
Plano Estadual de Saúde

2012 - 2015



SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS



Governador de Estado

Antônio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões

Chefe de Gabinete

Marta de Sousa Lima

Subsecretaria de Gestão Regional

Gilberto José Rezende dos Santos

Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

João Luiz Soares

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

Maurício Rodrigues Botelho

Subsecretaria de Regulação em Saúde

Maria Letícia Duarte Campos

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

Carlos Alberto Pereira Gomes

Grupo de Governança e Articulação Estratégica

Francisco Tavares Junior

Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação

Poliana Cardoso Lopes

Elaboração, Organização e Informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Grupo de Governança e Articulação Estratégica

Cidade Administrativa

Rodovia Prefeito Américo Gianetti - Serra Verde CEP: 31630-900

Tel. (31) 3916-0651

planoestadual@saude.mg.gov.br

Equipe:

Francisco Antônio Tavares Junior (Coordenador)

Amanda Carmen Silva Nascimento

Priscila Fernanda Morais Chaves

Caroline Gomes de Souza

Bruna de Castro Salviano Nicolato

Ana Lesia Subotin Tavares

Angélica Costa Machado

Participação na elaboração:

Áreas técnicas da SES/MG

Escola de Saúde Pública

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais

Fundação Ezequiel Dias

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
AGTI/SES – Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
ASS – Atenção Secundária à Saúde
AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem
AVPAI – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
AVPI – Anos de Vida Perdidos por Incapacidade
AVPMP – Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura
B-RES – Base de Registros Eletrônicos em Saúde
CAGEP – Casa de Apoio à Gestante e à Puérpera
CACON – Centro Oncológico de Atenção à Saúde
CAETAN – Centro Ambulatorial de Especialidade Tancredo Neves
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Especializado para Infância e Adolescência
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Especializado para Usuários de Álcool e Outras Drogas
CCC – Centro de Convivência e Cultura
CEDEPLAR – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Minas Gerais
CES – Conselho Estadual de Saúde
CETEBIO – Centro de Tecidos Biológicos
CGU – Controladoria Geral da União
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço
CIRA – Comissão Intergestores Regional Ampliada
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CRO – Conselho Regional de Odontologia
COSEMS– Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais
CRM – Conselho Regional de Medicina
CVVRS – Centros Viva Vida de Referência Secundária
DECIT/SCTIE – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos Técnicos do Ministério da Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DRU – Desvinculação das Receitas da União
ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FA – Fator de Alocação
FAPEMIG – Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FJP – Fundação João Pinheiro
FUNED – Fundação Ezequiel Dias
GRS – Gerências Regionais de Saúde
HEMOMINAS – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HUCF – Hospital Universitário Clemente de Faria
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INS – Índice de Necessidades em Saúde
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPE – Índice de Porte Econômico
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
NEP – Núcleo de Educação de Permanente
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAD-MG – Pesquisa por Amostra de Domicílios
PAS – Programação Anual de Saúde
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEPD – Programa de Educação Permanente à Distância
PES – Plano Estadual de Saúde
PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PRODEMGE – Companhia de Tecnologia da Informação de Minas Gerais
PRO-HOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS
PROUNI – Programa Universidade para Todos
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SETS – Sistema Estadual de Transporte em Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Primária
SIGAF – Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
UA – Unidade de Acolhimento
UNACON – Unidade Oncológica de Atenção à Saúde
UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

PARTE I – INTRODUÇÃO.....	9
APRESENTAÇÃO.....	10
O MODELO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
O CICLO DE PLANEJAMENTO.....	25
O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO.....	40
PARTE II – ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE.....	51
APRESENTAÇÃO.....	52
O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	53
A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS NAS REGIÕES AMPLIADAS DE SAÚDE.....	66
AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, CONDIÇÕES MATERNAS, PERINATAIS E DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS.....	70
AS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	75
AS CAUSAS EXTERNAS.....	81
PARTE III - DIRETRIZES E METAS.....	85
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	86
PRIORITÁRIAS ORGANIZADAS A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	86
APRESENTAÇÃO.....	87
Atenção Primária à Saúde.....	89
Redes de atenção à saúde prioritárias (Pontos de atenção à saúde secundários e terciários).....	90
Sistemas de apoio das redes.....	90
Sistemas logísticos das redes.....	90
Governança das redes.....	90
DIRETRIZES.....	98
ÁREA TEMÁTICA: Atenção Primária à Saúde.....	99
ÁREA TEMÁTICA: Urgência e Emergência.....	103
ÁREA TEMÁTICA: Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.....	107
ÁREA TEMÁTICA: Saúde Mental.....	111
ÁREA TEMÁTICA: Saúde do Idoso e Doenças Crônicas.....	117
ÁREA TEMÁTICA: Atenção Terciária.....	123
ÁREA TEMÁTICA: Vigilância em Saúde.....	131
ÁREA TEMÁTICA: Assistência Farmacêutica.....	137

ÁREA TEMÁTICA: Regulação e Auditoria	143
ÁREA TEMÁTICA: Sistemas Logísticos e Sistemas de Apoio às Redes de Atenção à Saúde.....	148
ÁREA TEMÁTICA: Produção, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.....	155
ÁREA TEMÁTICA: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....	163
ÁREA TEMÁTICA: Governança	172
ÁREA TEMÁTICA: Processos de Apoio	177
ANEXOS.....	181
Anexo 1 –Outras redes temáticas componentes da Diretriz:	181
SAÚDE BUCAL	181
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	185
ATENÇÃO À SAÚDE PARA OS PRIVADOS DE LIBERDADE.....	188
ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	191
ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR.....	194
DOENÇAS COMPLEXAS.....	197
ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.....	201
Anexo 2 – Deliberação de aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2012-2015	203
Anexo 3 – Fator de alocação por município.....	205
Anexo 4 – Mapa Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	228
Anexo 5 – Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011	229
Anexo 6 – Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2012 – MINAS GERAIS ...	247
Anexo 7 – Funcionograma	248

PARTE I – INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

A GOVERNANÇA DO SUS

O CICLO DE PLANEJAMENTO

O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Prezados(as) Conselheiros(as),

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

O Plano Estadual de Saúde, aqui apresentado e aprovado na Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do dia 28 de setembro de 2012, é um importante instrumento de planejamento que explicita as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, compreendido entre 2012 e 2015.

Para que as reais necessidades da população fossem contempladas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, foi debatido amplamente com o Conselho Estadual de Saúde.

Durante os meses de julho, agosto e setembro ocorreram 19 reuniões entre a Secretaria de Estado de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, com a finalidade de discutir as diretrizes, respostas sociais, metas e público-alvo abordados no Plano Estadual de Saúde.

Cada uma das reuniões havia uma linha temática, como exposto no quadro abaixo. Obtivemos um total de 306 participantes sendo 84 pessoas da SES, 207 do controle social, 14 representantes das vinculadas e uma pessoa de outro órgão do Estado.

	TEMA	DATA E HORÁRIO REUNIÃO	Nº PARTICIPANTES TOTAL	Nº PARTICIPANTES SES	Nº PARTICIPANTES CONTROLE SOCIAL	Nº PARTICIPANTES OUTROS ÓRGÃOS DO ESTADO	Nº PARTICIPANTES VINCULADOS
1	Saúde em Casa	3/7/2012	22	5	14	-	3
2	Viva Vida e Mães de Minas	17/7/2012	19	6	13	-	-
3	Assistência Farmacêutica	17/7/2012	30	11	15	-	4
4	Urgência e Emergência	30/7/2012	9	2	7	-	-
5	Práticas Integrativas Complementares e Transporte Estadual de Saúde	30/7/2012	13	5	8	-	-
6	Hiperdia	31/7/2012	11	3	8	-	-
7	Pro-Hosp	31/7/2012	17	5	12	-	-
8	Saúde Mental	6/8/2012	21	5	16	-	-
9	Gestão do Trabalho (Ações Educacionais e Gestão de Pessoas)	7/8/2012	18	4	14	-	-
10	Educação Permanente	21/8/2012	15	2	13	-	-
11	FHEMIG	21/8/2012	16	2	13	-	1
12	Sem informação	27/8/2012	11	1	10	-	-
13	Regulação	28/08/2012, MANHÃ	14	4	10	-	-
14	Sistemas logísticos e sistemas de apoio	28/08/2012, TARDE	13	5	8	-	-
15	Vigilância em Saúde	03/09/2012, MANHÃ	20	10	10	-	-
16	Mais Vida	03/09/2012, TARDE	19	8	10	1	-
17	Funed , Hemominas e PPSUS	04/09/2012, MANHÃ	23	2	15	-	6
18	Canal Minas Saúde/ Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde/ UNIMONTES	05/09/2012, MANHÃ	8	1	7	-	-
19	Canal Minas Saúde/ Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde/ UNIMONTES	05/09/2012, TARDE	7	3	4	-	-
TOTAL			306	84	207	1	14

Os temas eram apresentados pelos responsáveis e discutidos com os representantes do conselho. Foram expostos questionamentos e sugestões sendo respondidos e aceitas, quando pertinente, visando contribuir para a melhoria da assistência a saúde da população.

Essas reuniões foram o meio encontrado para concretização do Plano, de forma democrática e deliberada, através da construção social entre SES, CES, vinculadas e órgãos do Estado.

Vale ressaltar que tais incorporações e o debate com o Conselho não tiveram como intenção, unicamente, o cumprimento de uma exigência legal. A SES-MG tem como pressuposto que o planejamento, quando realizado de forma participativa, permite maior mobilização dos envolvidos nas ações previstas, além de ser capaz de sensibilizar e comprometer esses atores com a transformação de uma dada realidade.

Nesse sentido, em harmonia com o preceito da Gestão para Cidadania, cuja proposta remete ao Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2011-2030, a sociedade é vista não somente como destinatária, mas como parceira e peça fundamental para o sucesso das políticas públicas aqui propostas.

Por fim, a elaboração do plano considerou e incorporou as importantes conquistas dos últimos oito anos de governo. Conquistas essas, que tornaram Minas Gerais uma referência nacional em governança pública do SUS.

O plano que se apresenta tem a marca da continuidade com inovação. Essa nova versão é dividida em três partes. Na primeira, são apresentados o modelo e as diretrizes da organização do Sistema Único de Saúde e da administração pública em Minas Gerais, considerando sua visão de futuro, sendo destacado, ao final, o processo de regionalização das ações e serviços de saúde executado no Estado. Essa contextualização inicial é importante, tendo em vista que os objetivos e metas aqui expostos devem estar vinculados diretamente às estratégias do sistema estadual de saúde e do Governo de Minas.

A segunda parte apresenta a análise situacional de saúde de Minas Gerais, onde são descritas e analisadas as principais características demográficas e de morbimortalidade do Estado. Esse diagnóstico permitiu o estabelecimento de estratégias prioritárias para a organização do sistema estadual de saúde e a

superação dos principais problemas de saúde com consequente melhoria da qualidade de vida da população mineira.

A terceira e última parte do PES 2012-2015 apresenta a materialização do planejamento para o SUS em Minas Gerais, com a explicitação das propostas de ação e dos resultados a serem perseguidos no período em questão. Nela, estão descritas as diretrizes, respostas sociais e metas das diversas áreas temáticas que compreendem os programas, projetos e ações a serem executados pelas organizações que compõem o sistema estadual de saúde.



Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário de Estado de Saúde e Gestor do SUS/MG

O MODELO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

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

Tal mudança de orientação passou a exigir a convergência das políticas públicas relacionadas à garantia da atenção à saúde dos indivíduos e da coletividade. Foi necessário, também, que a responsabilidade por estas políticas fosse compartilhada pelos três entes federativos do país - União, Estados e Municípios - com comando único e atribuições próprias em cada um deles, o que gerou a redefinição de seus papéis ⁽¹⁾.

Considerando as competências definidas na Lei nº 8.080/1990, é possível observar que o município assumiu um papel preponderante na execução e no gerenciamento dos serviços e ações de saúde. Observa-se que, nos primeiros anos após a criação do SUS, estabeleceu-se um movimento forte de transferência não só dos serviços e ações para os municípios, mas, também, de poder, responsabilidades e recursos ⁽³⁾.

Avalia-se que a adoção da descentralização, com ênfase na municipalização, favoreceu, sobremaneira, a desconcentração e a capilarização dos serviços de saúde, com conseqüente ampliação do acesso da população, bem como a criação de estratégias de atenção inovadoras ⁽¹⁾.

Entretanto, esse movimento não contemplou a integração dos municípios nem de seus pontos de atenção, o que inviabilizou a conformação de sistemas regionais de saúde para além dos serviços municipais. Em parte, isto se deve ao fato de que durante a primeira década de implantação do SUS, as Secretarias Estaduais de Saúde detinham baixa capacidade institucional e possuíam certa indefinição quanto suas novas funções.

A fragilidade do ente estadual, num contexto de limitada capacidade financeira e gerencial dos municípios de proverem os serviços demandados pela população, acabou por prejudicar a articulação e a conformação de redes regionalizadas de saúde, função, esta, necessária para o estabelecimento de um sistema integral, resolutivo e equânime ⁽⁴⁾.

Em meados da década de 1990, visando aprimorar a estratégia de descentralização até então executada, foram instituídos espaços para a gestão colegiada dos três entes, por meio das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites. Mesmo assim, ao final da década, era possível observar um agravamento das desigualdades intra e inter-regionais do provimento da atenção à saúde e na consolidação do SUS ⁽⁵⁾.

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

Esse processo deu ênfase ao papel da gestão estadual na descentralização do SUS, principalmente no que tange ao planejamento regional, vide os planos diretores instituídos ⁽⁶⁾. Tal movimento reafirmou a importância das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde, impulsionando a regionalização como estratégia para a descentralização das ações e serviços de saúde.

Entretanto, essas iniciativas não se mostraram suficientes para alterar qualitativamente o processo de conformação das regiões de saúde, tendo em vista

que não contemplaram a dimensão da complexidade da gestão regional num contexto de diversidade e heterogeneidade dos territórios.

Nesse sentido, na segunda metade da primeira década dos anos 2000, uma nova concepção de regionalização foi adotada, considerando tal diversidade territorial, bem como resgatando o conteúdo político deste processo. Reforçou-se o protagonismo das instâncias estaduais na condução da regionalização, com fomento à expansão das experiências de negociação e planejamento regional ⁽⁴⁾.

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

É certo que a implementação de um sistema universal de saúde com as características do SUS apresenta desafios inerentes a um processo de execução de políticas públicas no modelo de federalismo brasileiro. Com o caminho até o momento percorrido, fica evidente o papel de destaque das Secretarias Estaduais de Saúde na condução política das redes de atenção à saúde e no estabelecimento de configurações e ferramentas de gestão solidária e cooperativa, com vistas ao “aprimoramento da coordenação federativa do processo de regionalização” ⁽⁶⁾.

*De maneira geral, o **federalismo** é uma forma de Estado na qual os estados se unem para formar uma organização mais ampla – a nação ou estado central. Em um sistema federalista, os estados membros que o integram conservam sua autonomia em seus territórios. Existem diferentes formas de se organizar as relações entre os governos subnacionais e o federal. Para conhecer e atuar na política de saúde brasileira é importante considerar a trajetória histórica do federalismo no país e sua conjuntura atual, pois a sua conformação influencia o modelo de oferta de ações e serviços de saúde à população ⁽²⁾.*

Abordando especificamente a SES-MG, é possível identificar alguns desafios postos neste cenário, nos quais destacam-se a necessidade de consolidar os espaços de governança regional, aprimorando sua capacidade de planejamento regional, bem

como desenvolver o monitoramento e a avaliação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

ATOES ESSENCIAIS PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

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

I) por subordinação administrativa:

- a) o Conselho Estadual de Saúde - CES; e
- b) a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP/MG;

II) por vinculação:

- a) a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais - HEMOMINAS;
- b) a Fundação Ezequiel Dias - FUNED; e
- c) a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG.

Cabe salientar ainda que na Unidade Orçamentária Fundo Estadual de Saúde estão previstos recursos referentes a ações de saúde cuja execução é compartilhada com outros órgãos estaduais, como a COPANOR (com orçamento do Fundo de Saúde somente até 2014), a UNIMONTES, a Secretaria de Estado de Esporte e Juventude e a Secretaria de Estado de Defesa Social.

Em consonância aos princípios e diretrizes do SUS, o sistema estadual de saúde em Minas Gerais, é composto pelas seguintes estruturas de gestão.

- **Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG)**

Responsável pela gestão estadual do SUS em Minas Gerais e tem como finalidade planejar, organizar, dirigir, coordenar, executar, controlar e avaliar as políticas de saúde pública no Estado. Compete ainda a esta instância, supervisionar as instituições que integram sua área de competência.

Missão

Formular, regular e fomentar as políticas de saúde, consolidando as redes de atenção à saúde em todas as regiões sanitárias do Estado.

Visão

Ser um Estado referência em saúde pública -onde se vive mais e melhor.

Atributos da visão de futuro:

- Equidade;
 - Universalidade;
 - Integralidade;
 - Inovação; e
 - Cidadania.
-
- **Conselho Estadual de Saúde (CES)**

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

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

As reuniões ordinárias e extraordinárias são realizadas mensalmente com agendamento prévio e temas definidos de acordo com o estabelecido no Plano Estadual de Saúde/Programação Anual de Saúde e Lei Orçamentária Anual, atuando na organização de debates quanto ao acompanhamento, monitoramento e fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS de Minas Gerais, produzindo

Deliberações aprovando ou fazendo indicações das medidas corretivas que se fizerem necessárias e participação de reuniões no Conselho Nacional de Saúde.

Conforme a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, trata-se de uma instância essencial para o funcionamento das políticas de saúde.

Em Minas Gerais, considerando o espaço de regionalização da saúde no Estado, tem-se como proposta a implantação dos Colegiados Regionais de Conselhos Municipais de Saúde com o objetivo de tratar das questões referentes a nova formatação, prevista no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

Missão

Promover e defender o Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, para que o mesmo tenha eficiência, eficácia e qualidade em prol do povo de Minas Gerais.

Comprometimento em fortalecer o Sistema Único de saúde.

Visão

Ser referência em Minas Gerais, na qualificação dos atores/agentes públicos do controle social no Estado de Minas Gerais.

