha Nacional realizada em 2008. No ano de 2015, vê-se a notificação de 3 casos suspeitos de SRC, em que é cabível atentar aos critérios preconizados no Guia de Vigilância em Saúde.

**Gráfico 6 - Distribuição de casos notificados de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), Minas Gerais, 2007-2015**



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



A avaliação dos casos de **meningites** no Estado de Minas Gerais, primeiro semestre de 2015, aponta o seguinte panorama: Foram notificados um total de \*722 casos, destes, 424 confirmados, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,03/100 mil habitantes. Esta taxa representa uma redução de 21,3% quando comparado ao mesmo período do ano de 2014. Na tabela abaixo, não terá o valor em questão, uma vez que trabalha apenas, a frequência de casos confirmados. Nesse sentido, o texto acima somente contextualiza que foram notificados 722 casos, dos quais 424 foram confirmados, no período avaliado.

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

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

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

Nota: D. meningocócica, M. Tuberculosa, M. Outras Bactérias, M. Hemófilo, M. Pneumocócica, o elenco - M. Bacterianas. No que se refere aos óbitos avaliados no mesmo período, foram registradas 70 ocorrências; o que representou um aumento de 7,1% quando comparado ao primeiro semestre de 2014 com aumento da taxa de letalidade. Diante das informações discorridas, é nítido que a meningite continua sendo uma doença grave, com grande potencial para causar óbitos.



O monitoramento da erradicação da **poliomielite** é feito a partir da **vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA)**. Por isso, todo caso de deficiência motora aguda e flácida, em menores de 15 anos, deve ter acompanhamento sistemático dos casos suspeitos de poliomielite. Abaixo, segue serie histórica para melhor ilustrar as informações concernentes aos Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das PFA, no estado de Minas Gerais, nos anos de 1990 a 2014.

**Tabela 2 - Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das PFA – Minas Gerais, 1990 a 2014.**

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



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

É importante atentar que, todo caso de deficiência motora aguda e flácida em menores de 15 anos deve ser imediatamente notificado no SINAN, Ficha de Investigação de PFA/Poliomielite.

### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (HIV/AIDS)

As doenças sexualmente transmissíveis ainda apresentam altas taxas de incidência apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento representando um grande problema de saúde pública. No ano de 2015, foram diagnosticados no estado de Minas Gerais 3.472 novos casos de **HIV/AIDS**, com taxa de incidência de aproximadamente 31,6 para cada 100.000 habitantes. A análise da série histórica de 2010 a 2015 mostra um aumento progressivo de 68,0% do agravo no estado de Minas Gerais em relação ao ano de 2010.

**Gráfico 7 - Incidência (por 100.000 hab)/ Frequência de casos novos de HIV/AIDS por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2015.**



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

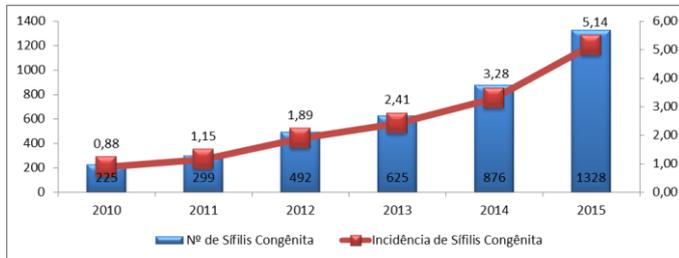
Em relação à transmissão vertical no ano de 2015 foram diagnosticados 09 casos. Para evitar a transmissão vertical do HIV/AIDS há ações nas maternidades, como testagem antes e no momento do parto e caso haja resultado positivo inicia-se a profilaxia para diminuir as chances de transmissão ao recém-nascido,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

O HIV/AIDS foi responsável por 213 mortes no ano de 2015, uma redução de 32 óbitos em relação a 2014. A queda no número de óbitos é resultado do acesso universal ao tratamento antirretroviral e das políticas de prevenção interferindo diretamente na sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS. O estado de Minas Gerais trabalha com a proposta de ações focadas na prevenção, tais como: ampliação do acesso aos insumos de prevenção; estratégias de combate ao estigma e parceria interinstitucionais.



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

**Gráfico 8 - Incidência (por 1.000 NV)/ Frequência de casos de sífilis em gestante por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2015.**

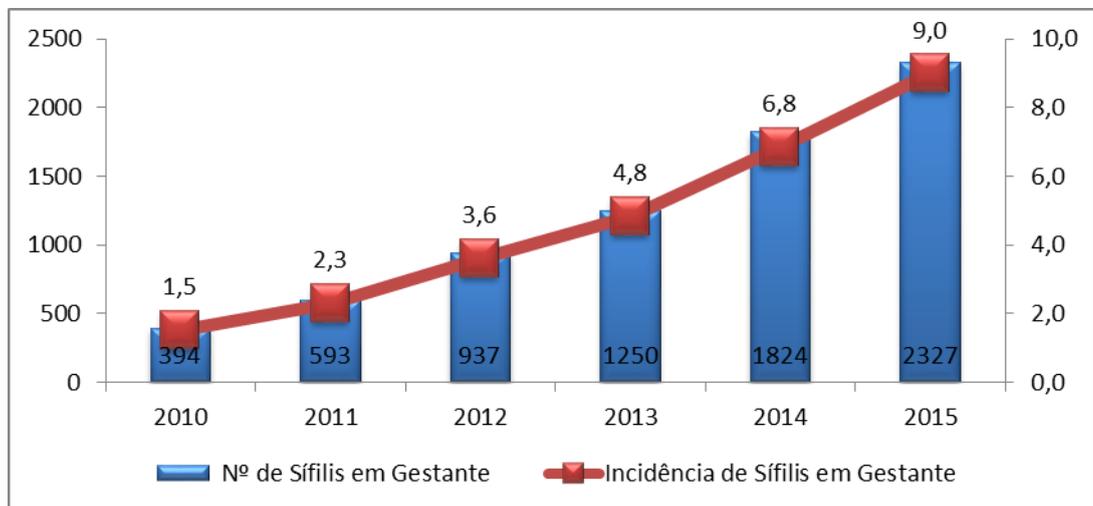


Fonte: SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

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

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

**Gráfico 9 - Incidência (por 1.000NV)/frequência de casos de Sífilis Congênita por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2015**



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

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

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



## AS HEPATITES

Estimativas da OMS indicam, que existem 170 milhões de indivíduos infectados pelo **vírus da Hepatite C**, em todo o mundo, e cerca de 2 bilhões de pessoas tiveram contato com o **vírus da hepatite B**. A distribuição das hepatites virais B e C ocorre em todo o planeta, atingindo todos os continentes. E são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

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

Em 2015, no estado de Minas Gerais, foram notificados 1.166 casos de Hepatite B, 1.518 casos de Hepatite C e 61 casos de Hepatite B+C. Como as hepatites B e C são doenças crônicas torna-se necessário análise dos dados através da série histórica de 2007 a 2015. Para as hepatites B e C temos confirmados 20.770 notificações. Já para a hepatite C, o total de notificações é de 9.293. Neste mesmo inquérito, há uma estimativa de aproximadamente 278.000 casos esperados de notificações. De acordo com esse cenário fica evidente o fato de termos um grande número de subnotificações em nosso estado. Não obstante, o total de notificações realizadas até o momento, 54.364 ou 36,99%, possuem inconsistências em seu preenchimento, totalizando 20.109 fichas.

**Tabela 3 - Notificações de Hepatites B e C, Minas Gerais, 2007 A 2016\***

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

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



## HANSENÍASE E TUBERCULOSE

Minas Gerais detectou 1.215 casos novos de **hanseníase** em 2014, dos quais 55 (4,5%) em menores de 15 anos. Isso correspondeu a um coeficiente de detecção geral de 5,86/100 mil habitantes e de 1,21/100 mil em menores de 15 anos de idade. Do total de casos novos notificados em 2014, 10,9% foram diagnosticados com deformidades (Grau 2 de incapacidade), indicando um percentual ainda elevado de diagnóstico tardio. O percentual de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase foi de 88,4%; a proporção de contatos examinados de 90,7%; a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico de 92,1% dos casos novos.

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

**Tabela 4 - Situação Epidemiológica da hanseníase - Minas Gerais - 2009 a 2014**

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

Fonte:Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária; 2016

Em Minas Gerais o número de casos novos de tuberculose notificados em 2015 foi de 3.498, com taxa de incidência de 16,8 casos por 100 mil habitantes. Neste ano, 524 municípios tiveram pelo menos 01 casos de tuberculose entre os seus residentes. A análise da série histórica da taxa de incidência da doença mostra uma tendência de declínio nos últimos 20 anos (esta taxa era de 44 casos por 100 mil habitantes em 1990). Embora o estado apresente uma tendência de redução na taxa de incidência, há diferenças importantes na comparação desse indicador por unidade regional de saúde. O percentual de cura para os casos novos bacilíferos de tuberculose nos últimos anos ficou em torno de 72%, resultado ainda aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 85%.



## SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE SURTOS DE DTHA

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

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

No ano de 2014, em Minas Gerais foram notificados 47 casos confirmados de **malária**, o que representou uma redução de 48,5% casos de malária em relação ao ano anterior. A redução do número de casos em 2014 quando comparada ao ano de 2013 pode ser atribuída a redução de casos de malária notificada na região endêmica do Brasil. Todos os casos importados foram provenientes de áreas endêmicas para a doença. Neste mesmo período, três indivíduos evoluíram para o óbito o que representou uma taxa de letalidade alta (6,25%). Nos três casos, a média de tempo entre os primeiros sintomas e o óbito foi de 8,6 dias e o intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial e o início do tratamento, foi menor que 24 horas em 100% dos casos. O diagnóstico diferencial pelo protocolo de febres hemorrágicas é fundamental. Os casos de malária notificados ocorreram em 19 municípios, tendo a capital, Belo Horizonte, concentrado 12 casos (25,5%).

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



que após investigação foram descartados para tal e, 59 epizootias envolvendo primatas não humanos, dos quais três (03) foram positivos para febre amarela silvestre.

## **EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA**

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

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

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

## **DOENÇAS EMERGENTES/REEMERGENTES**

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



epidemiológica e atividades do campo da saúde ambiental e vigilância sanitária; utilizar mecanismos ágeis e eficientes de informação e comunicação; e integrar os serviços.

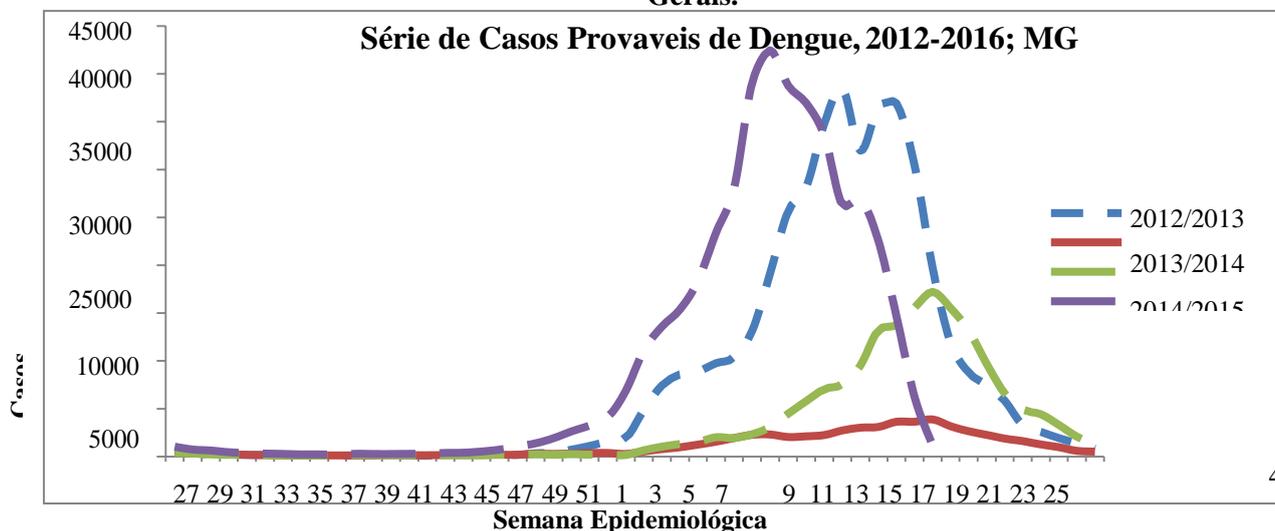
## DENGUE

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

No Brasil, a dengue foi documentada laboratorialmente em 1982, desde então, a dengue vem ocorrendo de forma continuada, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes e/ou alteração do sorotipo predominante. No período entre 2002 a 2011, a dengue se consolidou como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil, com aumento no número de casos e hospitalizações, com epidemias de grande magnitude, agravamento do processo de interiorização da transmissão, com registro de casos em municípios de diferentes portes populacionais e a ocorrência de casos graves acometendo pessoas em idades extremas.

O estado de Minas Gerais também apresenta aumento de casos de dengue nos últimos anos com alternância de períodos epidêmicos e não epidêmicos. Já foi identificada a circulação dos quatro sorotipos, mas desde ano de 2010 o sorotipo DENV1 tem a circulação predominante identificada pelo laboratório de referência estadual e a partir de 2011, com a introdução do sorotipo DENV4.

**Gráfico 10 – Série de casos prováveis de dengue - semana epidemiológica, de 2012 a 2016; Minas Gerais.**





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

## **CHIKUNGUNYA**

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

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

## **ZIKA**

É uma doença viral aguda, transmitida principalmente por mosquitos, tais como *Aedes aegypti*, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. Evidências sorológicas em humanos sugerem que a partir do ano de 1966 o vírus tenha se disseminado para o continente asiático. Foi confirmada transmissão autóctone de febre pelo vírus Zika no país a partir de abril de 2015. Atualmente, de acordo



com os dados do Boletim Epidemiológico, volume 47, n.º18/2016, do Ministério da Saúde, somente o estado de Santa Catarina não apresenta casos autóctones da doença. No final de 2015, foi confirmada a circulação laboratorial do zika em Minas Gerais, e atualmente, o estado apresenta 10.750 casos notificados da doença, até 27 de abril de 2016.

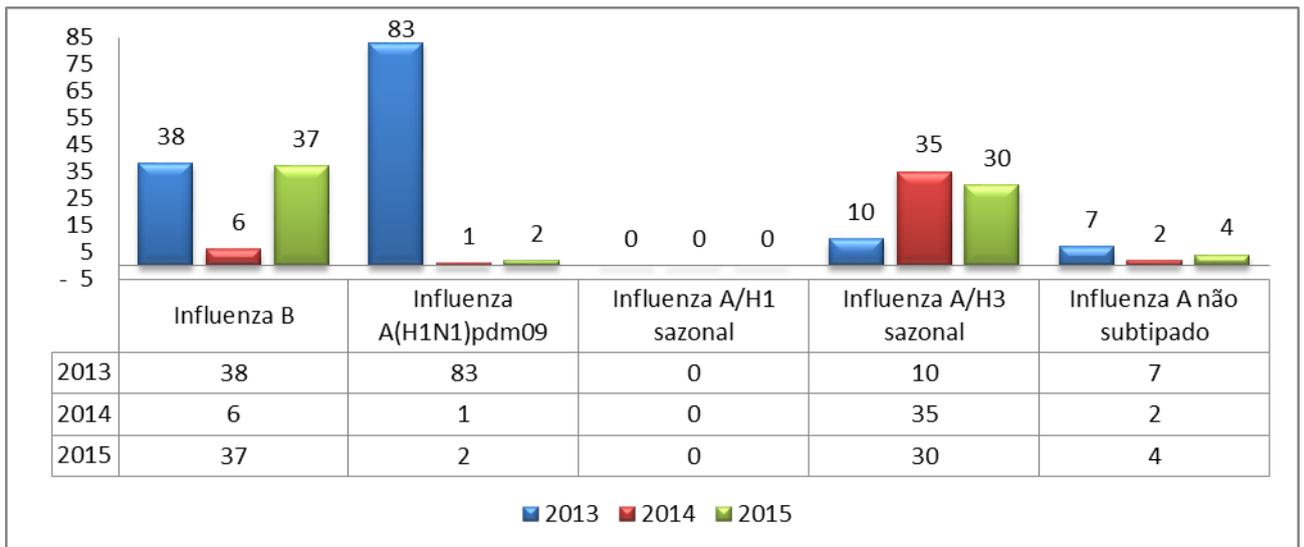
Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a infecção pelo zika vírus como responsável pelo aumento de casos de microcefalia e óbitos em recém-nascidos, declarando como evento de Emergência de Saúde pública de Importância Internacional. De acordo com, o último boletim epidemiológico da Secretaria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