Valores

- Cidadania;
- Ética;
- Compromisso em defesa do SUS;
- Transparência;
- Diálogo e corresponsabilização;
- Postura crítica;
- Comprometimento com os princípios do SUS

• Fundação Ezequiel Dias (FUNED)

Trata-se de uma das maiores instituições públicas de saúde, ciência e tecnologia do país, que se destaca na produção de medicamentos essenciais e imunobiológicos;

na realização de pesquisas no campo da saúde pública e no monitoramento das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

Missão

Participar da construção do Sistema Único de Saúde, protegendo e promovendo a saúde.

Visão

Ser um patrimônio da saúde pública no País, sendo referência:

- na produção de medicamentos essenciais e imunobiológicos;
- na realização de pesquisas no campo da saúde pública;
- no monitoramento das ações da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;
- na formação e capacitação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.”

Valores

- Competência;
- Compromisso;
- Cooperação;
- Criatividade;
- Equidade;
- Ética;
- Humanização;
- Integridade;
- Proatividade;
- Qualidade;
- Respeito;
- Transparência.

• Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)

Esta fundação é a maior rede de hospitais públicos da América do Sul. Mantém 20 unidades hospitalares – nove situadas no interior e onze na capital – que assistem

a população de Minas e de outros Estados, oferecendo diversos serviços especializados de referência. Destaca-se ainda por ocupar o título de maior centro formador de pós-graduação de profissionais de saúde da América Latina, tanto para médicos quanto enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo a maior mantenedora de residências médicas no Estado.

Missão

Prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais.

Visão

Constituir-se modelo de excelência no País para a promoção da assistência e qualificação hospitalar, tendo como foco:

- Prestar serviços com elevado padrão de qualidade, segurança e humanização;
- Realização de pesquisas e formação de recursos humanos;
- Participação na formulação e condução da política de gestão e qualificação hospitalar para o Sistema Único de Saúde;
- Incorporação e difusão de modernas técnicas de gestão.

Valores

- Compromisso
 - Ética
 - Excelência
 - Formação de mão de obra para o SUS
 - Humanização
 - Qualidade
 - Responsabilidade
- **Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (HEMOMINAS)**

Responsável por organizar o sistema hemoterápico e hematológico do Estado, atuando nas áreas de hematologia, hemoterapia, células e tecidos. A Fundação Hemominas desenvolve também atividades nas áreas de prestação de serviço, assistência médica, ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção, controle de qualidade e educação sanitária.

Missão

Atuar na área de hematologia, hemoterapia, células e tecidos com excelência e responsabilidade social.

Visão

Ser reconhecida como organização de excelência mundial em serviços de saúde.

Valores

- Comprometimento com a melhoria contínua;
 - Conduta orientada pela ética;
 - Responsabilidade social;
 - Respeito e valorização do ser humano.
-
- **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG)**

Com a missão de desenvolver pessoas e produzir conhecimento para a atenção à saúde no âmbito do SUS, contribuindo para a organização do sistema e a melhoria da qualidade do serviço, a ESP/MG vem formando, ao longo dos seus 65 anos, profissionais críticos e capazes de transformar a sua prática cotidiana. A Escola desenvolve também, trabalhos de pesquisa e especialização na área da saúde pública.

Missão

Promover a qualificação de profissionais atuantes no SUS em Minas Gerais, por meio da construção e difusão de conhecimentos gerados a partir da integração ensino-serviço.

Visão

Ser referência em Minas Gerais na qualificação de profissionais para que atuem como agentes de mudanças das práticas do SUS.

Valores

- Ética;
 - Cidadania;
 - Compromisso com os princípios do SUS;
 - Transparência;
 - Diálogo e corresponsabilização;
 - Postura crítica e qualidade.
-
- **Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB Estadual)**

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

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

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

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

Missão

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

Visão

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

Valores

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

O CICLO DE PLANEJAMENTO

A Constituição Federal, em seu artigo 165, determina que o processo de planejamento governamental seja efetivado por meio de três instrumentos:

- Plano Plurianual de Ação (PPA);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Lei Orçamentária Anual (LOA).

Por sua vez, a Constituição Mineira incluiu nesse processo a elaboração do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) e denominou o PPA estadual mineiro de Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG).

Veja no quadro as principais características de cada um desses instrumentos:

PMDI	PPAG Quadrienal	LDO Anual	LOA Anual
<p>Tem como objetivo estabelecer diretrizes de longo prazo para nortear os demais instrumentos PPAG, LDO e LOA. No Período 2011-2030: Incorpora como pilar a Gestão para a Cidadania ancorada em quatro princípios: transparência, prioridades claras, engajamento da sociedade civil e participação com qualidade.</p> <p>Para alcançar a visão de futuro – Tornar Minas o melhor estado para se viver. O PMDI engloba um conjunto de objetivos estratégicos e metas síntese, organizados em 11 Redes de Desenvolvimento Integrado</p>	<p>Norteados pelas diretrizes do PMDI, estabelece o programa de trabalho que será efetivado para que os objetivos almejados pelo PMDI sejam alcançados. Neste processo de trabalho estão detalhados os programas com seus respectivos projetos e processos estratégicos que serão implementados. Deve ser elaborado pelo Poder Executivo e encaminhado à Assembleia Legislativa para aprovação até o dia 30 de setembro do segundo ano de mandato do governo. É revisado e avaliado anualmente.</p>	<p>Segue as orientações do PPAG sendo um elo entre este e a LOA. Cabe a LDO traçar as diretrizes para a elaboração da LOA, assegurar o equilíbrio fiscal das contas públicas, dispor sobre alteração na legislação tributária e estabelecer a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.</p> <p>Na LDO estão expressos também os resultados fiscais de médio prazo para a administração pública e, para o período de vigência da LOA, quais programas e ações do PPAG terão prioridade. Deve ser enviada para a Assembleia Legislativa pelo Poder Executivo até o dia 15 de maio de cada ano.</p>	<p>Conhecida também como Lei de Meios tem a função de especificar os recursos que irão financiar o programa de trabalho definido no PPAG. A LOA corresponde ao programa de trabalho anual do governo. Para tanto, ela detalha os valores da despesa, bem como estima os valores da receita, que darão suporte à execução dos programas de governo. Deve ser enviada para a Assembleia Legislativa pelo Poder Executivo até o dia 30 de setembro de cada ano junto com a revisão do PPAG.</p>

Identifica-se que os instrumentos de planejamento do governo, PPAG, LDO e LOA são interligados e compatíveis entre si devendo ser elaborados de forma articulada concebendo o chamado ciclo orçamentário. Para compreender esse ciclo, observe a figura abaixo:

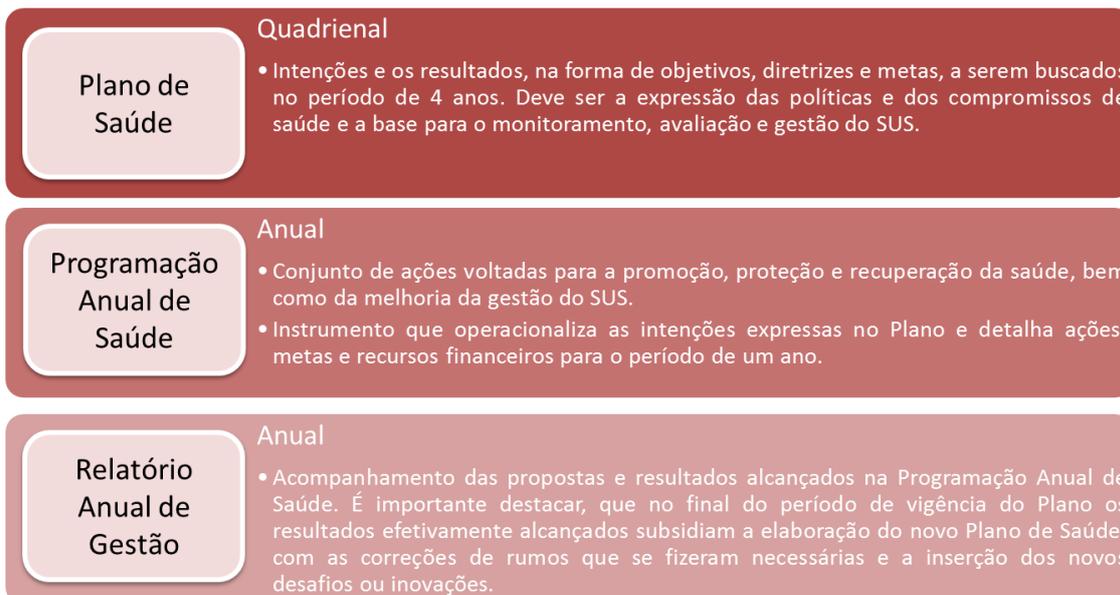
Figura 1: Ciclo Orçamentário



Saiba mais!
Acesse o site
www.planejamento.mg.gov.br
Governo

*De acordo com o art. 12, parágrafo único da Instrução Normativa nº19/2008, cabe ao Conselho **supervisionar** a elaboração da proposta orçamentária no âmbito de sua atuação quanto à sua compatibilidade com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, bem como o Plano de Saúde e suas respectivas programações anuais de saúde e o Plano Anual de Gestão, nos termos do § 2º do art. 195 da Constituição da República, art. 36 da Lei nº8.080/90 e Resolução nº333/03, do Conselho Nacional de Saúde.*

O planejamento da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES-MG), conforme proposta do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), se materializa com a elaboração do Plano Estadual de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão.



Fonte: BRASIL, 2009.

Por fim, da mesma forma que os instrumentos de planejamento do governo, (PPAG, LDO e LOA) os instrumento de planejamento do SUS são interligados e compatíveis entre si, devendo ser elaborados de forma articulada formando um ciclo de planejamento conforme figura 2.

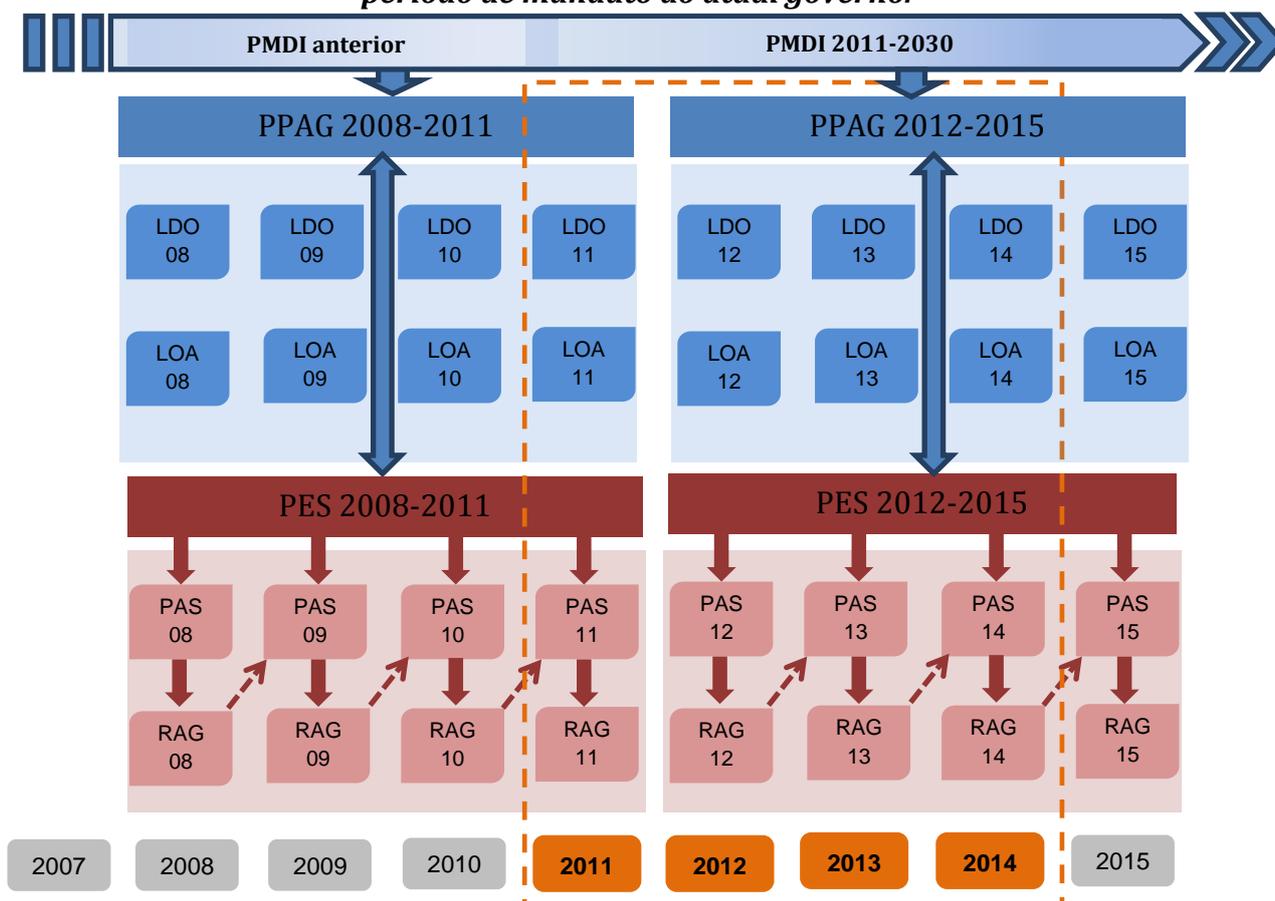
Figura 2: Ciclo do Planejamento em Saúde



Saiba mais!
Acesse o site www.saude.gov.br
Professional e Gestor/PlanejaSUS

Por fim, como pode ser observado anteriormente, planejamento orçamentário e o planejamento em saúde guardam estreita relação entre si. Por meio da figura abaixo se pode evidenciar a relação entre esses ciclos de planejamento e o mandato do atual governador em destaque tracejado.

Figura 3: Relação entre os períodos de planejamento orçamentário e de saúde e o período de mandato do atual governo.



3.1. VISÃO DE FUTURO: PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO

Lançada em 2011, a nova versão do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI 2011-2030 apresenta as diretrizes estratégicas para o desenvolvimento do Estado de Minas Gerais para os próximos 20 anos. Com esta revisão, o Governo de Minas incorpora em sua estratégia, para alcance da visão de futuro de “Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver”, a necessidade de compartilhar responsabilidades e estabelecer ações integradas, com o envolvimento de novos atores na gestão de suas políticas públicas.

Trata-se da adoção do conceito de *Estado Aberto e em Rede*, que possui como pressuposto um modelo de Estado que opera em parceria com a sociedade e atua sob o pilar da Gestão para Cidadania, mantendo a busca pelo equilíbrio fiscal e pela eficiência na prestação dos serviços públicos, bem como fortalecendo sua capacidade de regular a organização social e o desenvolvimento econômico. Neste sentido, a nova versão do PMDI destaca a importância da participação da sociedade civil organizada na priorização e acompanhamento das estratégias governamentais. No entanto, para que essa participação seja possível devem ser respeitados os seguintes princípios: transparência, prioridades claras, engajamento da sociedade civil e participação com qualidade ⁽⁷⁾.

Além disso, o próprio arranjo institucional do Estado para superar os desafios cada vez mais complexos relativos à gestão das políticas públicas passa a incorporar a noção de uma atuação integrada dos diversos atores, promovendo a consolidação do Estado em Rede. Por este motivo, o PMDI 2011-2030 apresenta um novo formato de organização das estratégias e ações, fundamentado na estruturação de redes temáticas de atuação governamental a partir das quais se desdobra o funcionamento da administração pública estadual ⁽⁷⁾.

A estruturação de redes gestoras de políticas públicas trata-se de um método apropriado para administrar projetos e processos que se caracterizam por: limitados recursos financeiros, envolvimento e interrelação de vários atores (públicos e privados; centrais e locais), coexistência de múltiplos fatores condicionantes para sua execução, bem como demanda social crescente e necessidade de participação da população ⁽⁸⁾.

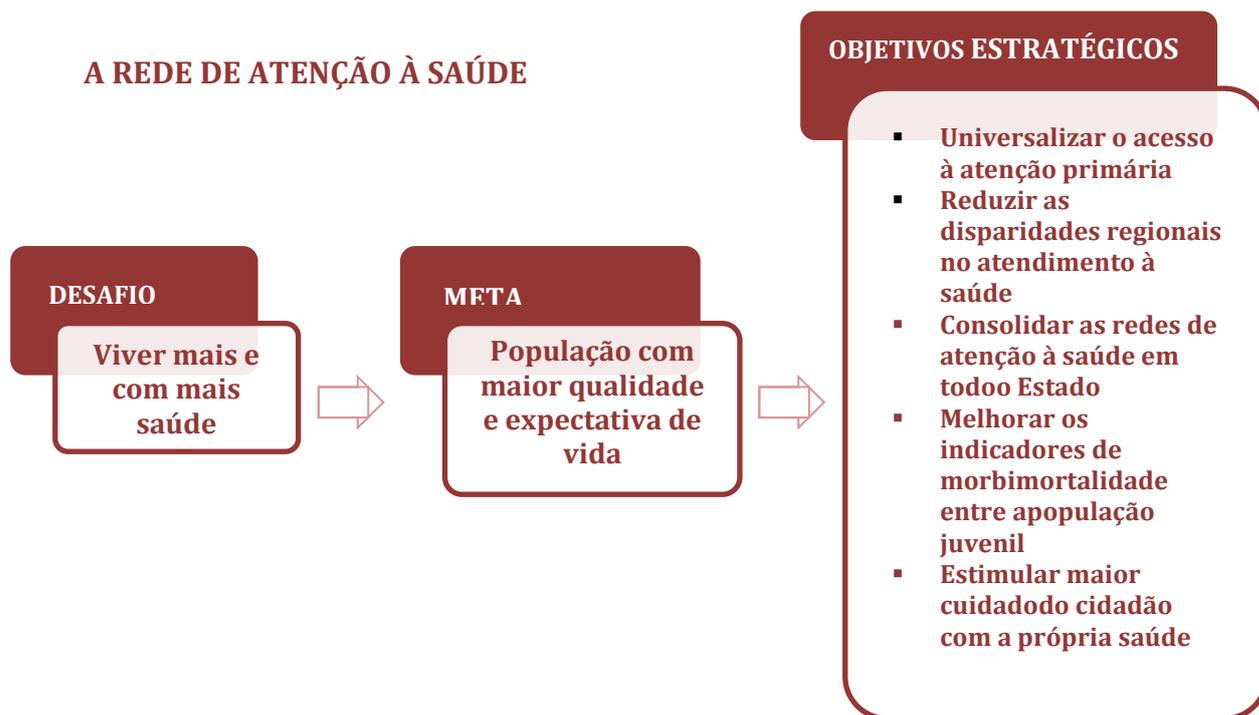
“O Estado em Rede viabiliza a reestruturação do governo de Minas a partir da incorporação de um modelo de gestão transversal do desenvolvimento, buscando a intersetorialidade das políticas públicas e a articulação dos atores responsáveis pelo sucesso de sua implementação ressaltando a participação da sociedade civil organizada como ator ativo e imprescindível nesta trajetória.” ⁽⁷⁾

Neste sentido, foram estruturadas 11 Redes de Desenvolvimento Integrado, que contemplam variadas ações do governo estadual em suas diferentes áreas, e se relacionam de forma estratégica para o alcance da visão de futuro, conforme figura a seguir.