### **INFLUENZA E OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS**

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

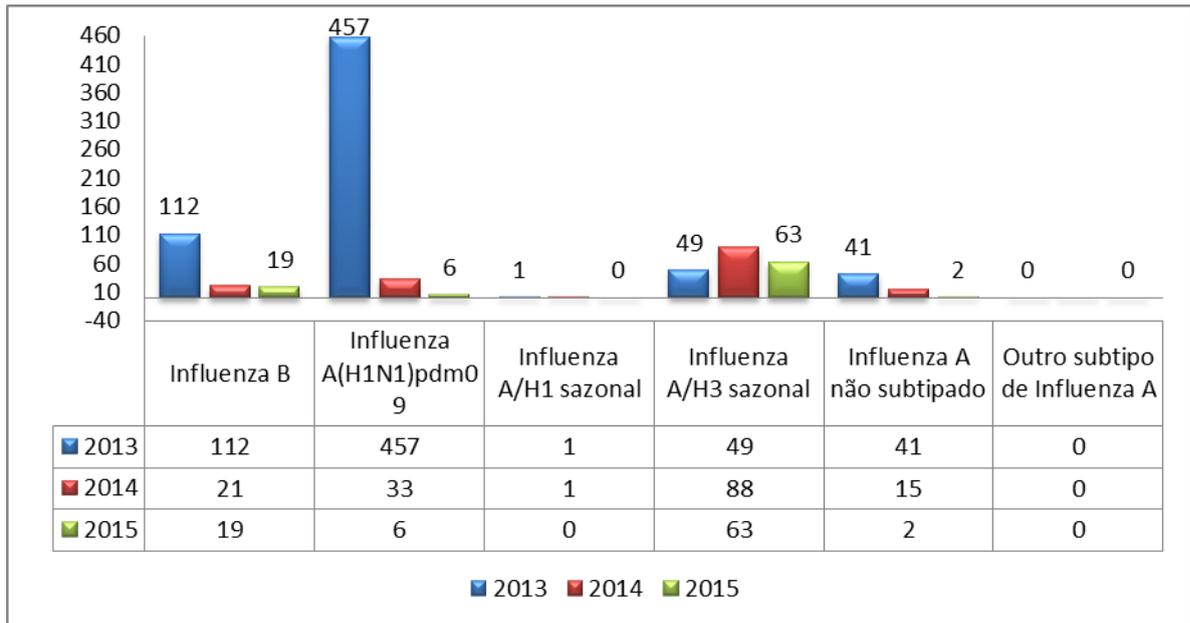
No estado de Minas Gerais, o padrão de circulação desse agente é bem diversificado com alterações anuais de vírus predominante. As unidades sentinelas tem papel relevante para detectar oportunamente essas alterações e encaminhar amostras para avaliação internacional e composição de vacinas.

#### **Gráfico 11 – Síndrome Gripal por Influenza, 2013 a 2015, Minas Gerais.**



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

**Gráfico 12 – Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, 2013 a 2015; Minas Gerais.**



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

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

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

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

Os dados referentes às vacinas de reforço não atingiram a meta específica (em menores de 02 anos). Entretanto, os dados da cobertura vacinal podem refletir o panorama no qual o Estado e o país passaram por desabastecimento de algumas vacinas, prejudicando os altos índices como, por exemplo, para a vacina Tetra Viral. Apesar do registro de aplicação de mais de 93% da Tetra viral, o quantitativo distribuído pode não ter sido próximo à quota anual necessária para a imunização da



população. Assim, na análise geral, as taxas de coberturas mais baixas ou número de doses registradas maior que o número de doses distribuídas pode ser influenciada tanto pelo recebimento da quota anual necessária, bem como pelo estoque anterior que não foi contabilizado na tabela acima.

**Tabela 5 - Coberturas Vacinais em menores de 02 anos de idade por tipo de vacinas, 2015.**

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

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

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

Na avaliação do período de 2013 a 2015, verifica-se um nível de regularidade na cobertura das vacinas de rotina em menores de um ano de idade como as vacinas BCG, contra a poliomielite, penta valente e tríplice viral (D1). Observa-se que vacinas como Tetra Viral, reforços de Poliomielite, Pneumocócica 10 valente não atingiram a meta e ainda apresentaram queda nas taxas de cobertura ao longo dos anos.

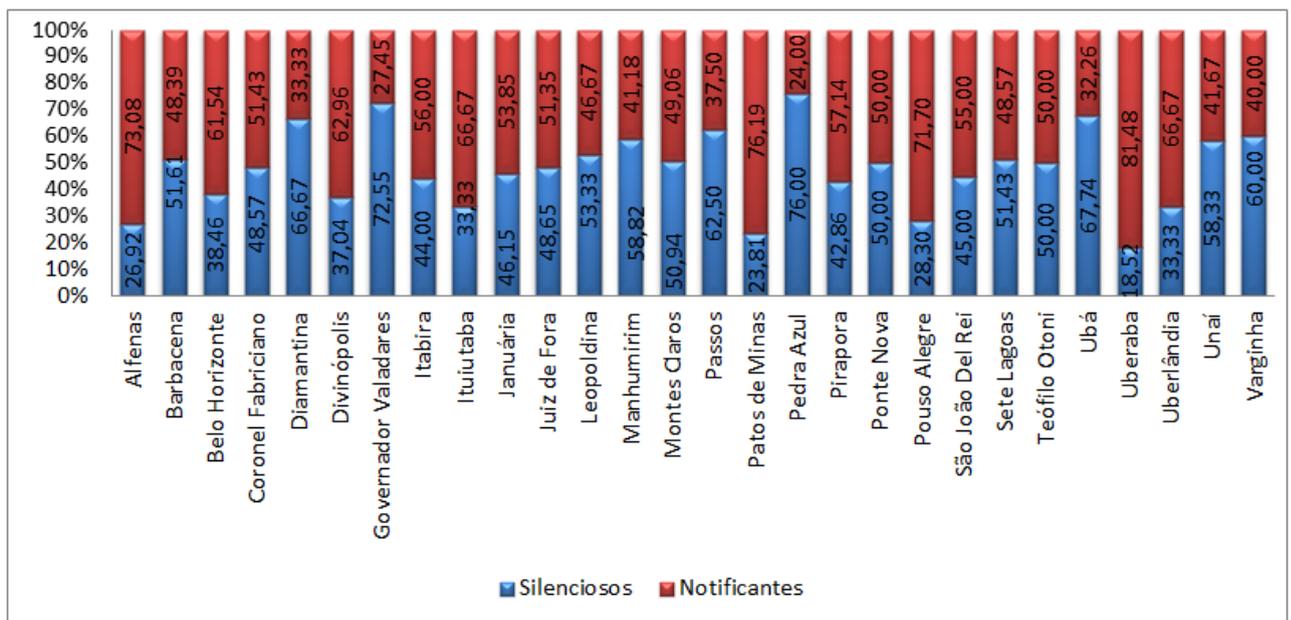
O **Sistema de Vigilância em Eventos Adversos Pós-Vacinais (SVEAPV)** tem a finalidade de monitorar a segurança das vacinas e investigar oportunamente casos suspeitos de reações adversas, para desenvolvimento de medidas adequadas.



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

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

**Gráfico 13 – Percentual de municípios silenciosos, sem nenhuma notificação de EAPV por Unidade Regional de Saúde, Minas Gerais, 2015.**



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

## DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, produzem significativo impacto socioeconômico, uma vez que a assistência às doenças crônicas gera elevado custo para SUS. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no ano de 2013, mostrou que, no total da população residente em Minas Gerais, 24% afirmou ter diagnóstico médico de hipertensão arterial, correspondendo a 5.008.584 pessoas. O percentual de mulheres hipertensas (28%) é maior do



que o de homens (19,5%) e aumenta com a idade: 21,2% para a população de 30 a 59 anos de idade e 58,8% na população de 65 anos ou mais de idade.

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

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

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

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

As notificações segundo os diferentes tipos de violência no ano de 2015 mostram que a violência física isolada foi predominante, respondendo por 62,8% dos casos. O segundo lugar foi ocupado pela psicológica, que responde por 24,5% dos casos. O terceiro lugar foi ocupado pela violência sexual isolada, responsável por 5,6% das notificações com maior proporção para o sexo feminino perfazendo 85,5%. Seguiu-se por outras violências com 7,3% e negligências 3,2%. Quando ao local de ocorrência para o mesmo ano, 74,4% ocorridas na residência, seguido de 20,0% na via pública e 4,6% em outros locais.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

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



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

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

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

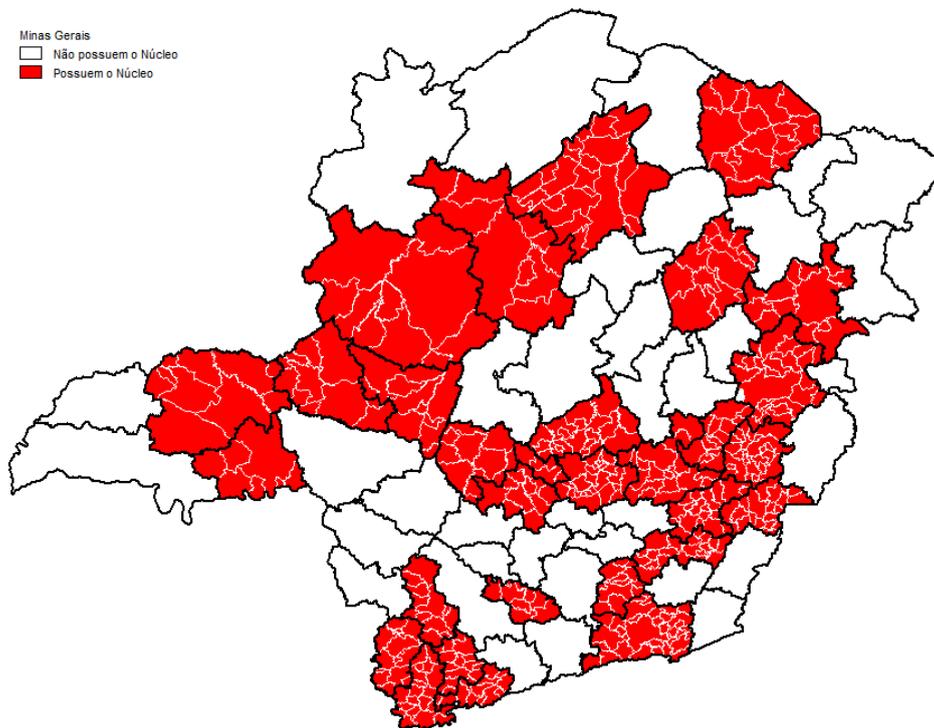
Fonte: CDANT/DVDCANT/SESMG/VIVA/SINAN/MS



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

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

**Figura 4 - Cenário dos Núcleos Intersectoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz em Minas Gerais em 2015.**



Fonte: SES/MG

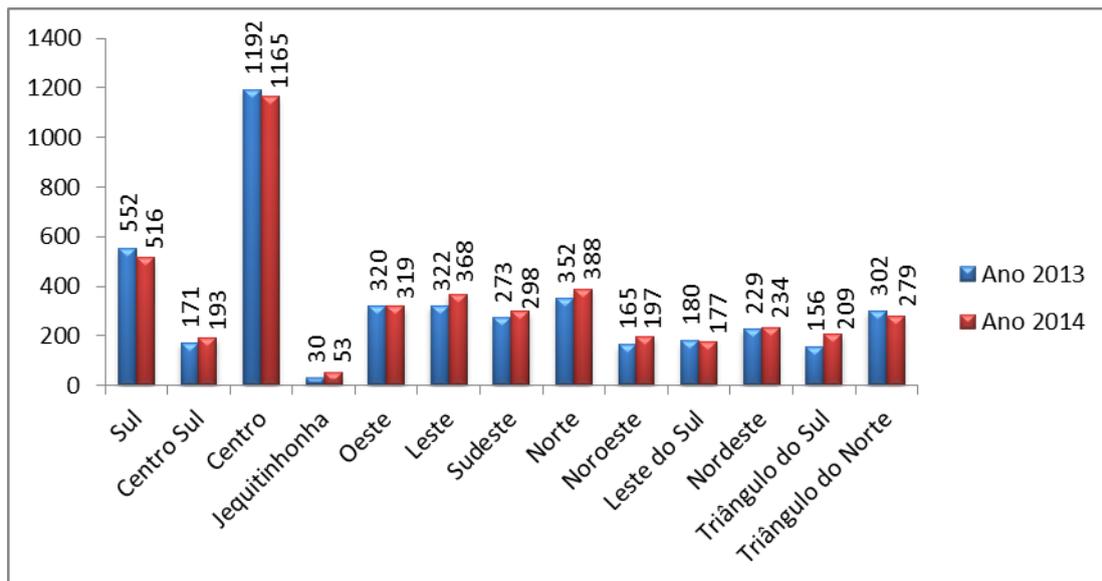
Os acidentes de trânsito constituem um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de óbito no Brasil, e o Estado de Minas Gerais acompanha essa tendência. Segundo dados regionalizados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a proporção das pessoas com 18 anos ou mais de idade que usavam cinto de segurança no banco da frente quando andavam de automóvel, van ou táxi, foi de 86,5% para a região sudeste. Esse dado aponta para a necessidade de que o hábito de usar o cinto de segurança seja estendido para a sua utilização pelos ocupantes do banco de trás dos veículos. Homens e mulheres apresentaram percentuais semelhantes, que aumentam à medida que se eleva o nível de instrução. A proporção de pessoas que sempre usavam capacete quando dirigiam motocicleta, na população de 18 anos ou mais de idade foi de 90,4%, na região sudeste. Ainda representa um desafio que esse hábito seja mais desenvolvido na população residente em área rural.

Para Minas Gerais, observando-se a distribuição dos óbitos relacionados a acidente de transporte segundo



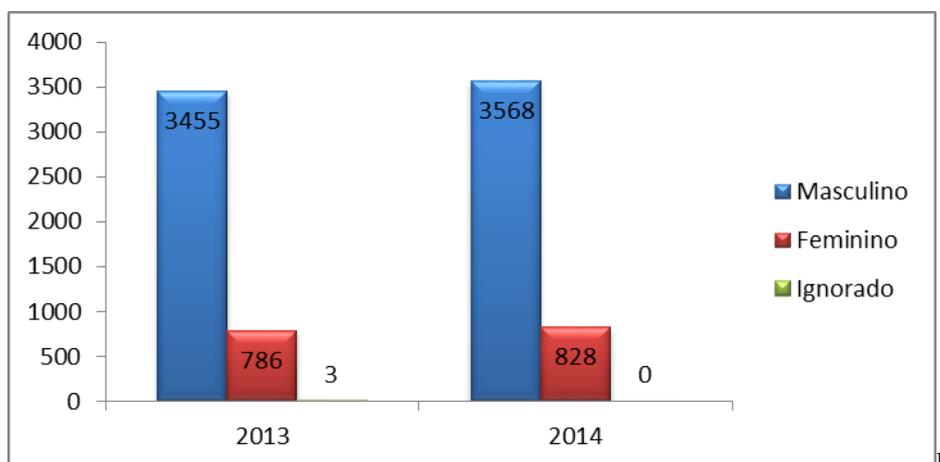
Região Ampliada de Saúde, verifica-se que, em 2013, a Região Ampliada Centro tinha 28% dos casos, seguida da região ampliada Sul com 13%. Em 2014, as mesmas regiões ampliadas de saúde Centro e Sul foram as que tiveram maior percentual com 27,4% e 16,2%, respectivamente. Verifica-se que o sexo masculino apresenta um maior número de mortes por acidentes de trânsito terrestre com 81,5% dos óbitos para 2013 e 81,1% para 2014.