O que se propõe com esta concepção não é um novo modelo estrutural para as instituições governamentais, mas sim uma nova forma de organização das ações e união de esforços em prol das políticas prioritárias do Estado, buscando a superação da fragmentação da atuação da administração pública e o alcance dos seus resultados esperados. Cada uma das 11 Redes de Desenvolvimento Integrado pode ser desdobradas em meta síntese, dados e fatos situacionais, objetivos estratégicos, indicadores e metas para 2015, 2022 e 2030 e estratégias de execução. Abaixo, segue o detalhamento da “Rede de Atenção à Saúde”, que reúne as estratégias do Governo de Minas no âmbito da saúde pública para os próximos anos.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



INDICADOR	FONTE	SITUAÇÃO ATUAL	2015	2022	2030
1. Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)*	SES-MG/ DATASUS	13,1 (2010)	9,9	7,5	5,5
2. Esperança de vida ao nascer (anos)	IBGE	75,1 (2009)	76,3	77,7	79,3
3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal*	DATASUS	64,8% (2009)	75%	80%	90%
4. Taxa de APVP por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias	SES-MG	46,7% (2009)	44,2%	38,8%	33,5%
5. Taxa de resolubilidade da região ampliada de saúde	SES-MG	87,4% (2010)	89,3%	92,0%	95,0%
6. Percentual da população que realiza atividade física regular (14 anos ou mais)	PAD/FJP	14,9% (2009)	15,5%	16,2%	17,0%
7. Percentual da população declarada tabagista (15 anos ou mais)	PAD/FJP	16,4% (2009)	14,6%	12,5%	10,1%
8. Proporção de óbitos por causas externas	SES-MG/ DATASUS	10,4% (2010)	9,4%	7,0%	3,5%

Fonte: Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2011 – 2030 – Gestão para a cidadania

* Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011

3.2. AS DIRETRIZES DA VII CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Realizada entre os dias 8 e 11 de agosto de 2011, na Serraria Souza Pinto (Av. Assis Chateaubriand, nº 809), em Belo Horizonte, a VII Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais teve como tema: *“Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro”*.

A conferência discutiu o acesso e acolhimento aos usuários, política de saúde na seguridade social, participação da comunidade e o controle social, além da gestão do SUS.

Ao todo, foram recebidas das etapas municipais cerca de 5 mil propostas de melhorias e aperfeiçoamentos do SUS que foram consolidadas em 553. Cerca de 1.800 delegados municipais participaram, representando 427 municípios que atendem mais de 90% da assistência à saúde no Estado. Foram eleitos ainda 236 delegados que representaram o Estado de Minas Gerais na 14ª Conferência Nacional de Saúde de 30/11 a 04/12/2011.

DIRETRIZES E PROPOSTAS

Ao todo, foram aprovadas 181 propostas na VII Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, sendo a distribuição do número de propostas por diretriz a seguinte:

DIRETRIZ	Nº DE PROPOSTAS APROVADAS
Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os Princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade	49
Participação da Comunidade e Controle Social	24
Orçamento e Financiamento	36
Pacto pela Saúde	8
Relação Público X Privado	14
Gestão do Sistema	19
Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	31
TOTAL	181

Dentre as 181 propostas aprovadas, foram priorizadas e encaminhadas para a XIV Conferência Nacional de Saúde as seguintes propostas:

DIRETRIZ: Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os Princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade.

Propostas:

1. Criar o Serviço Civil em Saúde, estabelecendo que os profissionais de saúde recém graduados, em Universidades Públicas ou Privadas com bolsa do Governo (PROUNI), trabalhem dois anos no SUS, de acordo com as necessidades previamente diagnosticadas. garantir também aos profissionais que cursarem mestrado ou doutorado com recursos públicos desenvolvam seus projetos de pesquisas para atender as demandas do SUS;
2. Exigir a regulamentação da emenda constitucional 29, sem que para isso seja criado qualquer tipo de imposto ou contribuição;
3. Reduzir o número de usuários por equipe de Estratégia de Saúde de Família para aproximadamente 2500 usuários com objetivo de melhorar qualidade do trabalho dos profissionais de Saúde e também melhor humanização do atendimento desde que haja aumento do repasse mensal dos incentivos de custeio por equipe das esfera Estadual e Federal. Pois, os municípios não conseguem arcar com as despesas do aumento significativo do numero de equipes que ocorrerá;
4. Garantir interlocução e integração entre SUS e a pericia do INSS para os casos de benefícios para portadores de qualquer deficiência, inclusive os pacientes com sofrimento mental, para avaliação dos laudos com a conclusão indicativa de afastamento ou não e porque, com qualidade e coerência, proporcionando um atendimento humanizado a clientela, com direito acompanhante indicado pelo paciente para evitar abusos;
5. Garantir que a Agência Reguladora dos Planos de Saúde faça o ressarcimento ao SUS pelo atendimento de seus usuários através da portaria já existente ou a ser criada.

DIRETRIZ: Participação da Comunidade e Controle Social

Propostas:

1. Que os gestores das três esferas de governo tenham a responsabilidade de garantir o compromisso de colocar em prática as deliberações das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, divulgando os resultados e avanços através de relatório específico para toda a população, com a prestação de contas públicas anuais;
2. Definir em Lei Federal a autonomia financeira dos Conselhos Municipais de Saúde, conforme Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde para que os Conselhos possam realmente gerir seus recursos, através de instrumentos de requisição;
3. Assegurar a Gestão do Serviço Público de Saúde, fiscalização e controle das esferas responsáveis, impedir a privatização e tentativa de impor as Fundações Estaduais de Direito Privado, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e outros modelos similares de assumir a gestão pública;
4. Fazer cumprir pelos gestores as Leis nº 8.080/1990 e nº8142/1990, respeitando o Conselho como um órgão fiscalizador e deliberativo, garantindo a infraestrutura física, administrativa e financeira;
5. Priorizar as solicitações de auditoria e fiscalização financeira quando solicitadas pelos Conselhos de Saúde, acatando em tempo hábil suas denúncias, bem como fazer cumprir as punições quando constatados desvios de recursos públicos aos moldes da Controladoria Geral da União (CGU).

DIRETRIZ: Orçamento e Financiamento**Propostas:**

1. Garantir a captação de outras formas de recursos para financiar o SUS (como royalties do pré-sal / petróleo e extração de minério de ferro), com fiscalização do controle social e proibindo que o instrumento da Desvinculação das Receitas da União (DRU) retire recursos do orçamento da saúde;
2. Garantir 20% da verba do Pré-Sal para efetivação e financiamento das ações do SUS e controle social, cuidando e humanizando a saúde da população brasileira;

3. Disponibilizar financiamento para a construção de Unidades Básicas de Saúde Rural para apoio à Estratégia de Saúde da Família em acordo com a RDC050 e financiamento para aquisição de veículo para transporte de usuário em locais com dificuldade de acesso observando as diversidades locais (municípios de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica);
4. Subsidiar através de recursos Estaduais e Federais a manutenção dos serviços já existentes de Urgência e Emergência e implantação de Serviços Urgência e Emergência em locais com população maior ou igual a 100.000 habitantes. E nos municípios menores de 100.000 habitantes que seja implantado Serviços de Urgência e Emergência a nível regional. Que os recursos possam ser utilizados para contratação das equipes, manutenção de veículos e equipamentos necessários ao funcionamento dos serviços;
5. Destinar maior aporte de recursos financeiros para leitos hospitalares (acrescer Autorização de Internação Hospitalar - AIH) e leitos de terapia intensiva, leitos obstétricos e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, bem como de Alta e Média Complexidade.

DIRETRIZ: Pacto pela Saúde

Propostas:

1. Garantir a distribuição de insumos e medicamentos, dispositivos (órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e óculos corretivos) e equipamentos na rede própria do SUS, de acordo com a demanda, em tempo adequado, com fluxos pactuados entre os serviços e devidamente divulgados;
2. Reavaliar os dados e indicadores de saúde do Sistema de Informação da Atenção Primária (SIAB), incluindo as demandas ainda não contempladas, como Saúde Mental, Saúde do Homem e outras;
3. Ampliar a faixa etária para a realização de exames de mamografia para 30 a 69 anos de idade;
4. Incentivar e garantir a permanência de profissionais de saúde no interior, principalmente nas Equipes de Saúde da Família;
5. Aumentar e garantir o número de ofertas de serviço de Média e Alta Complexidade em âmbito ambulatorial e hospitalar priorizando os vazios assistenciais.

DIRETRIZ: Relação Público X Privado**Propostas:**

1. Ampliar o atendimento da rede pública com investimento nos equipamentos públicos de saúde, com vista a reduzir o repasse de recursos públicos ao setor privado;
2. Garantir que o SUS se mantenha como Política de Saúde Pública e oficial do Estado Brasileiro, garantindo a gestão das políticas específicas e de todos os seus serviços próprios, nos três níveis de governo, exclusivamente pelo setor público e também como grande gestor, não segmentado, que deve exercer o controle, a regulamentação e a fiscalização de todos os serviços e ações de saúde, inclusive os de natureza privada, de modo a estabelecer a preponderância do interesse público sobre o privado e a garantia dos direitos dos cidadãos, em todos os âmbitos institucionais;
3. Fortalecer a rede hospitalar do SUS a fim de reduzir a dependência com a rede privada;
4. Criar mecanismos de fortalecimento da Regulação, Controle e Avaliação dos contratos realizados com prestadores privados com periodicidade preestabelecida para apresentação de relação no controle social e colegiados do controle regional;
5. Assegurar que a Gestão Pública das Ações e Serviços de Saúde sejam integralmente de responsabilidade do Poder Público e que as ações efetuadas por terceiros, seja de caráter eminentemente complementar, tenha contratos claros de no máximo trinta e seis meses revisando a cada período de 12 meses, com avaliação de serviço prestados e acompanhado pela fiscalização dos Conselhos de Saúde.

DIRETRIZ: Gestão do Sistema**Propostas:**

1. Garantir o cumprimento da Política Nacional de Saúde para pessoas com deficiência, idosos ou portadores de doenças específicas, viabilizando a sua

inclusão social priorizando a acessibilidade integral nos termos do decreto 5296/04, que regulamenta a política nacional de acessibilidade;

2. Garantir que a Atenção Primária a Saúde seja o eixo organizador e estruturador do SUS com profissionais capacitados, proporcionando a melhoria das Redes de Atenção;
3. Reavaliar o processo de implantação e gestão da Estratégia de Saúde da Família, avaliando a dimensão demográfica e geográfica, bem como ampliar o número de profissionais para atender áreas de grande extensão territorial;
4. Incluir as terapias complementares (ex: homeopatia) nas redes de atenção à saúde;
5. Efetivar, implementar e promover a manutenção das Academias de Saúde propostas pelo Ministério da Saúde, garantindo a presença em tempo integral do profissional Educador Físico para orientação das atividades realizadas. Este profissional deverá atender especificamente a uma academia, não podendo estar vinculado a outros programas.

DIRETRIZ: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Propostas:

1. Garantir a regulamentação e implantação em todas as esferas de governo do artigo 40, § 4 da Constituição Federal, que trata das aposentadorias especiais para trabalhadores do serviço público em saúde, que atuam em áreas de atividades insalubres e perigosas, garantindo os proventos de aposentadoria por ocasião de sua concessão, calculados com base na remuneração do servidor no cargo efetivo em que se der a aposentadoria e, corresponderá a totalidade da remuneração, sendo esta corrigida em conformidade com servidor da ativa;
2. Adotar Regime Jurídico Único para todos os trabalhadores da saúde pública, evitando-se a precarização dos vínculos empregatícios, terceirização da saúde e alta rotatividade, em cumprimento à Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, à Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e à Política Nacional de Humanização;
3. Garantir o direito dos cidadãos brasileiros ao acesso ao trabalho do serviço público prioritariamente por concurso público de livre concorrência na forma

da lei existente. Evitando contratações como barganha política eleitoreira. Garantindo maior participação do governo Federal no financiamento dos gastos com servidores públicos municipais;

4. Garantir que as instituições de ensino superior cumpram as diretrizes curriculares para as graduações de saúde e participem da oferta de atividades de educação permanente para os trabalhadores do SUS fortalecendo as comissões permanentes de integração de ensino/serviço . Criar também mecanismos para garantir a participação dos serviços de saúde na formação de profissionais de saúde para o SUS (graduação) valorizando a atuação dos profissionais como preceptores;
5. Estabelecer como um dos pré-requisitos para a transferência de recursos estaduais e federal, a implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), com estímulo ao tempo de serviço e educação permanente, para a valorização dos profissionais de saúde.

Dentre as diversas propostas apresentadas, destacamos algumas que se configuram eixo prioritário na construção deste Plano. A principal delas é a garantia da Atenção Primária a Saúde como eixo organizador e estruturador do SUS com profissionais capacitados, proporcionando a melhoria das Redes de Atenção. Outras assumem desde já uma dimensão e importância ampliadas, como:

- Disponibilizar financiamento para a construção de Unidades Básicas de Saúde Rural para apoio à Estratégia de Saúde da Família em acordo com a RDC050 e financiamento para aquisição de veículo para transporte de usuário em locais com dificuldade de acesso observando as diversidades locais (municípios de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica).
- Subsidiar através de recursos Estaduais e Federais a manutenção dos serviços já existentes de Urgência e Emergência e implantação de Serviços Urgência e Emergência em locais com população maior ou igual a 100.000 habitantes. E nos municípios menores de 100.000 habitantes que seja implantado Serviços de Urgência e Emergência a nível regional. Que os recursos possam ser utilizados para contratação das equipes, manutenção de veículos e equipamentos necessários ao funcionamento dos serviços.

Algumas diretrizes, contudo, ainda não estão abarcadas nesta proposta inicial do Plano 2012-2015, o que deverá merecer a atenção dos gestores no que tange a definição de estratégias e a futuras reformulações. Deste modo, cumprindo os preceitos estabelecidos, todas as propostas deverão ser consideradas e servirão de base para o cumprimento deste Plano e suas posteriores revisões ao longo dos próximos 4 anos.

O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

Antes de apresentar o perfil da regionalização das ações e serviços de saúde em Minas Gerais é preciso considerar algumas de suas características peculiares. Trata-se de um estado de grande extensão territorial – 586.523 km² (6,9% do território nacional) – bem como possuidor de características populacionais, econômicas e culturais heterogêneas. De acordo com o Censo 2010, em seu território, se localizam 853 municípios, totalizando uma população de 19.597.330 milhões de habitantes ⁽⁹⁾.

Do total de municípios mineiros, 92,3% possui menos que 50.000 (cinquenta mil) habitantes e desses 62,4% possuem menos de 10.000 (dez mil) habitantes.

População/ habitantes	Total de municípios	% do total de municípios
Menos de 5.000	240	28,13%
De 5.000 a 10.000	251	29,42%
De 10.001 a 50.000	296	34,7%
De 50.001 a 100.000	37	4,33%
De 100.001 a 500.000	25	2,93%
Acima de 500.000	4	0,49%
TOTAL	853	100%

Fonte: IBGE em Tabnet DATASUS. Acesso em 13 de outubro de 2011.

O Estado é caracterizado por profundas desigualdades regionais, apresentando municípios bastante pobres, com baixo índice de desenvolvimento humano, e municípios com indicadores socioeconômicos mais favoráveis, reproduzindo o mesmo padrão de iniquidade do Brasil. Também evidencia-se essa desigualdade no setor saúde, tanto no que se refere aos resultados de saúde como na distribuição desses serviços entre os municípios ⁽¹⁰⁾.

Para diminuir essas diferenças, é necessária a elaboração de políticas públicas que busquem melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde. Portanto, é

preciso rediscutir a alocação de recursos, uma vez que, historicamente, na atenção primária à saúde a distribuição se dá em função do tamanho da população, e nos serviços hospitalares ocorre de acordo com a oferta de serviços já existentes. Esse tipo de política desconsidera as características epidemiológicas e socioeconômicas da população, contribuindo para o aumento das desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões ⁽¹⁰⁾.

Diante dessa necessidade, desenvolveu-se um estudo intitulado “*Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais*”(SES/CEDEPLAR/Fundação João Pinheiro), com o objetivo de propor uma metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais de saúde entre os municípios de Minas Gerais, com base em critérios de necessidade ⁽¹⁰⁾.