**Gráfico 14 - Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Região Ampliada de Saúde. Minas Gerais, 2013-2014**



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

**Gráfico 15 - Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo Sexo. Minas Gerais, 2013-2014.**

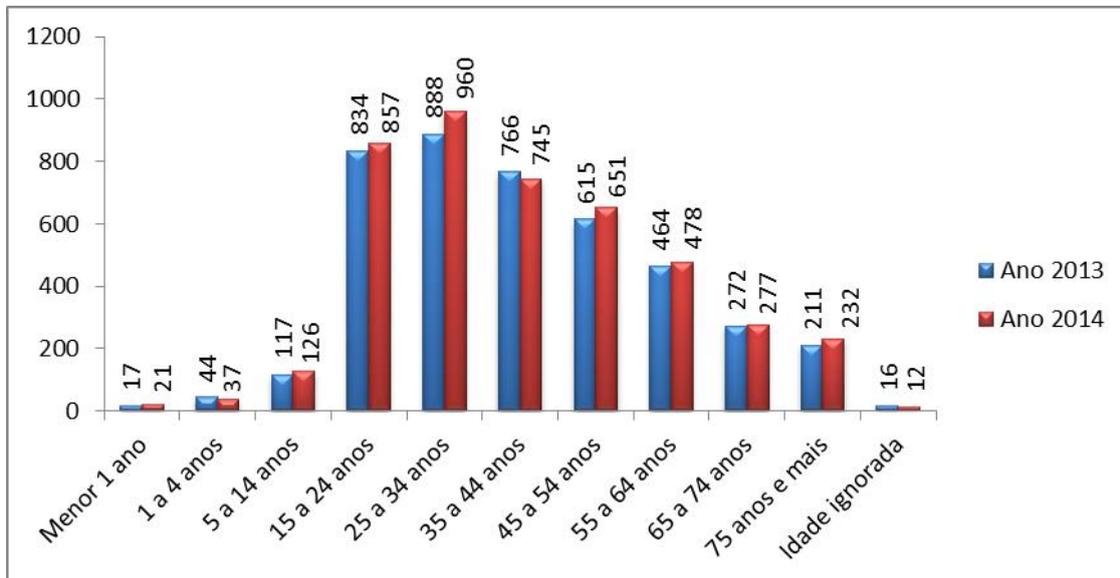


Fonte: MS/SVS/CGIAE/ SIM



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

**Gráfico 16 – Distribuição dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito segundo faixa etária. Minas Gerais, 2013-2014.**



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

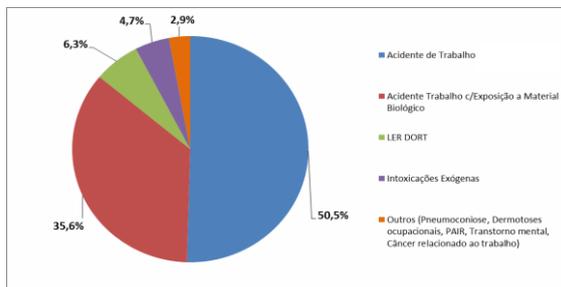
Ao se analisar a taxa de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, segundo Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais (RAS) para o período 2014-2015, observa-se que em todas as regiões ampliadas houve declínio, exceto nas regiões ampliadas Norte, Nordeste e Triângulo do Norte. A região ampliada de saúde que apresentou o maior a taxa de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, para o ano de 2014, foi a Nordeste, seguida pela região ampliada Leste do Sul. Já para o de 2015, foi a Nordeste, seguida pelas regiões Leste e Leste do Sul.

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

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



**Gráfico 17 - Percentual de notificações no SINAN das doenças/agravos de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais, 2015.**



Fonte: SINAN– Acesso: 06 de abril de 2016

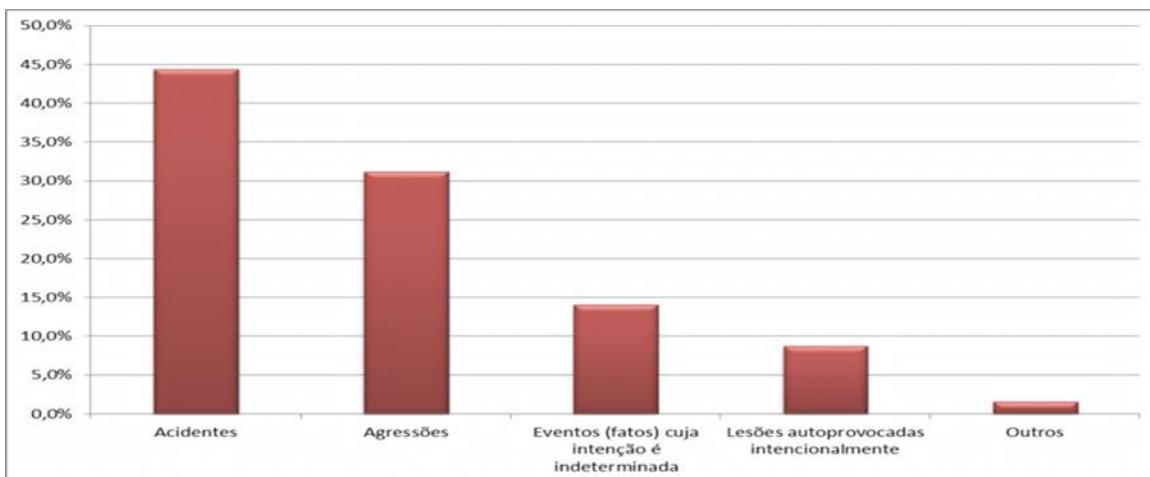
Os faxineiros apresentaram uma grande frequência de DANVISAT no SINAN, estando entre as cinco ocupações mais notificadas em acidente com exposição a material biológico, acidente de trabalho, dermatose ocupacional, LER/DORT, intoxicação exógena e transtorno mental. Os trabalhadores da construção civil,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

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

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



**Gráfico 18 - Frequência relativa (porcentagem) dos óbitos por causas externas de acordo com os Grupos CID-10, Minas Gerais, 2015.**



Fonte: SIM - Acesso: 05 de abril de 2016

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

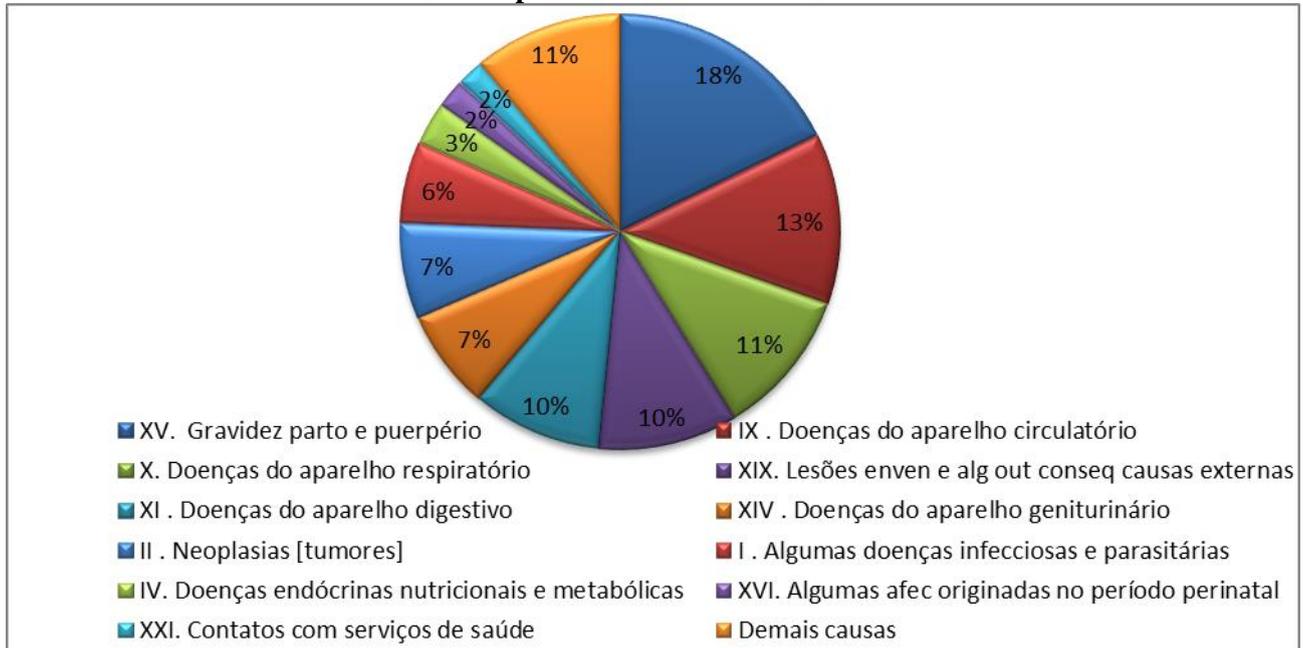
No SIM, verificou-se a proeminente ausência dos dados que relacionam o óbito por causa externa ao acidente de trabalho. Do total de 13.634 óbitos, em mais de 10.500 o acidente de trabalho foi registrado como “não informado” ou “ignorado”.

## **PERFIL DA MORBIMORTALIDADE**

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



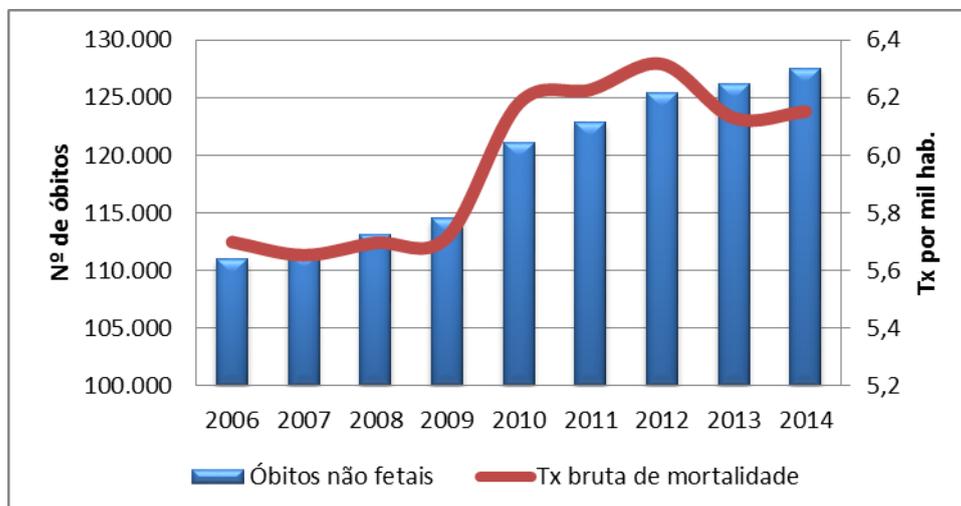
**Gráfico 19 - Distribuição proporcional (%) das internações no SUS pelos principais Capítulos de causas da CID-10 por residência - Minas Gerais 2013-2015.**



Fonte: SIH/SUS/Ministério da Saúde (dados atualizados em 25/02/2016).

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

**Gráfico 20 - Evolução do número total de óbitos não fetais e da Taxa bruta de mortalidade (x mil habitantes) por residência - Minas Gerais, 2006 a 2014.**





**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

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



**Tabela 6 - Número de internações no SUS, coeficiente de internação (x 100 mil habitantes), valor total gasto (em R\$), valor médio por internação (em R\$), média de permanência hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar (x 100 internações) por residência - Minas Gerais, ano processamento 2015.**

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



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

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

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



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

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

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

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

**Legenda:**

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

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

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

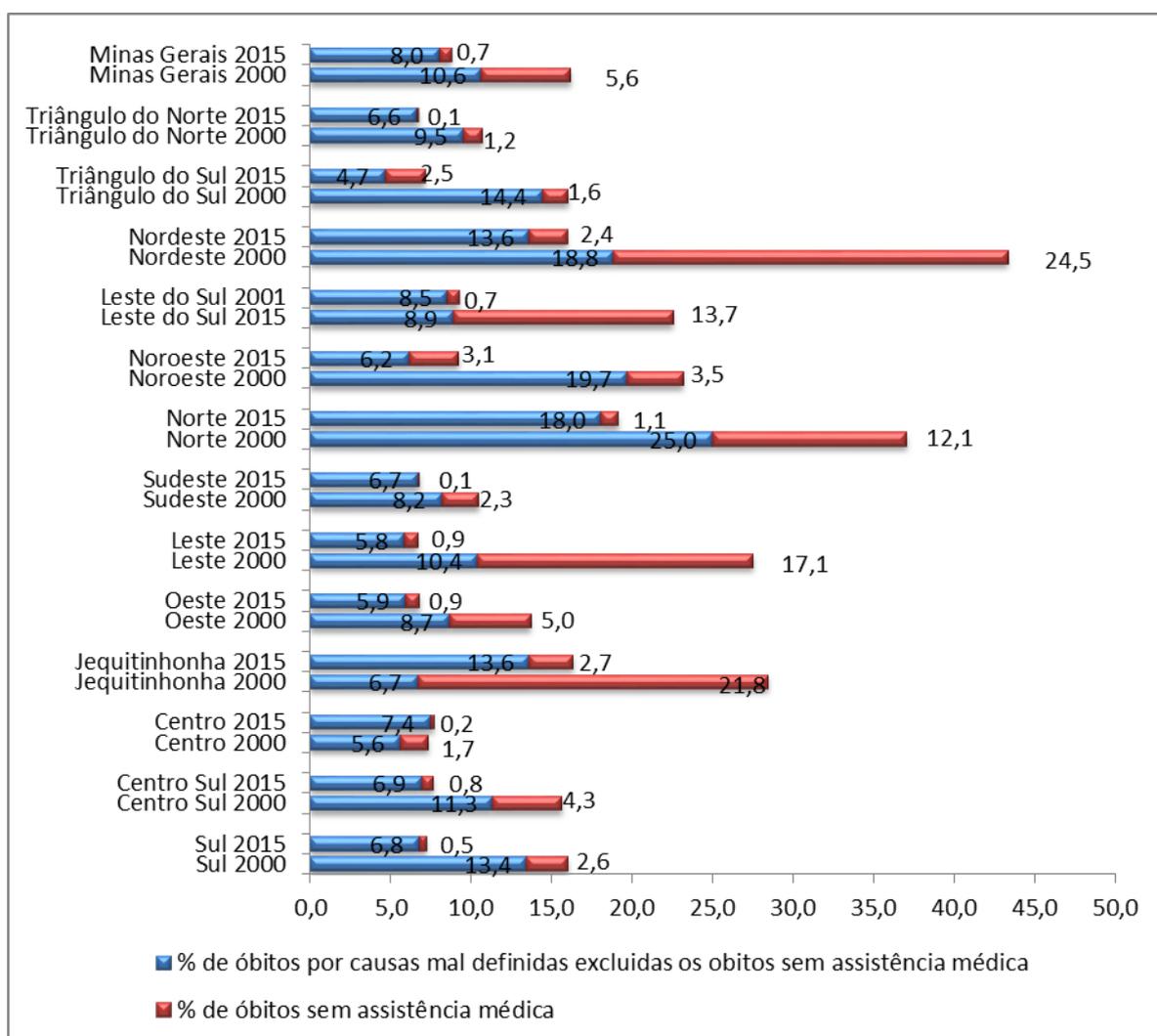
No ano 2013, em Minas Gerais ocorreram 20.240 óbitos por todas as neoplasias (11.128 óbitos em homens e 9.107 óbitos em mulheres). As taxas brutas de mortalidade foram 113,91 óbitos por 100 mil homens e 90,29 óbitos por 100 mil mulheres. Por sexo, as cinco principais taxas brutas de mortalidade foram: Homens: próstata (14,1); traquéia/brônquios/pulmão (13,8); estômago (10,2); esôfago (8,8); cólon/reto/ânus (6,5), por 100 mil homens mineiros - Mulheres: mama (12,8); traquéia/brônquios/pulmão (8,3); cólon/reto/ânus (7,2); estômago (4,9); colo do útero (3,9), por 100 mil mulheres mineiras.