**Saiba mais! Acesse o site:
www.cedeplar.ufmg.br
Seminários / 2006**

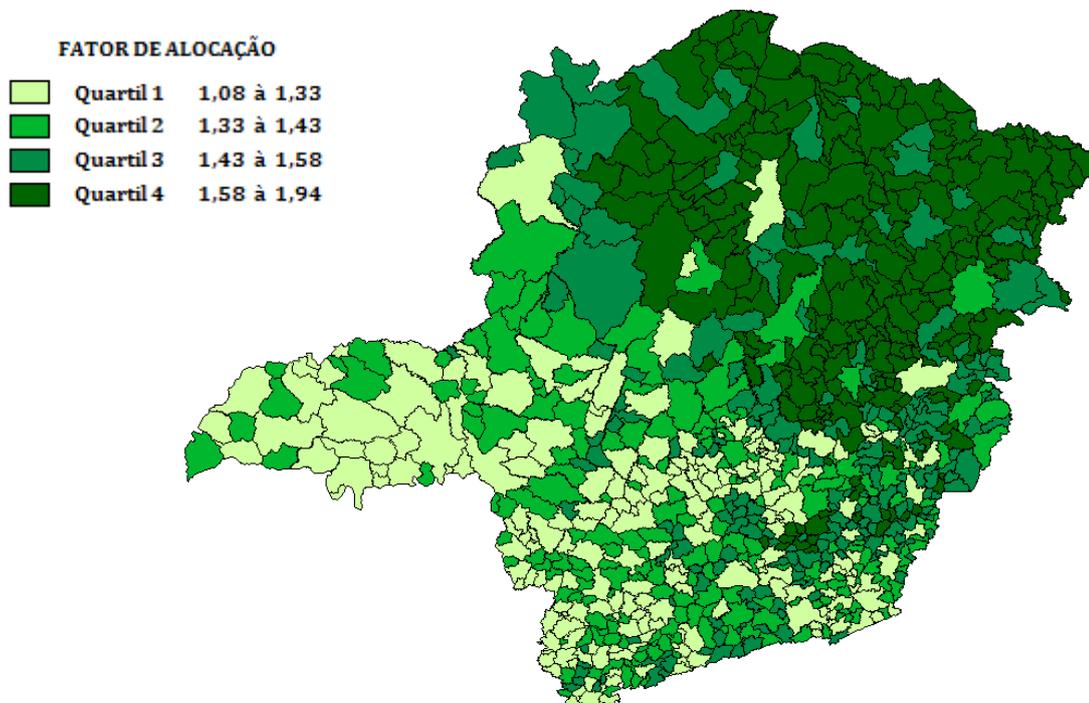
“As questões de equidade tem sido consideradas pelos gestores de políticas públicas. Com o objetivo de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveu um método de alocação equitativa concretizado na construção do Fator de Alocação (FA) de recursos para os municípios.” ⁽¹⁰⁾

A alocação dos recursos financeiros se baseia em dois princípios, sendo eles: o Índice de Necessidade em Saúde (INS), composta por variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, como mortalidade na infância, taxa de fecundidade, taxa de alfabetização, percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo, entre outros; e o Índice de Porte Econômico (IPE), que objetiva medir a capacidade de autofinanciamento dos municípios através do valor repassado a título de quota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) *per capita*.⁽¹⁰⁾

A média desses dois índices gera o Fator de Alocação que, quando divididos em quartis, possibilita o repasse de mais recursos aos municípios com maior necessidade relativa. A metodologia da divisão dos quartis segue a lógica de que

quando menor melhor, ou seja, quanto mais próximo de 1 menor a necessidade de alocação de recursos ao município.⁽¹⁰⁾

O mapa a seguir apresenta a distribuição dos municípios mineiros em quartis, segundo Fator de Alocação. Minas Gerais, 2005.



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

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

Para se compreender o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais é preciso compreender o conceito de “Região”. Pode-se considerar que as regiões são recortes territoriais de um espaço geográfico

¹DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011

² DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.219, DE 21 DE AGOSTO DE 2012, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.

contínuo, possuindo como base as identidades culturais, econômicas e sociais de sua população, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte ⁽¹⁰⁾.

No âmbito do SUS, as regiões são identificadas e constituídas para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde em busca de maior resolutividade e qualidade da assistência. Além disso, a regionalização contribui para o aprimoramento da capacidade de co-gestão regional, devendo, portanto, orientar a descentralização das ações e serviços de saúde ⁽¹¹⁾.

A Regionalização é um dos princípios que orientam a organização do sistema de saúde no país e constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) ⁽¹¹⁾.



**Saiba mais! Acesse o site:
www.saude.mg.gov.br/
Programas e Ações de
Governo/PDR**

Enquanto ferramenta, o PDR foi institucionalizado pela NOAS 01/02 e tem sido utilizado para orientar a organização das redes assistenciais de saúde, fornecendo as bases para os cálculos dos recursos e para o monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e integralidade ⁽¹¹⁾.

“A elaboração do PDR consiste em um processo, coordenado pela SES e que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a autoridade do gestor municipal, que garanta níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população”⁽¹¹⁾.

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

Nele, foram estabelecidas bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes assistenciais ao construir uma tipologia de serviços com observância das economias de escala e escopo. Esta tipologia orienta a definição dos territórios para a descentralização, promoção da equidade e organização de redes, uma vez que a economia de escala direciona também qualidade e efetividade das ações de saúde e dos sistemas gerenciais ⁽¹²⁾.

O propósito de um PDR da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, possibilitando, assim, o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. É, portanto, um instrumento de planejamento em saúde, pois estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos e da descentralização programática e gerencial ⁽¹²⁾.

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

O Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, deve ser elaborado pela SES, com a participação dos municípios, em uma perspectiva de territorialização, garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do estado ⁽¹¹⁾.

Cabe ressaltar que a publicação do Decreto 7508/2011 enseja uma nova discussão sobre a configuração das Regiões de Saúde no Estado de Minas Gerais, discussão esta que deve ser pautada pelas ideias e ideais que balizaram até hoje as discussões referentes a construção e atualização do PDR.

4.1. FORTALECIMENTO DAS ESTRUTURAS REGIONAIS DA SES-MG

Se considerarmos a dimensão e a diversidade do Estado de Minas Gerais, com seus 853 municípios, é possível perceber a importância de uma presença forte e qualificada do ente estadual nas regiões de saúde para que o processo de governança regional do SUS seja fortalecido e possibilite a consolidação das redes de atenção à saúde regionalizadas.

Por esse motivo, a SES-MG alterou sua estrutura organizacional, por meio do Decreto nº 45.812/2011, visando, entre outros objetivos, o reforço ao papel e atribuições de suas unidades administrativas regionais em consonância com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, que estabelece as macro e microrregiões sanitárias para a organização do sistema estadual de saúde.

A partir dessa mudança, a SES-MG passou a conter em sua estrutura uma Subsecretaria de Gestão Regional (SRS) a qual estão vinculadas 18 (dezoito) novas Superintendências de Gestão Regional, tendo como finalidade apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em suas áreas de abrangência. As SRS são identificadas, conforme abaixo, pela região ampliada de saúde de sua localização e do município sede:

- SRS –Região Ampliada de Saúde Centro - Belo Horizonte;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Centro - Sete Lagoas;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Centro Sul - Barbacena;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha - Diamantina;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Leste - Coronel Fabriciano;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Leste - Governador Valadares;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Leste do Sul - Ponte Nova;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Nordeste - Teófilo Otoni;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Noroeste - Patos de Minas;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Norte - Montes Claros;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Oeste - Divinópolis;

- SRS - Região Ampliada de Saúde Sudeste - Juiz de Fora;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Sul - Alfenas;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Sul - Passos;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Sul - Pouso Alegre;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Sul - Varginha;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte - Uberlândia;
- SRS - Região Ampliada de Saúde Triângulo do Sul - Uberaba.

As SRS sediadas em Barbacena, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Patos de Minas, Ponte Nova, Teófilo Otoni e Uberlândia possuem 10 (dez) Gerências Regionais de Saúde (GRS) vinculadas às suas estruturas. As GRS têm por finalidade contribuir para uma melhor governança regionalizada do SUS em Minas Gerais, apoiando as SRS às quais são vinculadas em suas competências.

- GRS de Itabira, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Centro - Belo Horizonte;
- GRS de São João Del-Rei vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Centro Sul - Barbacena;
- GRS de Manhumirim, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Leste do Sul - Ponte Nova;
- GRS de Pedra Azul, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Nordeste - Teófilo Otoni;
- GRS de Unaí, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Noroeste - Patos de Minas;
- GRS de Januária, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Norte - Montes Claros;
- GRS de Pirapora a SRS - Região Ampliada de Saúde Norte - Montes Claros;
- GRS de Leopoldina, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Sudeste - Juiz de Fora;
- GRS de Ubá, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Sudeste - Juiz de Fora;
- e
- GRS de Ituiutaba, vinculada à SRS - Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

As unidades regionais possuem estrutura própria com núcleos temáticos, conforme definido na resolução SES nº 3.070.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007.
2. VIANA, A. L. d'Á.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência saúde coletiva*, V14 (3). 2009, p. 807-817.
3. LECOVITZ E.; LIMA L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência saúde coletiva**, VI(2). 2001, p. 269-291.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, Volume 1 - Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.
5. VIANA, A. L. d'Á. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. *In: A. L. D. Viana; L. D. Lina (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
6. VIANA; A. L. d'Á.; LIMA, L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In: A. L. D. Viana; L. D. Lina (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
7. MINAS GERAIS. **Plano mineiro de desenvolvimento integrado (PMDI) 2011 – 2030**: Gestão para a cidadania. Belo horizonte, 2011.
8. FLEURY, S. **O desafio da gestão das redes de políticas**. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Portugal. Outubro/2002
9. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>. Acesso em: 11 de outubro de 2011.
10. Andrade, M. V. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais**. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A045.pdf Acesso em 25 de outubro de 2011.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.
12. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional. **O PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2010.
13. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
14. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências.
15. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.
16. MINAS GERAIS. Lei Delegada nº 180, de 20 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a estrutura orgânica da administração pública do poder executivo do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. **Diário do Executivo.** Minas Gerais, 21 de janeiro de 2011.
17. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. 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.
18. BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei 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", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

19. MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Saúde. **Todos usam o SUS!** SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo – Relatório Final. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011. VII Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.
20. BRASIL. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 04 de dezembro de 2003.
21. BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
22. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização/PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013.
23. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. **Diário do Executivo**. Minas Gerais, 30 de agosto de 2012.
24. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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.
25. MINAS GERAIS. Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
26. MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 3070, de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS).

PARTE II – ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS EM MINAS GERAIS

***A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS NAS REGIÕES AMPLIADAS
DE SAÚDE***

***AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, CONDIÇÕES MATERNAS,
PERINATAIS E NUTRICIONAIS***

AS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

AS CAUSAS EXTERNAS

APRESENTAÇÃO

O presente texto tem como objetivo expor o panorama das condições de saúde da população mineira, a partir de uma análise situacional que permite a identificação dos principais desafios a serem enfrentados e problemas a serem superados. Com essa análise é possível orientar a definição das medidas a serem adotadas pelo órgão gestor estadual, subsidiando o planejamento das ações de atenção à saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais

Elaborada pela Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/MG, esta publicação apresenta informações fundamentais para o estudo e avaliação da situação epidemiológica do estado de Minas Gerais. Este tipo de análise é de grande valia para os processos de planejamento e monitoramento das ações de saúde e desde 2006 a 2010 já foram publicadas três edições.

Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) produz diversos documentos de análise, interpretação e apresentação de dados relacionados à saúde pública.

Dentre eles destacamos a Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais ⁽¹⁾, Boletins Epidemiológicos e Alertas Técnicos, dentre outros. Ainda nessa perspectiva de utilizar o saber epidemiológico para o estabelecimento de prioridades e orientação programática, foi realizado o *Estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais (2011)* em parceria da SES/MG com a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz ⁽²⁾.

Portanto com base nesses diversos documentos, será apresentado de forma sucinta a Análise Situacional das principais condições e agravos que acometem a população mineira.



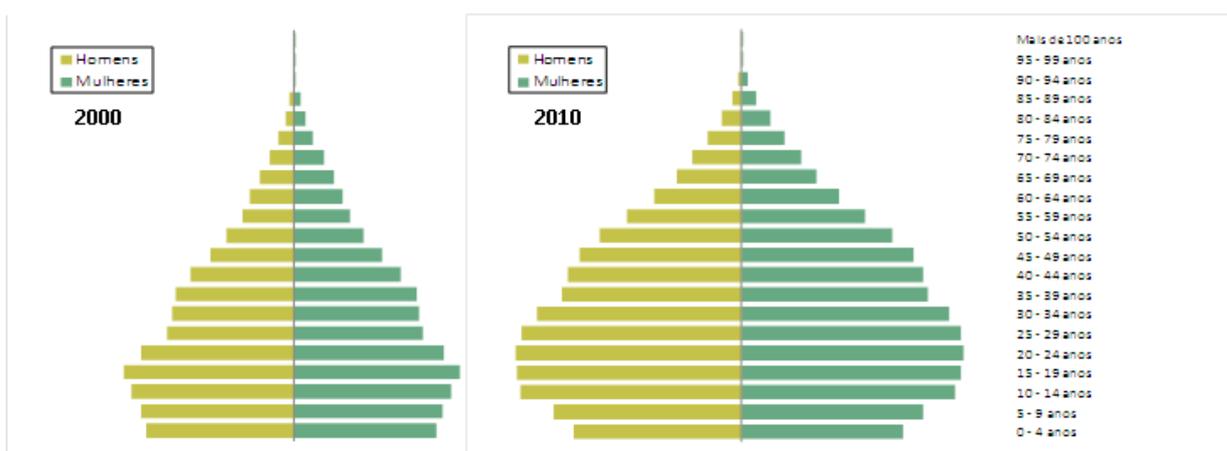
Saiba mais!

**Acesse o site www.saude.mg.gov.br
Publicações/Estatística e Informação.**

O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

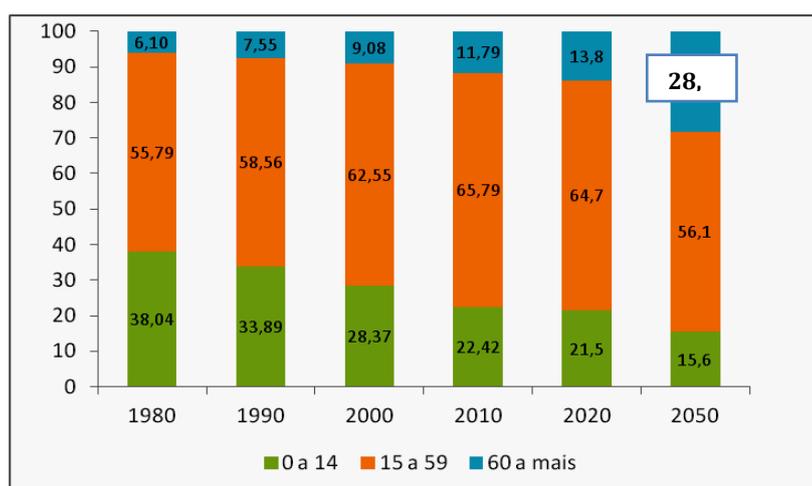
Minas Gerais, assim como o Brasil, está passando por um momento de transição demográfica cuja fatia populacional acima dos 60 anos de idade vem aumentando significativamente nas últimas décadas ⁽³⁾, como pode ser visualizado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da população* em números absolutos por sexo, segundo os grupos de idade Minas Gerais, 2000/2010.



Fonte: IBGE. Sinopse dos Resultados do Censo 2010. * Em números absolutos.

Gráfico 2 - Distribuição da população, por grandes grupos etários (%), Minas Gerais 1980-2050



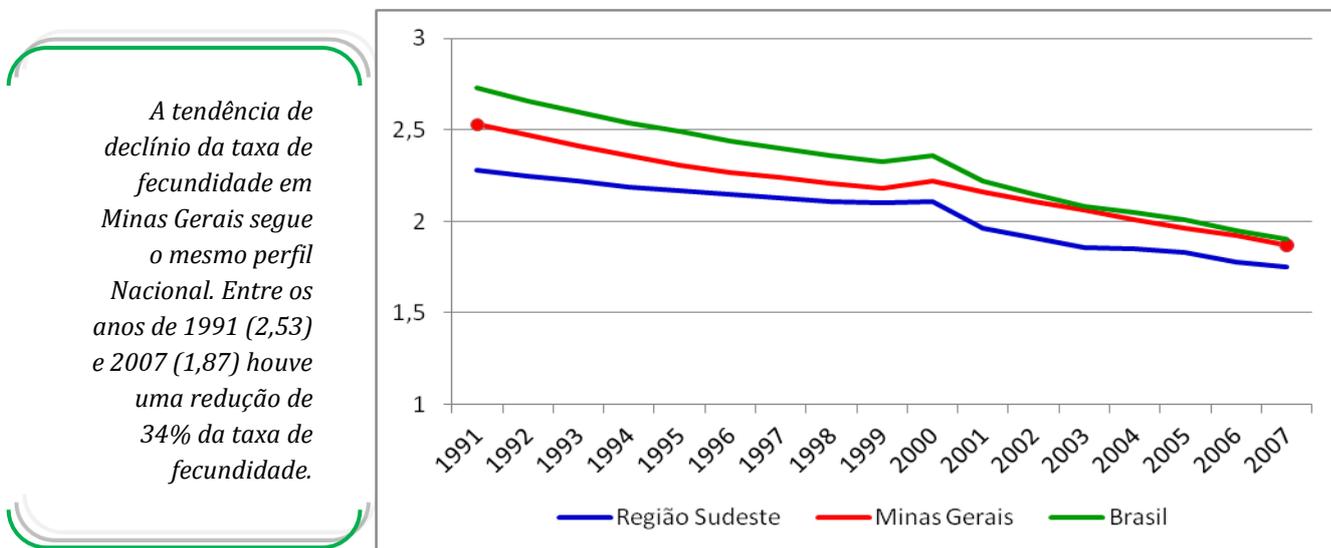
- 2010 - Fonte: DataSUS

A população de Minas Gerais está envelhecendo num ritmo muito acelerado. Em 2010, a população com mais de 60 anos correspondia a 11,8% da população. Estima-se que até o ano de 2050, esse número seja de 28,7%. [11]

Projeção 2020 -2050- Fonte: Cedeplar e LABES/FIOCRUZ, 2008. Proporção pop. 1980

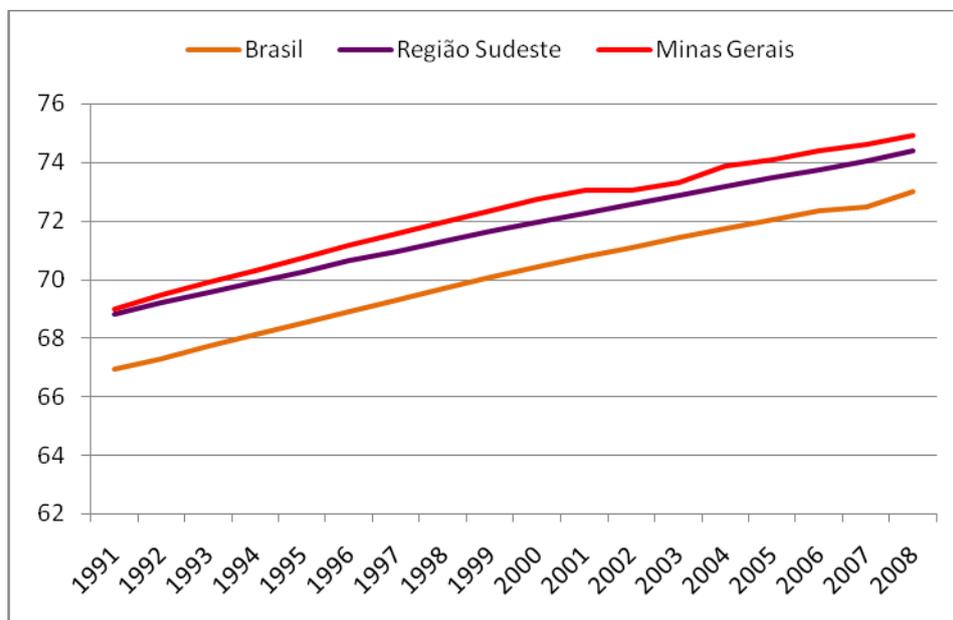
O aumento da proporção de idosos em Minas Gerais se deve, em grande parte, às quedas ocorridas nas taxas de fecundidade e o aumento da esperança de vida, ⁽⁵⁾ conforme evidencia os gráficos 3 e 4 a seguir.