As **causas mal definidas de óbitos** são um importante indicador de qualidade de informação e,

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

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

**Gráfico 21- Proporção de óbitos por causas mal definidas e sem assistência médica, segundo Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000 e 2015.**



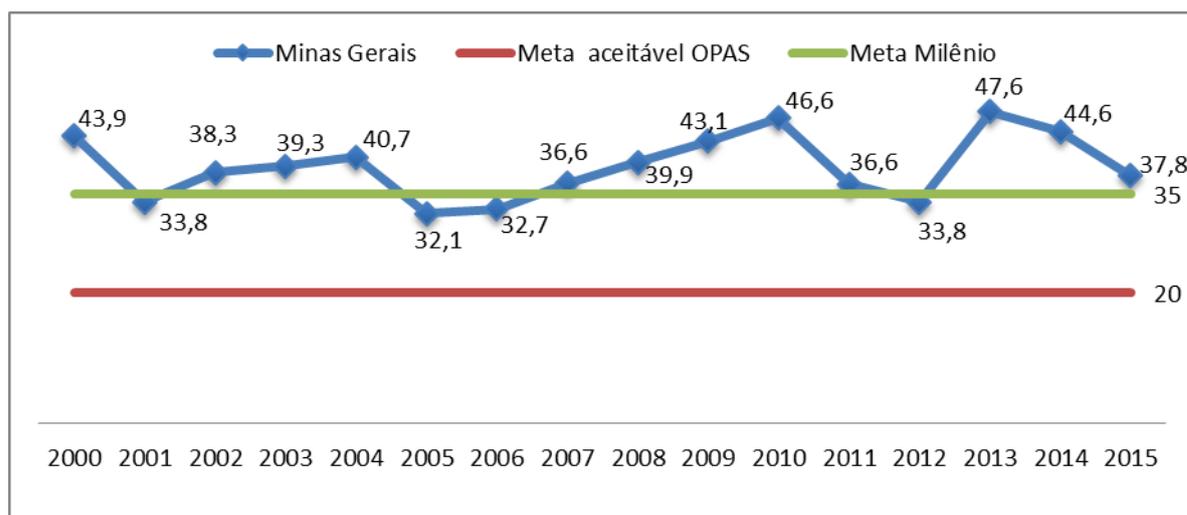
Fonte: Ano 2000 SIM/DATASUS Ano 2015 dados parciais SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Considerando a importância de elucidar as causas de óbitos mal definidas relacionados a eventos de

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

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

**Gráfico 22 - Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, Minas Gerais, 2000-2015.**

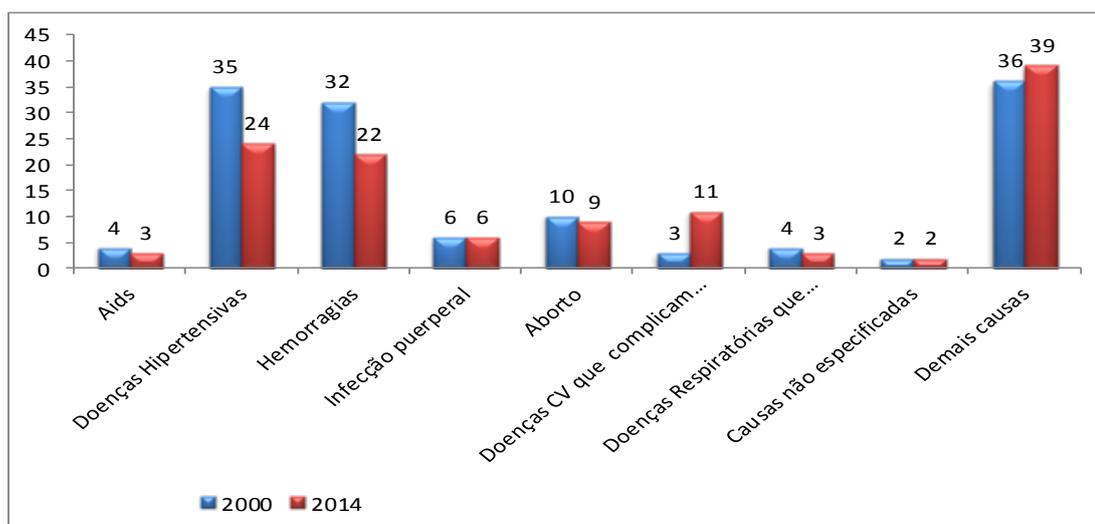


Fonte: Anos 2000 a 2013 SINASC/SIM/DATASUS Anos 2014 e 2015 dados parciais SINASC/SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Apesar da RMM em MG ter se mantido abaixo de 50,0/ n.v. 100.000 em todo o período, as desigualdades entre as RAS Saúde apresentaram valores superiores. No período de 2000 a 2015 as maiores RMM foram verificadas nas RAS de Jequitinhonha com RMM (161,9 em 2004; 100,5 em 2010 e 105,0 em 2011) e em 2013 nas RAS Norte (94,8) e Nordeste (96,8). Em 2014, observa-se uma pequena redução, mas ainda apresentando razões elevadas nas RAS Norte 85,5; Leste 60,7 e Triângulo do Sul 50,5.

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

**Gráfico 23 - Frequência de óbitos maternos segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2000 e 2014.**



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

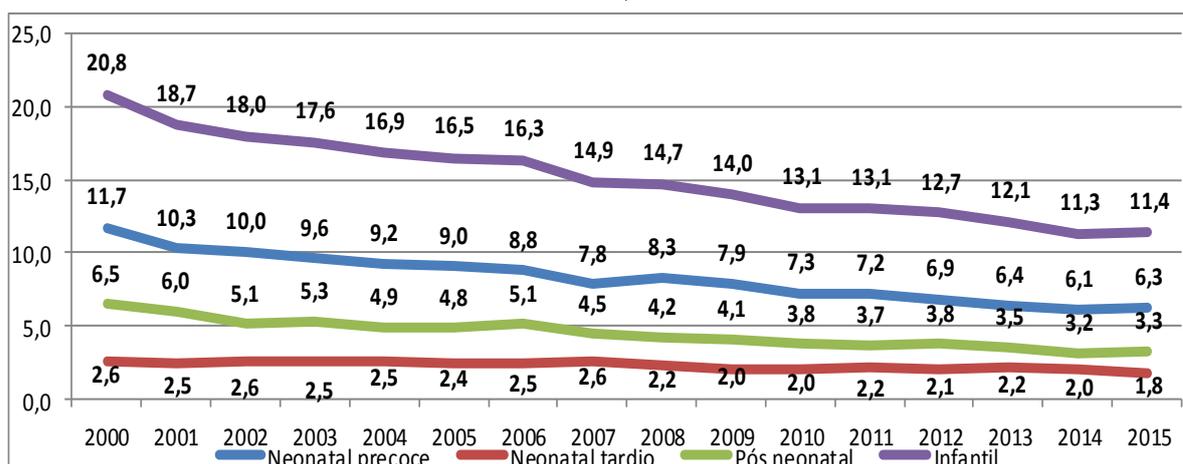
A taxa de **mortalidade infantil** (TMI) é um dos indicadores mais sensíveis de condição de vida e acesso aos serviços de atenção à saúde materno infantil. Expressa também as desigualdades entre regiões. Mede o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de vida.

Por outro lado, o risco de óbito não é homogêneo durante o primeiro ano de vida e está relacionado a causas que, embora possam vir a ocorrer em todo o período, se distribuem de forma desigual nas fases da infância. Por essa razão, para se identificar os fatores de riscos e intervenções que os minimizem, faz-se o desdobramento da mortalidade infantil em três períodos: a) menos de 7 dias, denominado neonatal precoce; b) de 7 a 27 dias, que corresponde ao período neonatal tardio; e c) de 28 dias a menos de 12 meses, e que é o período pós-neonatal.