Gráfico 3 - Taxa de fecundidade total, Brasil, Sudeste e Minas Gerais, 1991 a 2007.



Fonte: DATASUS.

Gráfico 4- Esperança de vida ao nascer, Minas Gerais, Sudeste e Brasil, 1991-2008.



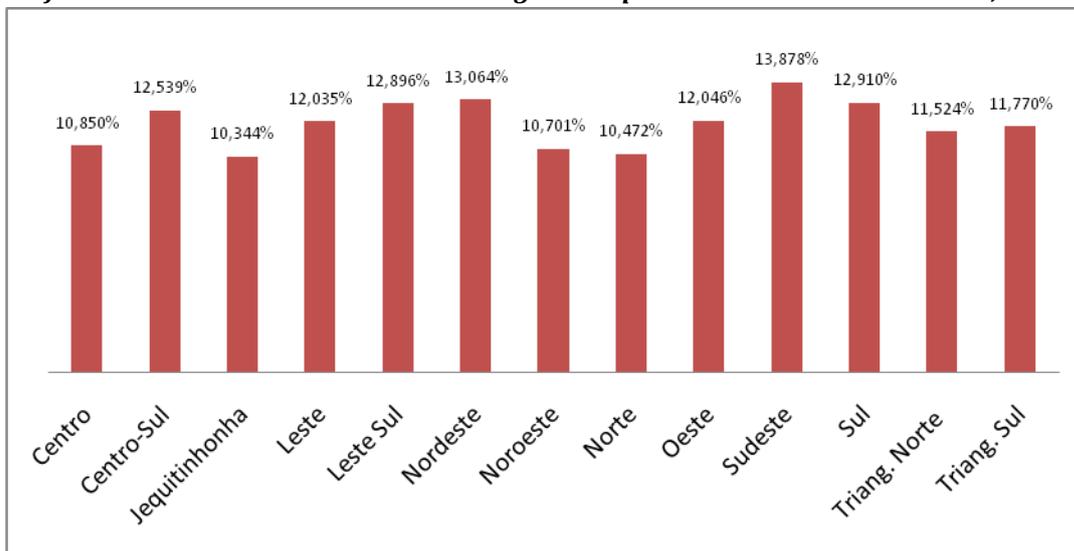
Desde 1991 a esperança de vida ao nascer vem aumentando de forma gradual no Brasil, na região Sudeste e no Estado de Minas Gerais.

Fonte: DATASUS.

Outro ponto importante a ser observado é a distribuição da população idosa no território mineiro em suas regiões ampliadas de saúde. No gráfico 5 a seguir, pode-

se constatar uma distribuição heterogênea dessa população entre as regiões ampliadas de saúde.

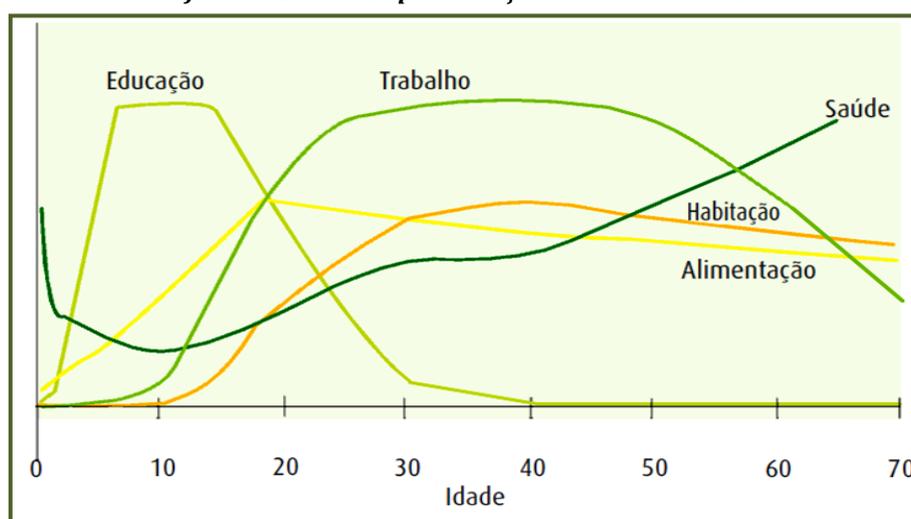
Gráfico 5 - Percentual de Idosos entre as regiões ampliadas de saúde. Minas Gerais, 2010



Fonte: DATASUS

O envelhecimento populacional tem como uma das consequências a maior demanda por serviços de saúde ⁽³⁾. O gráfico 6, corrobora que, na medida em que a faixa etária vai aumentando, as necessidades de serviços de saúde também aumentam de forma acentuada em detrimento de outros serviços.

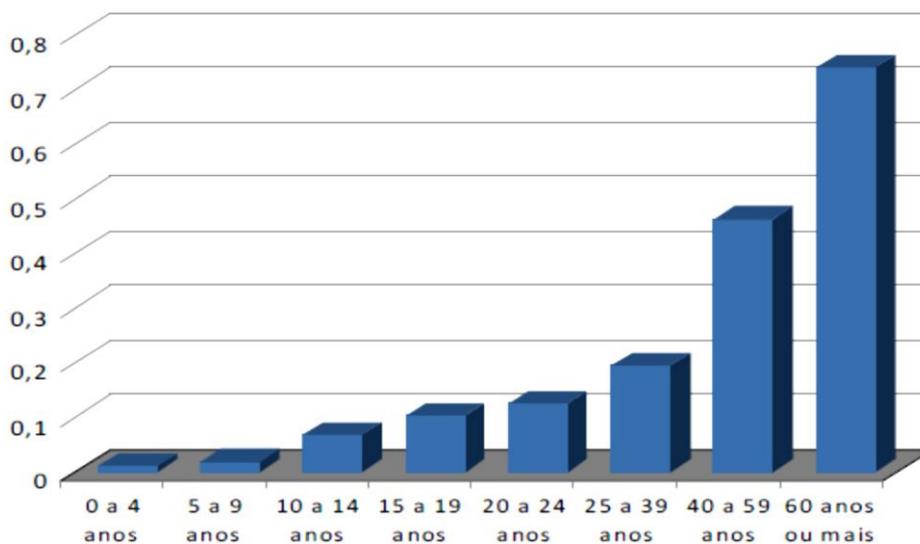
Gráfico 6 - Demanda por serviços de acordo com a idade



Fonte: O estado do Estado - Anexo II do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2007-2023 - Adaptado de Corsa e Oakley apud Rogers (1980).

Da mesma forma, o incremento da população idosa significa o aumento das doenças crônicas. Segundo a PAD-MG (Pesquisa por amostra de Domicílios) realizada pela Fundação João Pinheiro em 2009, as pessoas que mais declararam ter doenças crônicas tinham 60 anos de idade ou mais ⁽⁶⁾.

Gráfico 7 – Proporção de pessoas com declaração de doenças crônicas, por grupo de idade, na população de mineiros, 2009

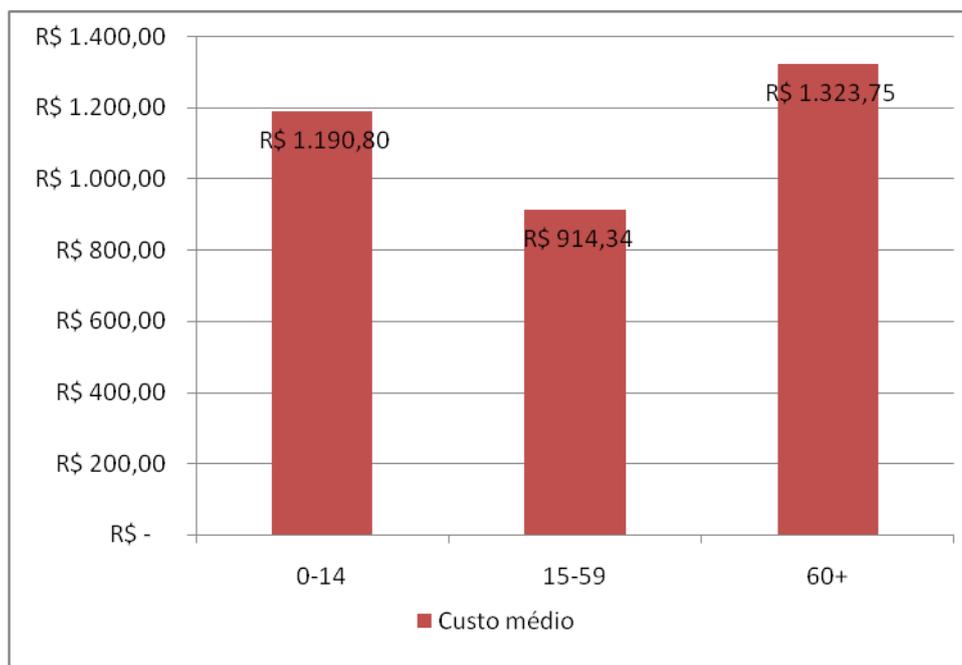


Fonte: Pesquisa por amostra de domicílios (PAD-MG). Fundação João Pinheiro.

Esse perfil demográfico “envelhecido” gera custos elevados ao SUS principalmente com relação às despesas com tratamento médico e hospitalar, pois o idoso necessita de mais consultas, medicamentos, exames complementares e hospitalizações devido à multiplicidade de agravos simultâneos ⁽⁷⁾.

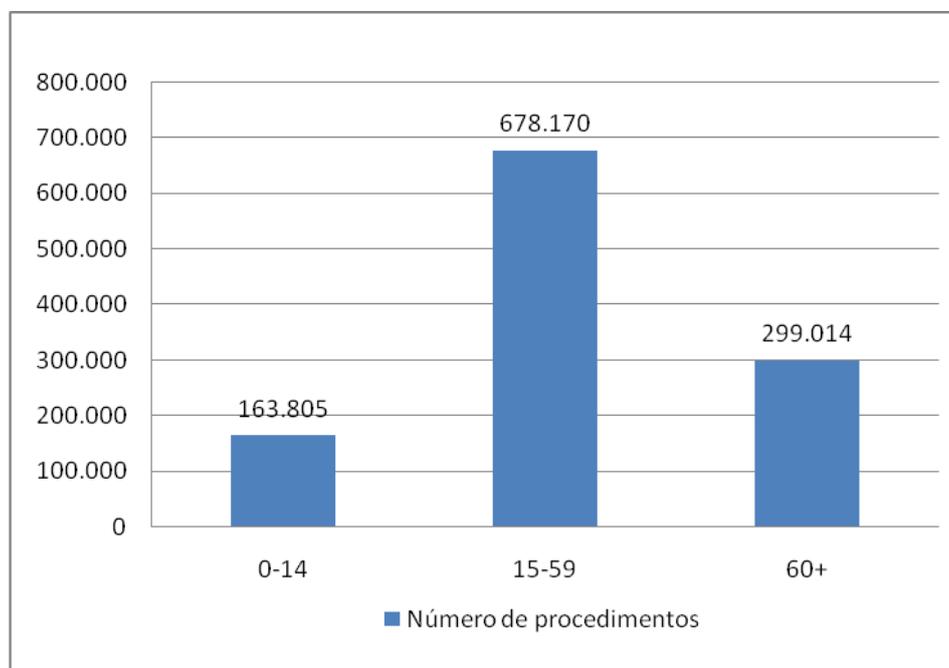
Interessante destacar que a quantidade de procedimentos realizados não tem relação direta com o custo em saúde. Nesse sentido, o gráfico 8 evidencia que a população etária acima de 60 anos apresentou em 2010 o maior custo médio em saúde (R\$ 1.323,75 *per capita*), no entanto, a quantidade de procedimentos realizados não foi a maior (gráfico 9). Da mesma forma podemos observar que a população economicamente ativa (15-59 anos) realizou a maior quantidade de procedimentos apresentando o menor custo (R\$ 914,34 *per capita*). De fato, isto é justificável, pois os idosos necessitam de procedimentos, na grande maioria, da alta complexidade que devido à maior especificidade e densidade tecnológica, custam mais caro que os procedimentos de média complexidade ⁽⁷⁾.

Gráfico 8 – Custo médio per capita (por faixa etária) em saúde no SUS. Minas Gerais, 2010.



Fonte: DATASUS

Gráfico 9 – Quantidade de procedimentos realizados (por faixa etária) no SUS. Minas Gerais, 2010.



Fonte: DATASUS

Diante deste cenário, o desafio é prover políticas públicas direcionadas às especificidades dessa população, assim como oferecer serviços e benefícios que lhes permitam qualidade de vida. Desta forma são necessários investimentos

consideráveis no sistema de saúde relativo aos recursos físicos, humanos, medicamentos e procedimentos tecnológicos, dentre outros.

A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS

A situação epidemiológica brasileira tem sido definida como tripla carga de doenças por que envolve ao mesmo tempo, problemas de saúde relacionados às doenças transmissíveis, o desafio das doenças crônicas e o forte crescimento das causas externas ⁽²⁾.

Esse contexto complexo necessita de uma avaliação que seja capaz de considerar a situação de saúde da população não somente com base nos parâmetros de mortalidade, mas também de morbidade, pois, viver mais não significa viver com saúde plena ⁽⁵⁾.

Os estudos de carga de doença têm sido realizados em todo o mundo devido à possibilidade de contemplar, simultaneamente, os efeitos da morte prematura e da morbidade sobre as condições de saúde de uma população. O indicador utilizado para medir a Carga de Doença é o AVPAI (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade)* e combina os impactos relativos aos eventos fatais e não fatais ⁽²⁾, ou seja:

“Um ano de vida saudável perdido equivale a um AVPAI”.

Atributos da Tripla Carga de Doenças

- A **superposição de etapas**: persistência concomitante das doenças infecciosas/carências e das doenças crônicas.
- As **contratransições**: ressurgimento de doenças que se acreditava terem sido superadas (Doenças reemergentes como a dengue e febre amarela).
- A **transição prolongada**: falta de resolução da transição num sentido definitivo.
- A **polarização epidemiológica**: agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde.
- O **surgimento das novas doenças** ou enfermidades emergentes.

Os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVPAI) são calculados pela fórmula abaixo:

Anos de vida perdidos por morte prematura (AVPMP)¹ + Anos de vida perdidos por incapacidade (AVPI)²

$$AVPAI = AVPMP + AVPI$$

¹(AVPMP - Componente da mortalidade)

²(AVPI - Componente da morbidade)

* A nomenclatura oficial do indicador utilizado para medir a Carga de Doença é DALY (Disability Adjusted Life Years), que será traduzido neste documento como “Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade” para melhor entendimento. Seguindo a mesma linha de compreensão, os componentes de cálculo do DALY, o YLL (Years of Life Lost) e YLD (Years Lost due to Disability), foram traduzidos, respectivamente como “Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura” e “Anos de Vida Perdidos por Incapacidade”.

Seguindo essa tendência, Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, encomendou à Escola Nacional de Saúde (ENSP/FIOCRUZ) um estudo da carga global de doenças, destacando as desigualdades interregionais do estado através da avaliação global das regiões ampliadas de saúde. Foram realizadas análises segundo grandes grupos (I, II e III), grupos de causas e causas específicas para o Estado de Minas Gerais e também para cada uma das 13 regiões ampliadas de saúde. Publicado em 2011, o Estudo Global da Carga de Doenças de Minas Gerais apresenta os resultados tendo como referência o ano de 2005.

Grande Grupo I - Doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais:

- Doenças infecciosas e parasitárias;
- Infecções respiratórias
- Condições Maternas
- Condições do período perinatal
- Deficiências Nutricionais

Grande Grupo II - Doenças não transmissíveis:

- Câncer
- Neoplasias benignas
- Diabetes Mellitus
- Doenças endócrinas e metabólicas
- Doenças neuropsiquiátricas
- Desordens dos órgãos dos sentidos
- Doenças cardiovasculares
- Doenças respiratórias crônicas
- Doenças do aparelho digestivo
- Doenças gênito-urinárias
- Doenças de pele
- Doenças músculo-esqueléticas
- Anomalias congênitas
- Condições Orais

Grande Grupo III - Causas externas:

- Causas externas intencionais
- Causas externas não intencionais

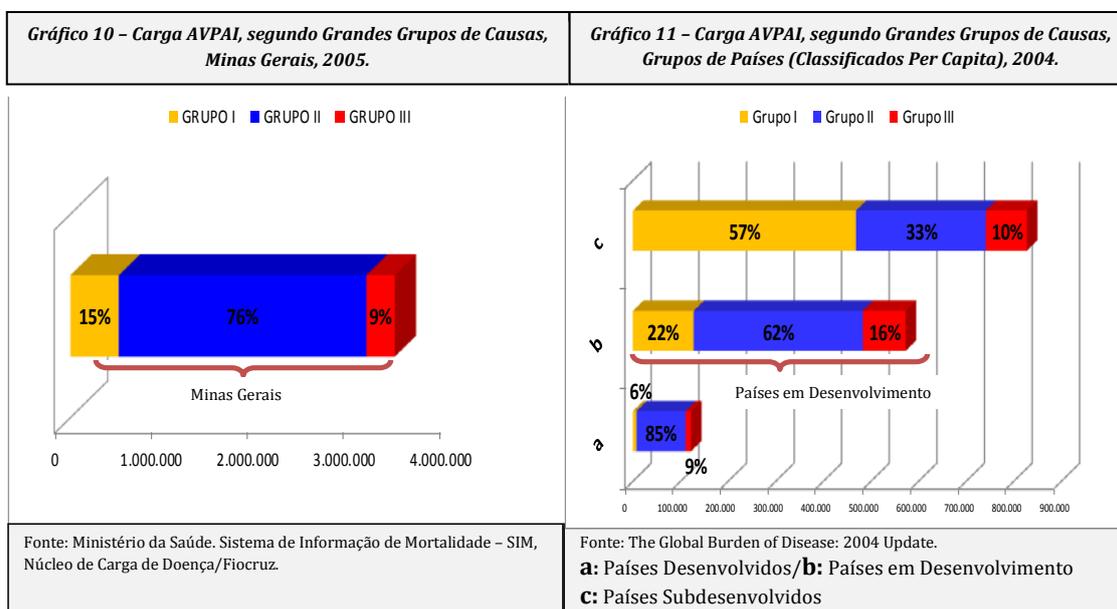
Condições Crônicas e Agudas

Condições Crônicas e Agudas

A epidemiologia, usualmente, separa as doenças em apenas duas categorias: Doenças Transmissíveis e Doenças Crônicas não transmissíveis. Apesar de útil nos estudos epidemiológicos, não se presta a referenciar a organização dos sistemas de saúde, pois certas doenças transmissíveis, pelo longo período de desenvolvimento necessitam de uma lógica de enfrentamento similar às doenças crônicas. Por isso, a Organização Mundial da Saúde tem acolhido uma nova categorização baseada no conceito de condição de saúde: as condições agudas e as condições crônicas. Essa tipologia leva em consideração o tempo da condição de saúde (breve ou longo) e a forma necessária ao enfrentamento da condição pelo sistema de saúde (epiódica, reativa, contínua, mais ou menos permanentes)⁽⁵⁾.

De maneira geral, os resultados encontrados em Minas Gerais demonstram que $\frac{3}{4}$ da carga de doenças (AVPAI) foram causadas pelo grande grupo II, ou seja, 76% da carga foi referente às doenças não transmissíveis, que em sua grande maioria referem-se às doenças crônicas. Os grandes grupos I (doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais) e III (causas externas) tiveram uma representatividade menor, porém não menos importante, sendo responsáveis por 23% da carga de AVPAI total.

O perfil da distribuição da carga de doenças (AVPAI) encontrado em Minas Gerais, cujo cenário epidemiológico reflete o cenário brasileiro, se assemelha bastante à distribuição encontrada em países em desenvolvimento. O Estudo Global da Carga de Doenças (2004), realizado a nível mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apontou que no grupo dos países em desenvolvimento, no qual o Brasil está incluído, há uma coexistência dos três grandes grupos de causas, com predomínio das doenças não transmissíveis (grande grupo II) assim como encontrado em Minas Gerais (Gráficos 10 e 11).



GRUPO I: Doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais; GRUPO II: Doenças não transmissíveis; GRUPO III: Causas externas.

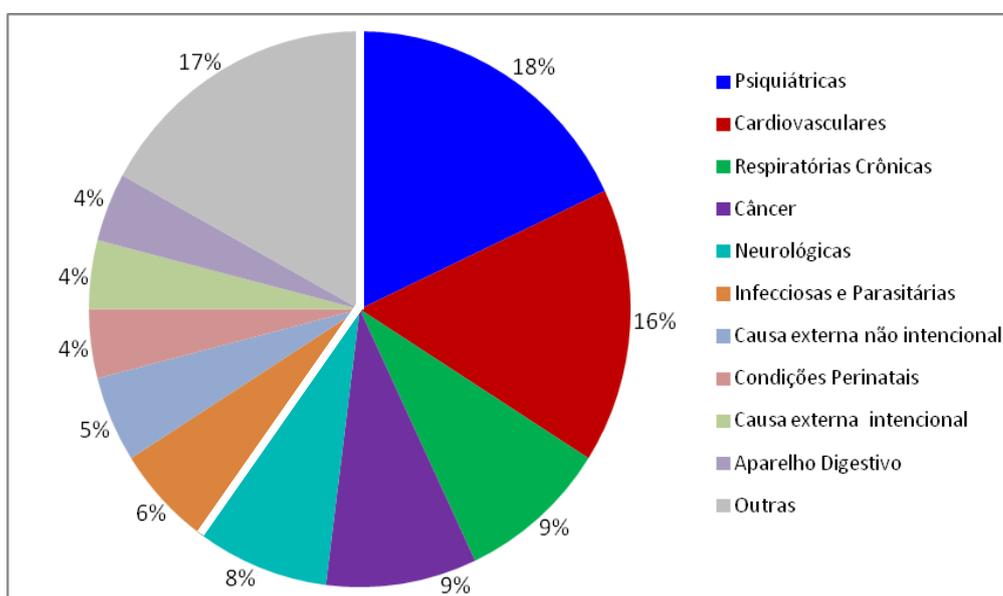
A mesma distribuição não é encontrada nos países subdesenvolvidos cujo maior percentual da carga de doenças referem-se ao grande grupo I das doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais com 57%, enquanto que nos países considerados desenvolvidos, ou seja, com alta renda

per capita, o grande grupo das doenças transmissíveis representa somente 6% da carga de AVPAI total.

Avaliando os três grandes grupos de causas simultaneamente, pode-se afirmar que mais da metade (60%) da carga de doenças em nosso estado são referentes ao subgrupo das doenças psiquiátricas, cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e neurológicas (gráfico 12).

Veja abaixo as principais doenças que acometem os mineiros

Gráfico 12- Distribuição de carga de doença (AVPAI) por principais subgrupos de causas, Minas Gerais, 2005

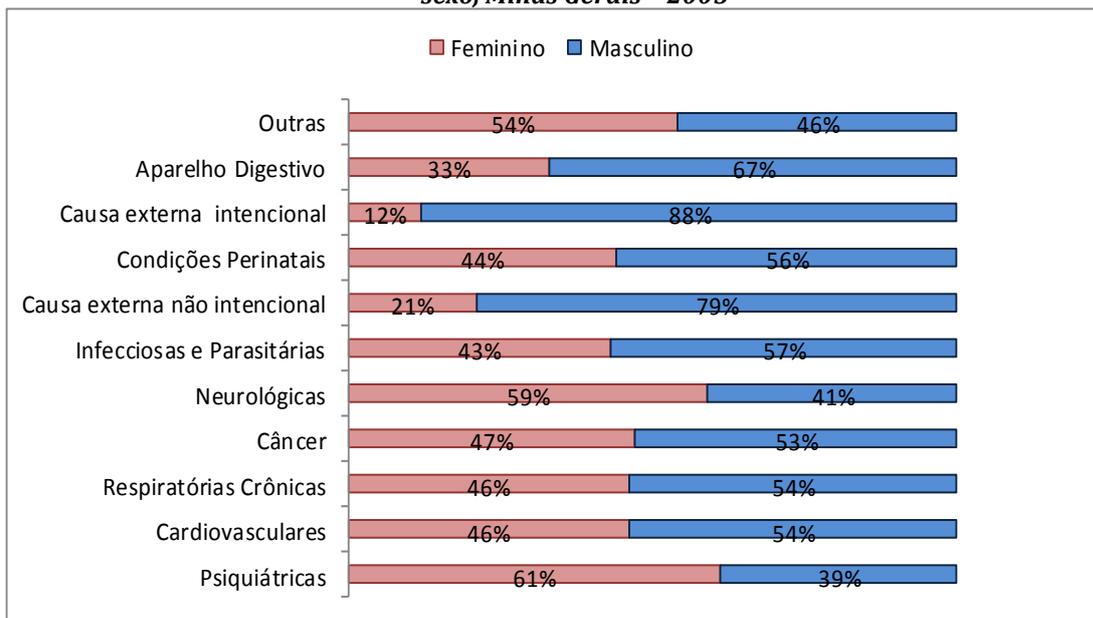


Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

Uma análise possível de ser feita refere-se à distribuição desses principais subgrupos de causas nos sexos feminino e masculino. Observe que as mulheres apresentam as maiores cargas do subgrupo de doenças psiquiátricas e neurológicas enquanto que nos homens o subgrupo das causas externas intencionais e não intencionais são as mais prevalentes (gráfico 13).

Veja abaixo a distribuição das principais doenças nos sexos masculino e feminino

Gráfico 13 - Distribuição de carga de doença (AVPAI) por principais subgrupos de causas, por sexo, Minas Gerais – 2005



Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

Este gráfico permite avaliar se uma determinada doença atinge mais os homens ou mulheres. Por exemplo: As causas externas intencionais (homicídios e violência) abrangem mais os homens com 88% do que as mulheres com 12%.

De forma mais detalhada, o ranking das 20 primeiras causas específicas da carga de doenças entre homens e mulheres assinala que o perfil de morte e adoecimento entre os diferentes sexos é bastante heterogênea e peculiar.

A depressão é uma condição muito predominante entre as mulheres ocupando o primeiro lugar no ranking, em seguida a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular cerebral que ocupam, respectivamente, o segundo e terceiro lugares. Já no sexo masculino, a doença cardíaca é a maior responsável pela carga de doenças e ocupando o segundo e terceiro lugar, respectivamente, estão o homicídio/violência e o abuso/dependência de álcool. É pertinente enfatizar que o homicídio e a violência têm uma grande representatividade entre os homens enquanto que nas mulheres, essa causa não aparece nem entre as vinte principais causas de AVPAI.

Veja abaixo o ranking das 20 doenças que mais acometem a população mineira

Tabela 1 - Principais causas de carga de doenças (AVPAI), por sexo. MG - 2005

Classificação	Homens	AVPAI	%	Mulheres	AVPAI	%
1º	Doença cardíaca isquêmica	108.740	6,3	Depressão	153.474	9,6
2º	Homicídio e violência	101.707	5,9	Doença cardíaca isquêmica	83.111	5,2
3º	Abuso e dependência de álcool	100.699	5,8	Acidente vascular cerebral	76.303	4,8
4º	Acidente vascular cerebral	86.397	5,0	Doença pulmonar obstrutiva crônica	55.767	3,5
5º	Doença pulmonar obstrutiva crônica	73.668	4,2	Diabetes <i>melittus</i>	50.815	3,2
6º	Acidente de trânsito	72.293	4,2	Alzheimer e outras demências	48.980	3,1
7º	Infeções de vias aéreas inferiores	50.615	2,9	Infeções de vias aéreas inferiores	42.510	2,7
8º	Cirrose hepática	49.323	2,8	Abuso e dependência de álcool	41.357	2,6
9º	Depressão	48.473	2,8	Doenças endócrinas e metabólicas	33.828	2,1
10º	Diabetes <i>melittus</i>	40.334	2,3	Asma	28.768	1,8
11º	Asfixia e traumatismo ao nascer	36.052	2,1	Asfixia e traumatismo ao nascer	26.788	1,7
12º	Asma	26.605	1,5	Câncer de mama	26.140	1,6
13º	Doenças cardíacas inflamatórias	26.123	1,5	Transtorno de estresse pós-traumático	23.832	1,5
14º	Doenças endócrinas e metabólicas	25.793	1,5	Osteoartrite	23.340	1,5
15º	Epilepsia	22.386	1,3	Edentulismo	21.546	1,4
16º	Alzheimer e outras demências	21.390	1,2	Epilepsia	19.596	1,2
17º	HIV/AIDS	20.586	1,2	Transtorno afetivo bipolar	19.587	1,2
18º	Suicídio e lesões auto-infligidas	20.193	1,2	Doenças cardíacas inflamatórias	18.323	1,1
19º	Transtorno afetivo bipolar	18.774	1,1	Anemia por deficiência de ferro	18.205	1,1
20º	Outras causas não-intencionais	17.487	1,0	Transtorno obsessivo-compulsivo	18.093	1,1

Fonte: Ministério da Saúde - SIM, Núcleo de Carga de Doença/ Fiocruz

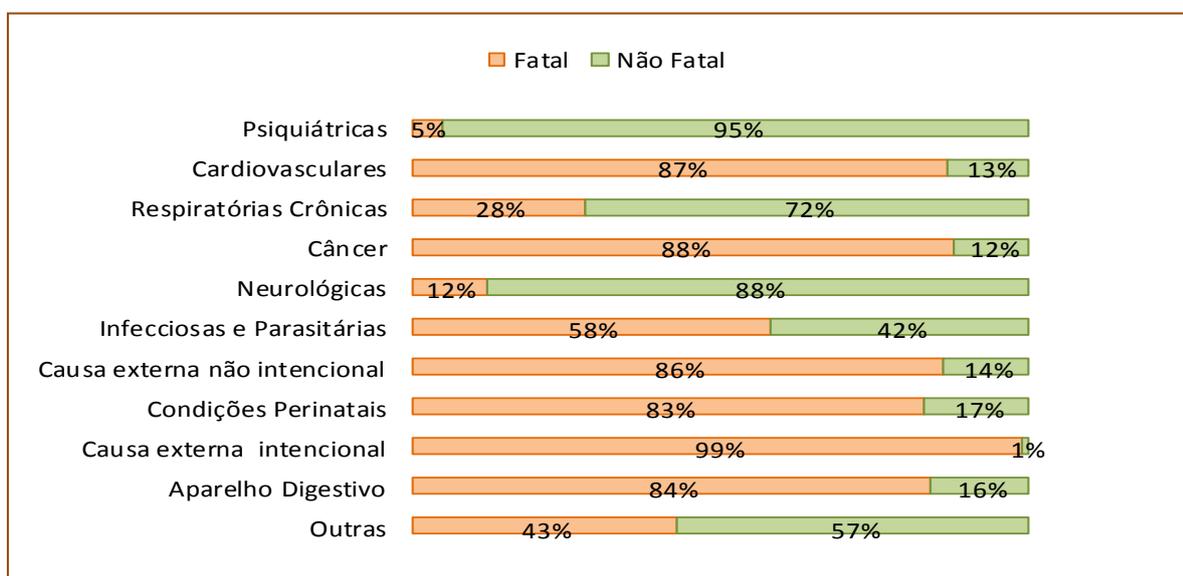
Nesta tabela, a coluna AVPAI apresenta os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em números absolutos. Por exemplo: Nos homens, a doença cardíaca isquêmica ocupou o primeiro lugar com 108.740 anos saudáveis de vida perdidos pela população mineira durante todo o ano de 2005.

A análise dos componentes fatal dos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (Anos de vida perdidos por morte prematura – AVPMP) e não fatal (Anos de vida perdidos por incapacidade – AVPI), de forma individual permite estimar se um agravo é capaz de levar a óbito ou somente gerar uma condição de incapacidade ao indivíduo.

Este tipo de análise por vezes torna-se apropriada quando pode ser observado, por exemplo, que o subgrupo das doenças psiquiátricas, apesar de ocupar a primeira posição no ranking AVPAI em Minas Gerais, não mata tanto quanto as causas externas. O componente não fatal no subgrupo das psiquiátricas corresponde a 95% enquanto que no subgrupo das causas externas intencionais chega a apenas 1%. Com a mesma capacidade de levar a óbito temos também as doenças cardiovasculares, o câncer, as condições perinatais e as doenças do aparelho digestivo com percentuais do componente fatal entre 83% a 88% (gráfico 14).

Veja abaixo a mortalidade e morbidade das principais doenças

Gráfico 14 - Distribuição de carga de doença (AVPAI) principais subgrupos de causas, por componentes - Fatal e não Fatal, Minas Gerais - 2005



Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

Neste gráfico pode ser verificado o quanto em percentual que uma doença pode provocar a morte ou apenas incapacidade. Por exemplo: As doenças psiquiátricas têm menos probabilidade de levar a óbito apresentando apenas 5% do componente fatal, em contrapartida apresenta probabilidade de gerar incapacidade com predominância de 95% do componente não fatal.

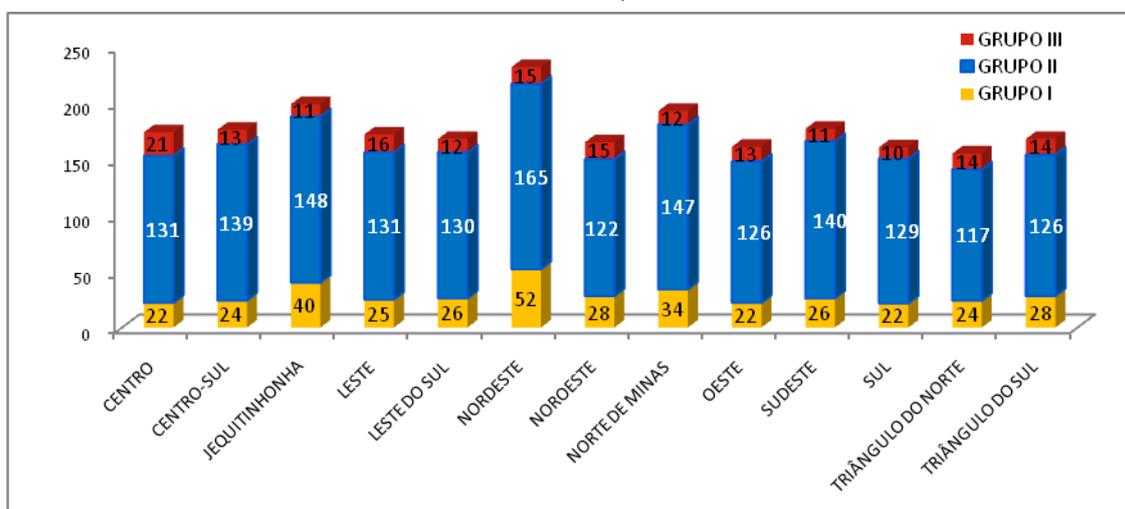
A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS NAS REGIÕES AMPLIADAS DE SAÚDE

Nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, a distribuição da carga de doenças relativas aos três grandes grupos de causas do AVPAI é semelhante ao panorama estadual, ou seja, em todas as regiões ampliadas de saúde há o predomínio das doenças não transmissíveis pertencentes ao grande grupo II.