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

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

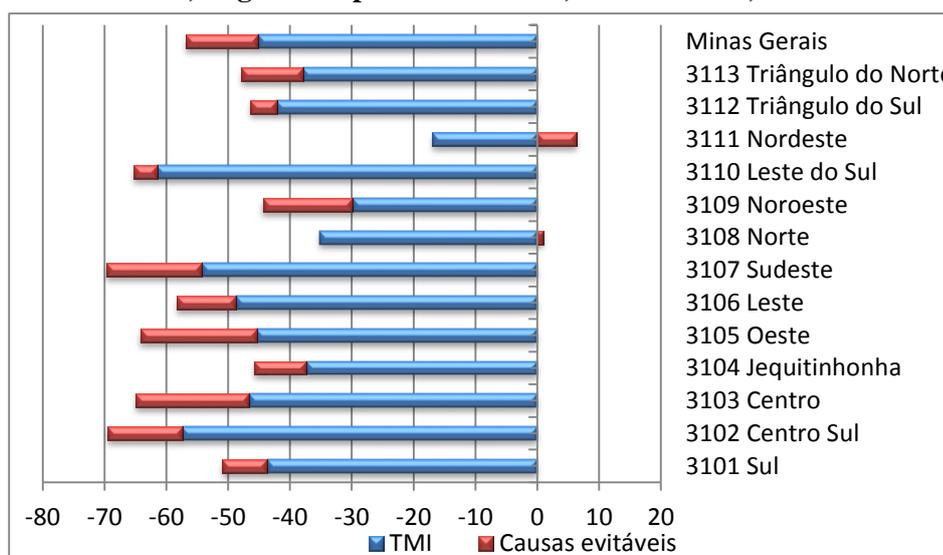
**Gráfico 23 - Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal precoce, Neonatal Tardia e Pós-neonatal, Minas Gerais, 2000-2015.**



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

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

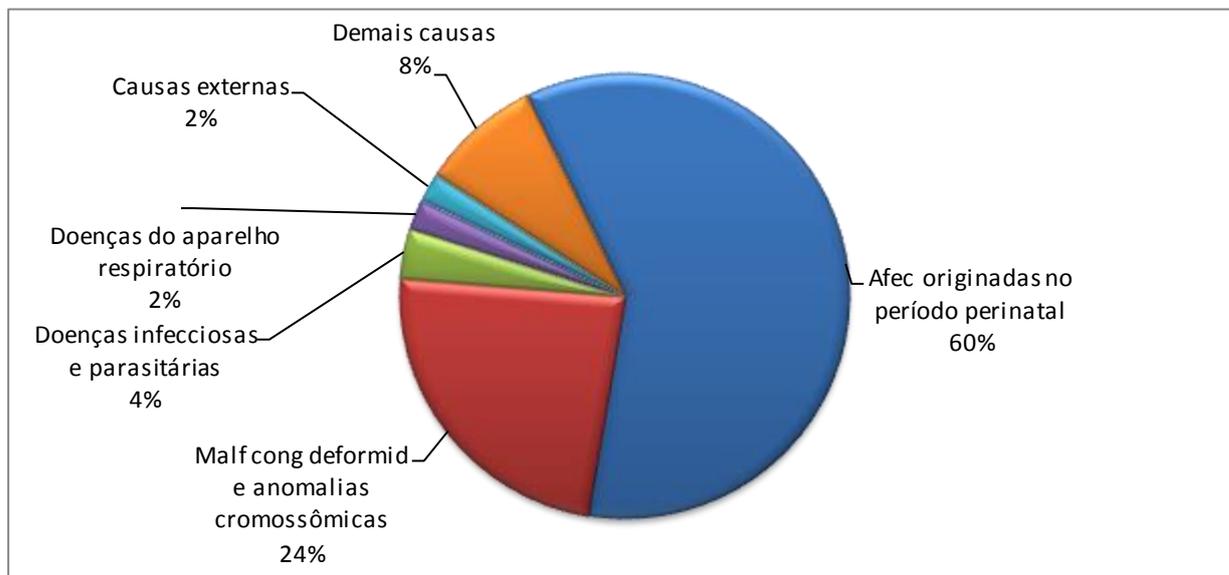
**Gráfico 24 - Variação das Taxa de Mortalidade Infantil e Proporção de óbitos por causas evitáveis, Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2000-2015.**



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

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

**Gráfico 25 – Proporção de óbitos infantis segundo grupo de causas, Minas Gerais, 2015.**



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG. Dados parciais



**ANEXO 3 – PROGRAMAÇÃO DAS OFICINAS REGIONAIS DE ATIVADORES DE EPS PARA ELABORAÇÃO DO PEEPS DE MINAS GERAIS**

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
<b>DIA 1</b>	13:30 – 14:00	<b>CRENCIAMENTO CAFÉ COM PROSA</b>
	14:00 – 14:15	<b>ABERTURA e APRESENTAÇÃO DO GRUPO CONDUTOR</b>
	14:15 – 14:45	<b>APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>
	14:45 – 15:00	<b>APRESENTAÇÃO DOS MARCOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>
	15:00 – 15:30	<b>RODAS DE CONVERSA (3 GRUPOS)</b> <i>Linha do Tempo da EPS/Experiências Exitosas/Características que a tornam uma experiência de EPS.</i>
	15:30 – 16:00	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL</b>
	16:00 – 16:30	<b>RODAS DE CONVERSA (3 GRUPOS)</b> <i>Ações de EPS: Forças (oportunidades) e Fraquezas (ameaças)</i>
	16:30 – 17:30	<b>APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS</b> <i>Cada grupo irá apresentar as principais ideias discutidas e registrar em filipetas.</i>
	17:30	<b>ENCERRAMENTO</b>
DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
	08:30 – 09:00	<b>CAFÉ COM PROSA</b>



<b>DIA 2</b>	09:00 – 09:30	<b>RODAS DE CONVERSA (3 GRUPOS)</b> <i>Construção Coletiva da compreensão de: Educação Permanente em Saúde/Educação Continuada em Saúde/Educação em Saúde/Educação Popular</i>
	09:30 – 10:30	<b>APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS</b> <i>Cada grupo irá apresentar sua compreensão de EPS e colar as filipetas.</i>
	10:30 – 11:30	<b>REFLEXÃO SOBRE A COMPREENSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR.</b>
	11:30 – 12:00	<b>VÍDEO: QUADRILÁTERO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.</b>
	13:30 – 14:15	<b>DINÂMICA:</b> caneta, barbante e garrafa pet <b>VIDEO MOTIVACIONAL: MONTAGEM DA BICICLETA.</b>
	14:15 – 14:45	<b>RODAS DE CONVERSA (3 GRUPOS)</b> <i>De que forma posso ser ativador de EPS no território?</i>
	14:45 – 16:00	<b>APRESENTAÇÃO DOS GRUPO</b> <i>Cada grupo irá apresentar as principais ideias discutidas e registrar nas filipetas.</i>
	16:00 – 16:30	<b>REFLEXÃO IDENTIFICANDO AS IDEIAS SEMELHANTES E QUESTÕES DE DISSENSO, DE MODO QUE OS REGISTROS DAS FACILIDADES E DIFICULDADES SEJAM CONSENSUADAS, JUNTAMENTE COM OS PARTICIPANTES.</b>
	16:30 – 17:00	<b>ESCUITA DOS PARTICIPANTES: AVALIAÇÃO PRESENCIAL DA OFICINA</b>
	17:00 – 17:30	<b>ANALISE DA COMPREENSÃO DOS PARTICIPANTES/ ORIENTAÇÃO GERAL/ CERTIFICAÇÃO</b>



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.198-GM, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2200 GM, 14 de setembro de 2011. Recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3194, 28 de novembro de 2017. Recursos para capacitação das equipes da Atenção Primária. Brasília, DF. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al . A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis, Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Botucatu**, v. 9, n. 16, p.161-177, 2005.



FERRAZ F, BACKES VMS, MERCADO-Martinez FJ, FEUERWERKER LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Cien. Saúde Colet.**, v. 18 n. 6, p. 1683-1693, 2013.

LOPES SRS, PIOVESAN ETA, MELO LO, PEREIRA MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun. Cien. Saúde**, v. 18, p. 147-155, 2007.

MENDONÇA FF, NUNES EFPA, GARANHANI ML, Gonzalez AD. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Cien. Saude Colet.** v. 15, n. 5, p.2593-2602, 2011.

NESPOLI G, RIBEIRO VMB. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15 n. 39, p. 985-996, 2011.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, Bahia L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, c2011.

PINTO ICM, TEIXEIRA CE. Formulação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad Saúde Pública**; v. 27, n. 09, p.1777-1788, 2011.

7- YAKAMOTO TS, MACHADO MTC, SILVA Jr AG. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n 3, p. 617-637, 2015.