De maneira geral, em todas as regiões ampliadas de saúde, o grande grupo I das condições transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais ocuparam o segundo lugar ficando em terceiro lugar o grande grupo III das causas externas (gráfico 15). Com relação à carga de doenças total (Grupos I, II e III) observa-se que há uma variação importante entre as regiões ampliadas de saúde. Por exemplo, conforme demonstra o gráfico 15, a região ampliada de saúde do nordeste apresenta o maior valor de carga de doença (AVPAI) em Minas Gerais.

Veja abaixo a distribuição da Tripla Carga de Doenças nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais

Gráfico 15 – Taxa AVPAI e distribuição dos três grandes grupos por Região Ampliada de Saúde - Minas Gerais, 2005



Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

GRUPO I: Doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais; GRUPO II: Doenças não transmissíveis; GRUPO III: Causas externas.

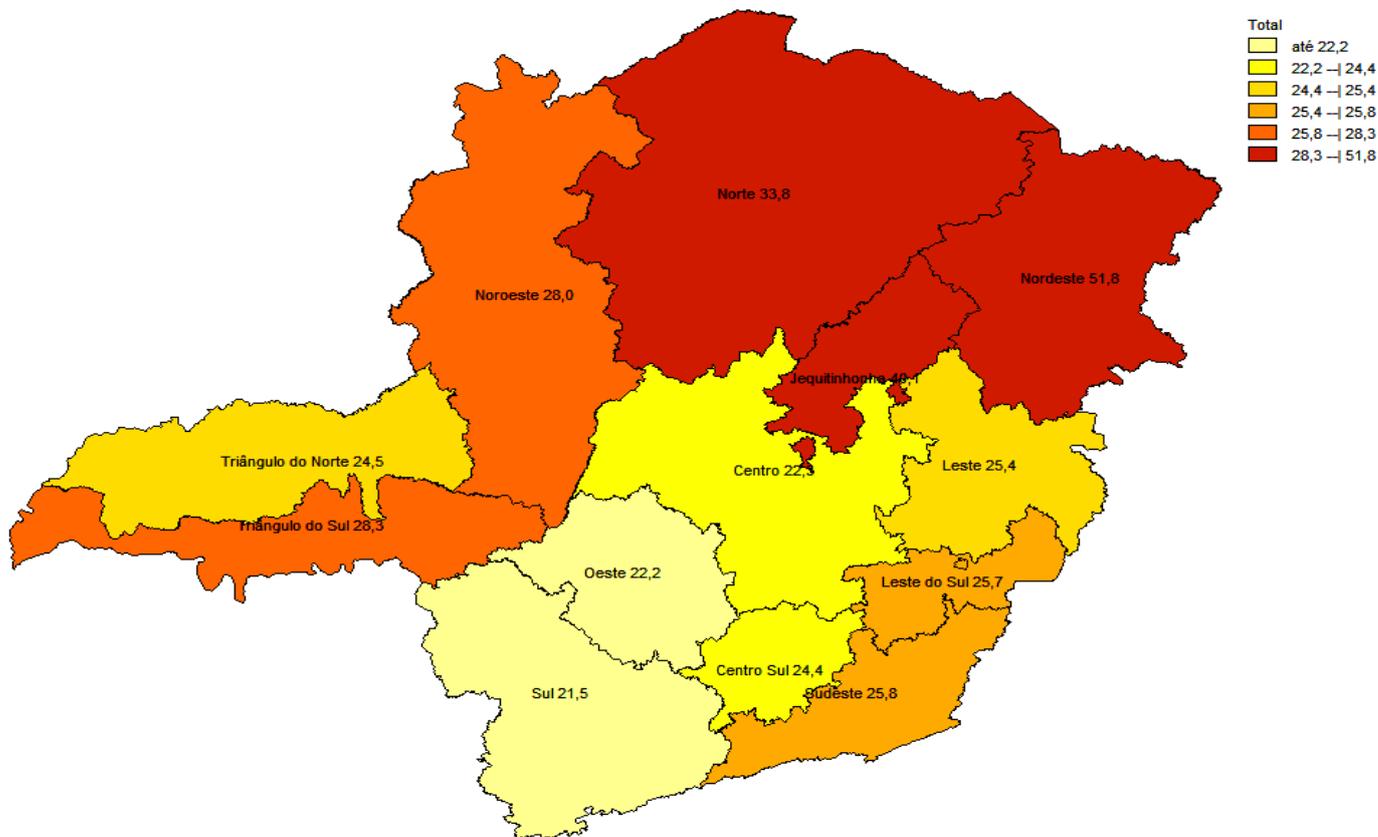
Neste gráfico os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVPAI) são apresentados através de TAXA. Isto significa que os valores são referentes a cada 1.000 habitantes. Por exemplo: A região ampliada de saúde Nordeste apresentou 165 anos de vida saudáveis perdidos para cada 1.000 habitantes no ano de 2005.

Ao se avaliar a taxa de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVPAI), referente ao grande grupo I (condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais) por Regiões Ampliadas de Saúde pode-se notar que as regiões mais afetadas foram a Nordeste (51,8), Jequitinhonha (49,1) e Norte (33,8). Observa-se que essas mesmas regiões são aquelas que concentram os municípios com o Fator de Alocação mais alto, isto é, os municípios com maior necessidade em saúde e de menor porte econômico, conforme estudo da Fundação João Pinheiro.

Veja abaixo a distribuição das doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e nutricionais nas Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais

Este mapa permite identificar quais as regiões ampliadas de saúde estão apresentando as maiores taxas de anos saudáveis de vida perdidos (AVPAI) relativo às doenças transmissíveis, condições maternas, perinatais e nutricionais. A leitura do mapa deve levar em consideração que os maiores valores são representados pelas cores mais escuras enquanto os menores valores são representados pelas cores mais claras.

Mapa GRUPO I – Taxa AVPAI, por Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais, 2005



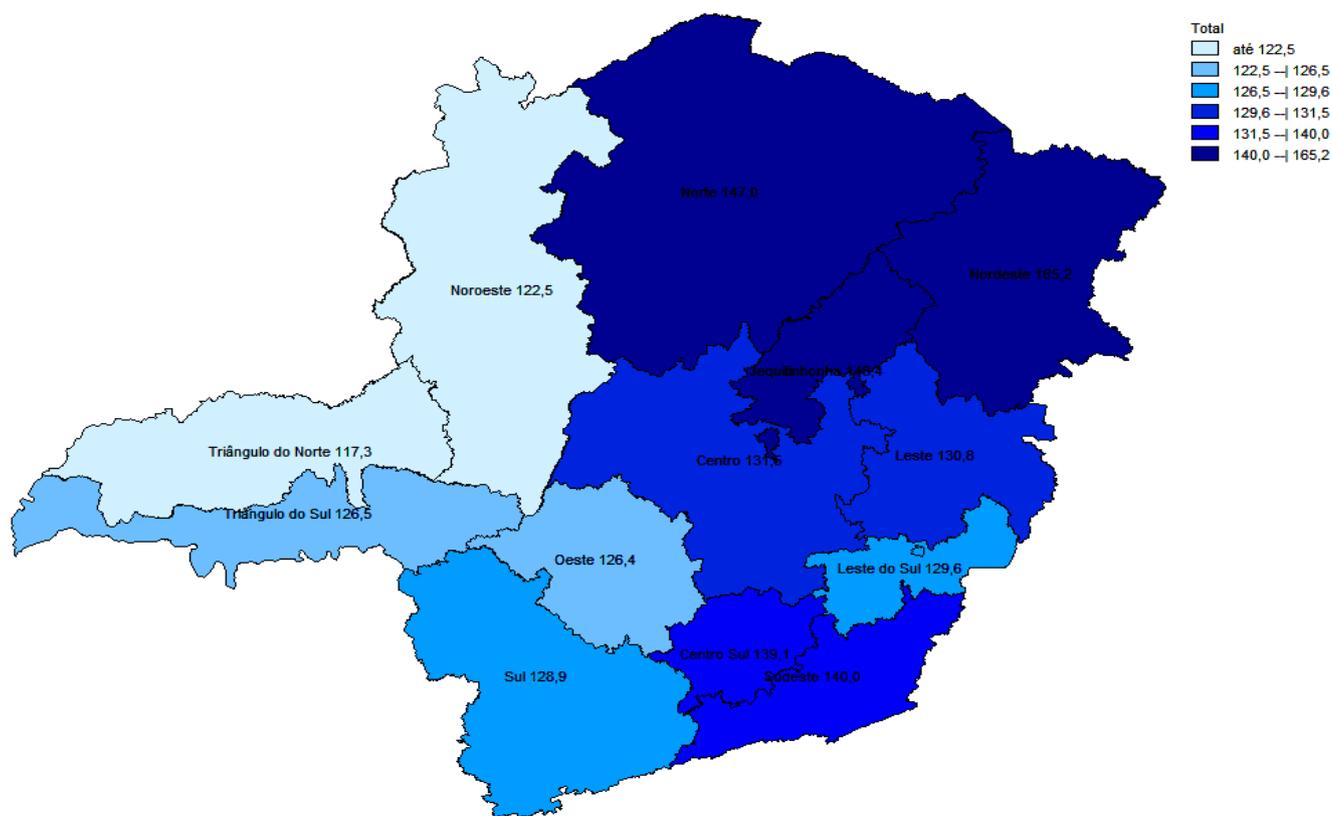
Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

Ao fazer a mesma comparação relativa ao grande grupo II (doenças não transmissíveis), cuja maioria das causas é representada por doenças crônicas, nota-se que as maiores taxas foram encontradas nas mesmas regiões ampliadas de saúde que apresentaram a maior prevalência de doenças transmissíveis, ou seja, Nordeste com a taxa de 165,2 seguida da região ampliada de saúde Norte com 147 e Jequitinhonha com 143,4.

Veja abaixo a distribuição das doenças não transmissíveis nas Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais

Este mapa permite identificar quais as regiões ampliadas de saúde estão apresentando as maiores taxas de anos saudáveis de vida perdidos (AVPAI) relativo às doenças não transmissíveis que englobam as doenças psiquiátricas e cardiovasculares dentre outras. A leitura do mapa deve levar em consideração que os maiores valores são representados pelas cores mais escuras enquanto que os menores valores são representados pelas cores mais claras.

Mapa GRUPO II - Taxa AVPAI, por Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais, 2005



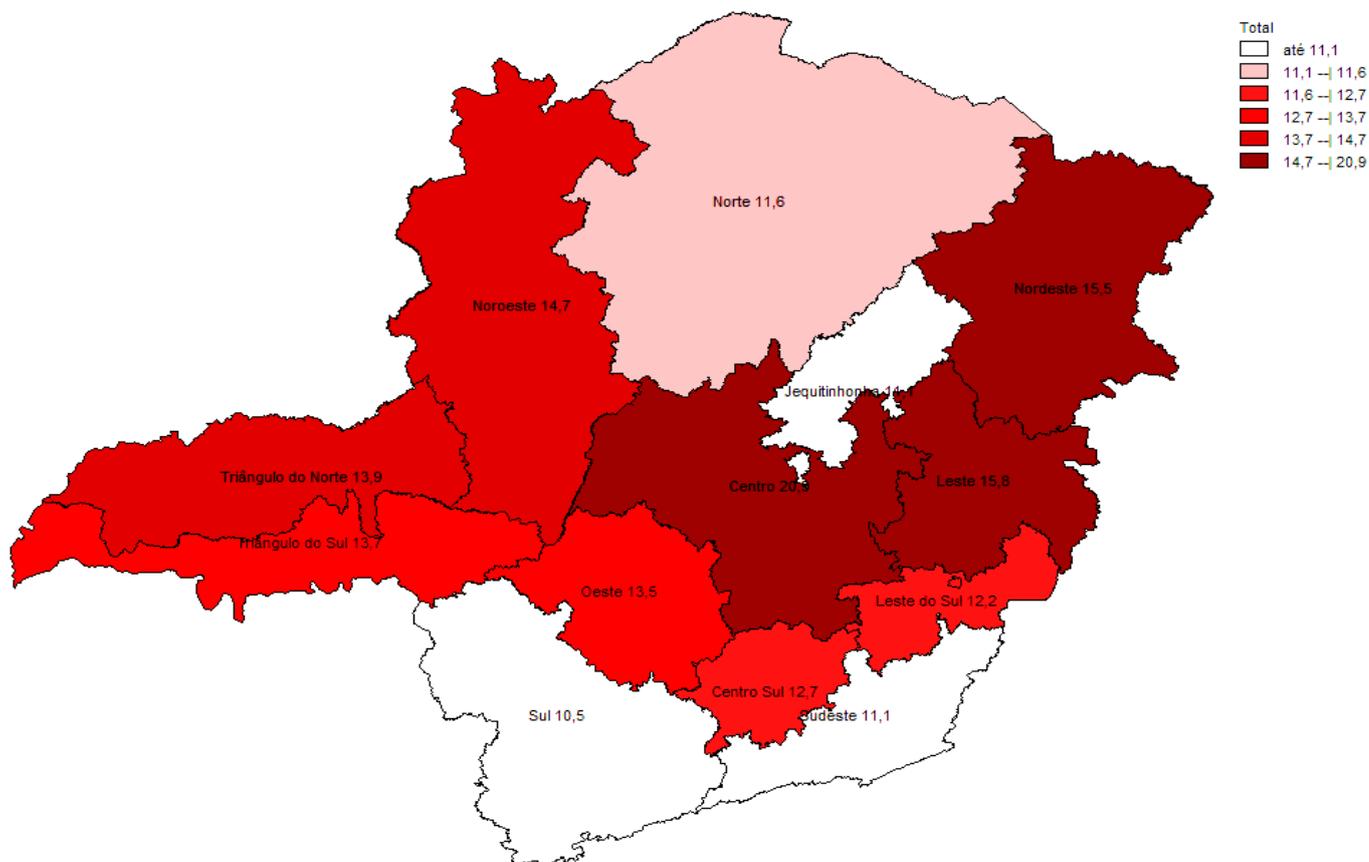
Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

O mesmo não ocorre quando as regiões ampliadas de saúde são comparadas em relação ao grande grupo III que corresponde às causas externas intencionais e não intencionais representadas pelos homicídios e acidentes na grande maioria. Neste contexto, as regiões ampliadas de saúde Centro (20,9), Leste (15,8) e Nordeste (15,5) apresentaram as maiores taxas. No próximo patamar, com valores próximos aos supracitados, as regiões ampliadas de saúde Noroeste (14,7), Triângulo do Norte (13,9) e Triângulo do Sul (13,7) e Oeste (13,5) também se destacaram no grande grupo das causas externas.

Veja abaixo a distribuição das causas externas nas Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais

Este mapa permite identificar quais as regiões ampliadas de saúde estão apresentando as maiores taxas de anos saudáveis de vida perdidos (AVPAI) relativo às causas externas (Acidentes de trânsito, homicídio, violência, dentre outros). A leitura do mapa deve levar em consideração que os maiores valores são representados pelas cores mais escuras enquanto que os menores valores são representados pelas cores mais claras.

Mapa GRUPO III – Taxa AVPAI, por Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais, 2005



Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz..

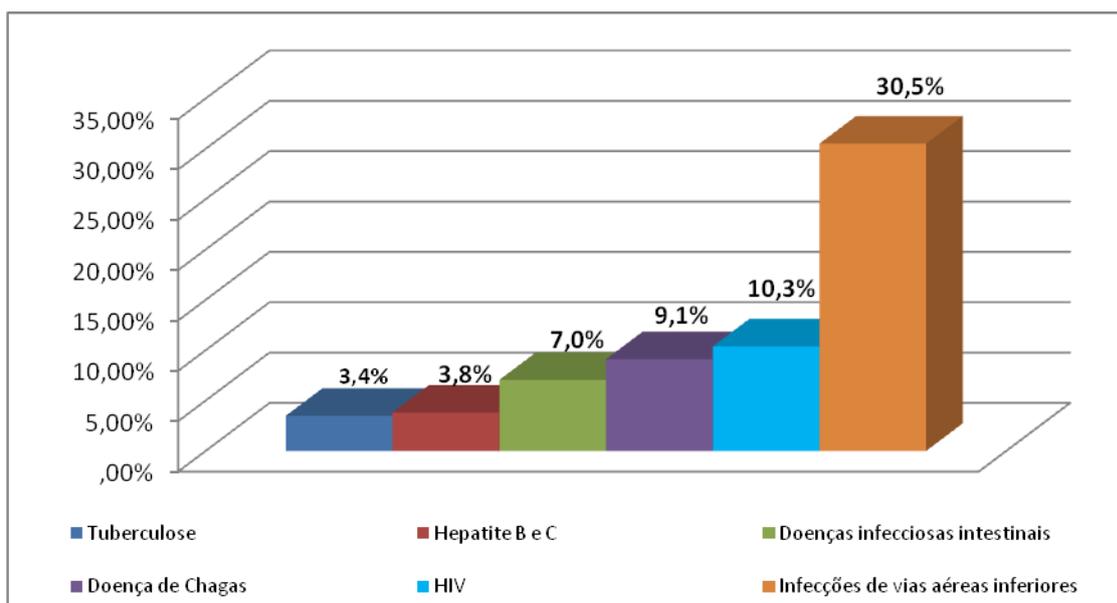
AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, CONDIÇÕES MATERNAS, PERINATAIS E DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS

5.1. Doenças infecciosas e parasitárias

A redução contínua do risco de adoecimento e morte por doenças infecciosas transmissíveis, observada em Minas Gerais (Minas Gerais, 2008), assim como no Brasil em geral, é resultado de importantes avanços da ciência e da tecnologia médica e farmacêutica, melhoria das condições de vida e de exitosos resultados alcançados por programas governamentais, tomando-se como exemplo o programa de imunização. No entanto, algumas doenças transmissíveis ainda continuam a oferecer desafios ao sistema de saúde, principalmente as infecções de via aérea inferior, o HIV, a doença de Chagas e as doenças infecciosas intestinais conforme apontado no gráfico 16. Dessa forma, a preocupação do estado é buscar cada vez mais estratégias que sejam mais eficazes na prevenção, combate e controle dessas doenças assim como, há necessidade de fortalecer a integração entre as áreas de vigilância, promoção à saúde e adequar o modelo de atenção a esse propósito ⁽²⁾.

Veja abaixo as principais doenças infecciosas e parasitárias

Gráfico 16 - Distribuição AVPAI, Principais causas Infecciosas e Parasitárias, Minas Gerais, 2005



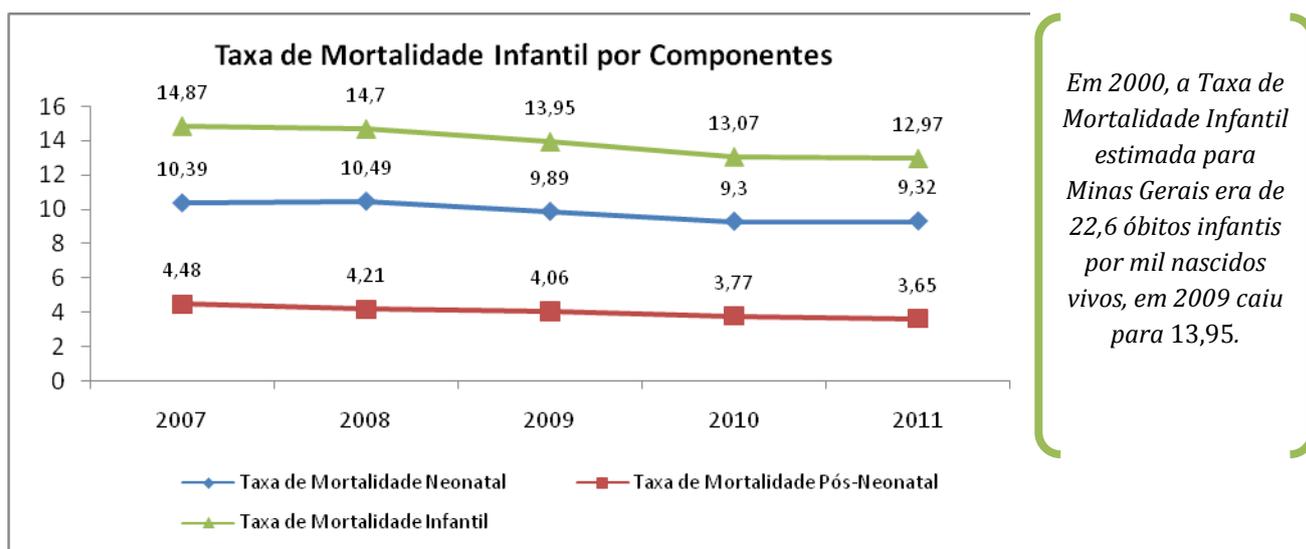
Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

5.2. Condições maternas e perinatais

Embora a mortalidade infantil esteja em Minas Gerais em processo de declínio significativo com uma redução de 26,4% dos óbitos infantis em aproximadamente uma década, ainda temos algumas regiões ampliadas de saúde que ainda apresentam índices não favoráveis ^(1, 7). Dessa forma, políticas públicas com foco na redução dos óbitos infantis são extremamente necessárias, pois esses eventos constituem uma perda precoce de anos de vida, cujas causas, em grande parte, são evitáveis ⁽⁸⁾.

Veja abaixo a evolução da taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais

Gráfico 17 - Taxas de mortalidade infantil estimadas, total e segundo componentes. Minas Gerais, 2000-2009.



Fonte: Pacto pela Saúde

Taxa de mortalidade neonatal precoce: 0 a 27 dias de vida completos; Taxa de mortalidade pós-neonatal: 28 a 364 dias de vida completos; Taxa de mortalidade infantil: menores de 1 ano de idade.

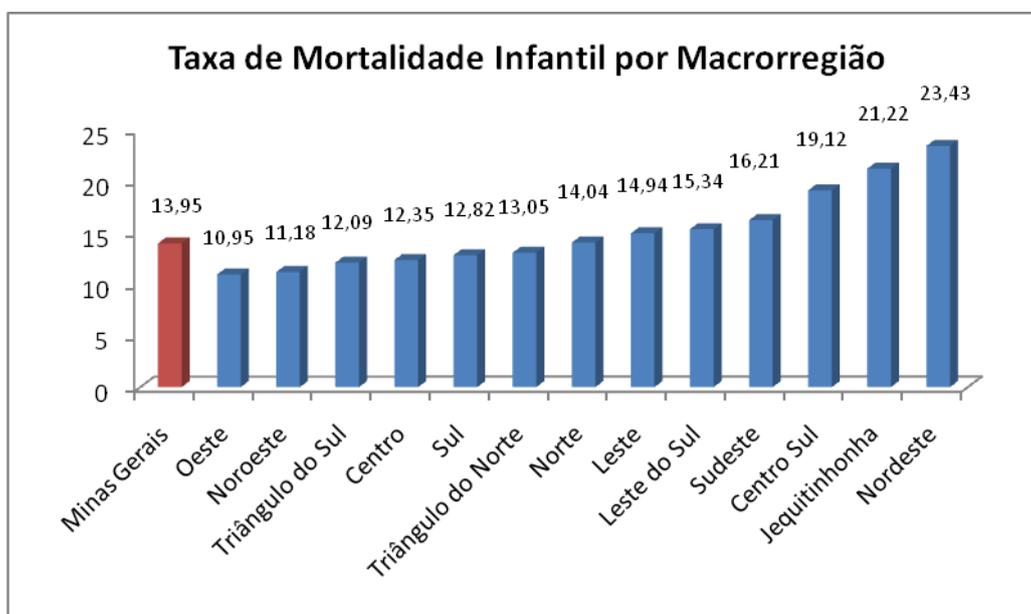
Os esforços e iniciativas importantes na assistência à saúde da mulher e da criança em Minas Gerais nos últimos anos, com disponibilização de tecnologias essenciais para o aumento da sobrevivência no período neonatal, foram sem dúvida de grande importância para a queda das taxas, inclusive no período neonatal precoce. Altas taxas de mortalidade infantil ainda persistem, principalmente nas regiões ampliadas de saúde mais pobres, e refletem as diferenças socioeconômicas como: de renda, de acesso à água tratada e saneamento, de escolaridade, assim como o

acesso a serviços qualificados de saúde. Ou seja, apesar do muito que já foi alcançado, diminuir o risco do óbito infantil continua a ser um enorme desafio ⁽¹⁾.

Veja abaixo a distribuição da taxa de mortalidade infantil nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais

A taxa de mortalidade infantil é interpretada como a quantidade de óbitos em menores de um ano de idade a cada mil habitantes em um período determinado. No gráfico abaixo, por exemplo, pode-se verificar que a região ampliada de saúde do Triângulo do Norte apresentou a menor taxa, ou seja, a cada mil crianças menores de um ano aproximadamente 11 crianças morrem.

Gráfico 18 - Taxas de mortalidade infantil (TMI) para as regiões ampliadas de saúde, Minas Gerais, 2009.



Fonte: Pacto pela Saúde

As causas da mortalidade infantil, no país de maneira geral, deixaram de ser predominantemente infecciosas e parasitárias passando, então, às condições maternas e perinatais que, em 2010 foram responsáveis por 61% dos óbitos em menores de um ano de idade em Minas Gerais ⁽⁷⁾.

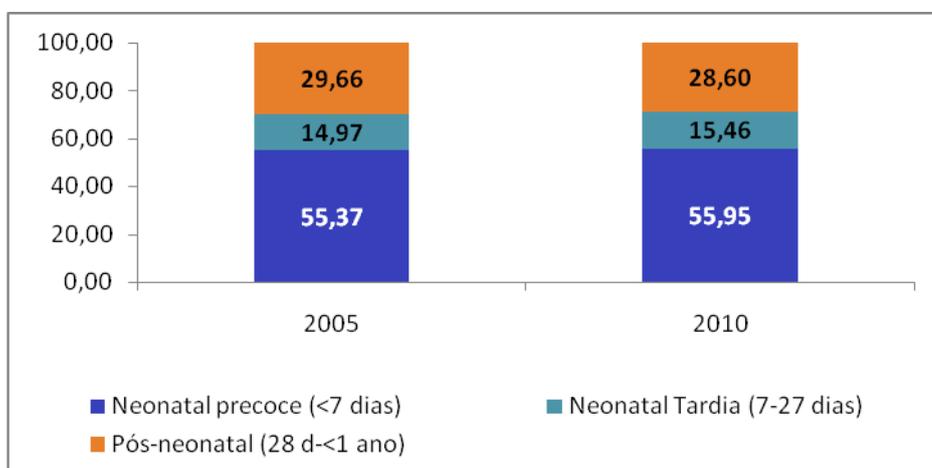
Pode-se considerar que a mortalidade infantil é consequência de diversos fatores que incluem as dimensões biológicas, sociais, culturais e até mesmo inadequação do sistema de atenção à saúde. Dessa forma, as intervenções devem ser direcionadas não só por ações diretas definidas por políticas públicas, mas também

devem proporcionar mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população ⁽⁸⁾.

Com o objetivo de entender melhor a ocorrência da mortalidade infantil, podemos desagregá-la nos componentes: mortalidade neonatal precoce, que ocorre nos primeiros sete dias de vida; mortalidade neonatal tardia, que se refere ao óbito ocorrido após o 7º até o 27º dia após o nascimento e mortalidade pós-neonatal, que ocorre a partir do 28º dia até a criança completar um ano de idade ⁽⁸⁾. Comparando a representatividade dos três componentes, o gráfico 19, permite observar que a mortalidade neonatal (precoce e tardia) tem sido responsável pela maior proporção dos óbitos infantis, representando mais que 70% do total da taxa de mortalidade infantil.

Veja abaixo a distribuição da taxa de mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal

Gráfico 98 - Proporção dos componentes da taxa mortalidade infantil. Minas Gerais, 2005-2010



Fonte: SES/MG. *Dados sujeitos à alteração.

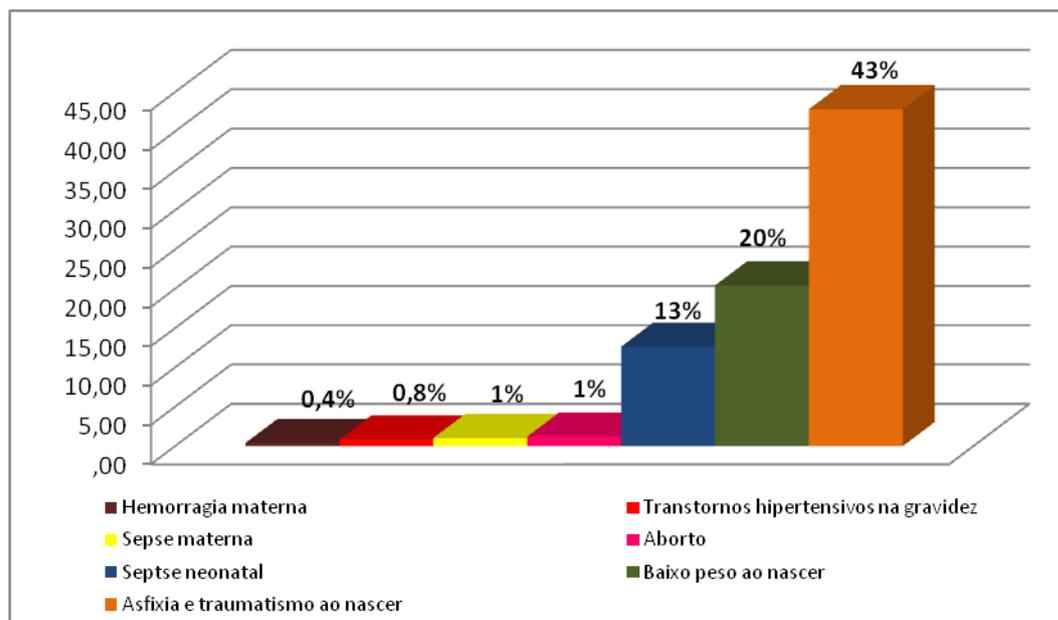
O componente neonatal na mortalidade infantil reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido ⁽⁸⁾.

Dentre as principais causas de mortalidade infantil, conforme o Estudo de Cargas e Doenças em Minas Gerais, estão a asfixia e traumatismo ao nascer em primeiro

lugar, o baixo peso ao nascer em segundo e a sepsise neonatal em terceiro (gráfico 20).

Veja abaixo as principais causas das condições maternas e perinatais

Gráfico 20- Distribuição AVPAI, Principais causas maternas e perinatais. Minas Gerais, 2005



Fonte: SES/MG. *Dados sujeitos à alteração.

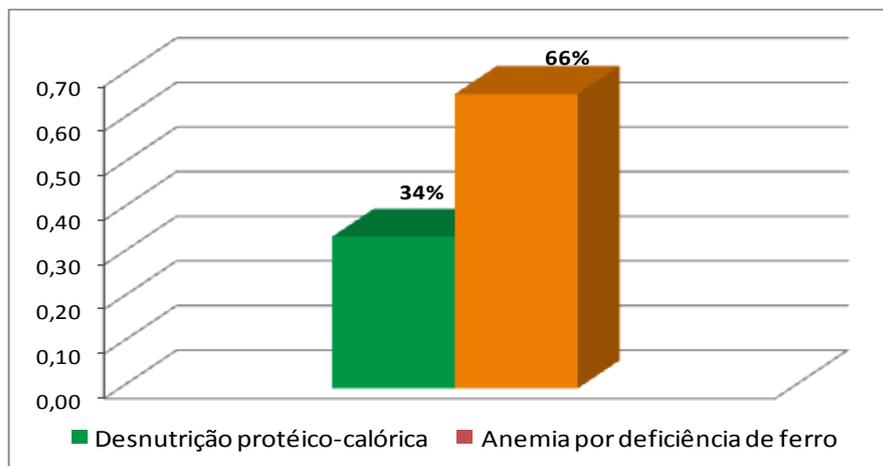
Dessa forma, ações direcionadas à qualificação do pré-natal, atenção ao parto e cuidados ao recém-nascido são extremamente importantes para reduzir a mortalidade infantil.

5.3. Deficiências nutricionais

No Brasil, a deficiência nutricional nas últimas três décadas vem diminuindo progressivamente passando então a obesidade ser uma das principais preocupações na saúde pública atualmente ⁽⁵⁾. Ainda sim, a desnutrição constitui uma condição de saúde preocupante, pois em menores de cinco anos influencia negativamente no desenvolvimento e crescimento da criança, além de aumentar os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta ⁽⁵⁾.

Veja abaixo as principais causas relativas à deficiência nutricional em Minas Gerais

Gráfico 21 - Distribuição AVPAI, deficiências nutricionais. Minas Gerais, 2005



Fonte: SES/MG. *Dados sujeitos à alteração.

A anemia por deficiência de ferro é mais prevalente, com 66% da carga AVPAI no grupo das deficiências nutricionais.

AS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Minas Gerais, assim como o Brasil, além de apresentar modificações demográficas têm experimentado uma transição epidemiológica com alterações acentuadas no perfil de morbimortalidade da população ⁽⁷⁾. Conforme apontado no estudo de carga de doenças (2011), cerca de 76% do AVPAI em Minas Gerais refere-se às doenças do grande grupo II (doenças não transmissíveis) cuja maioria são doenças crônicas ⁽²⁾.

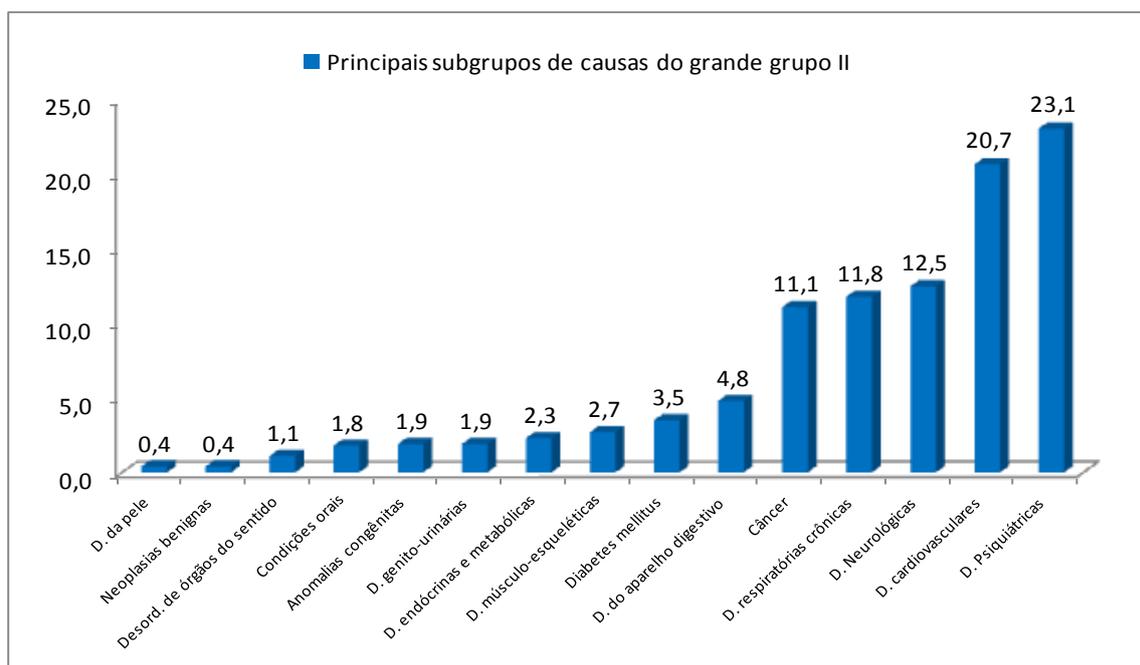
Os principais fatores determinantes da prevalência de doenças crônicas são relativos às mudanças nos estilos de vida, padrões alimentares e urbanização acelerada dentre outros. Além disso, devido à queda da mortalidade por doenças infecciosas, principalmente nos grupos mais jovens, há uma parcela da população que passa a conviver com os fatores de risco associados às doenças crônicas e à medida que cresce a parcela da população idosa, estas se tornam mais prevalentes ⁽⁵⁾.

6.1. As principais doenças não transmissíveis

Segundo o estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais (2011), as cinco principais causas de morbimortalidade no grande grupo de causas das doenças não transmissíveis são representadas pelos subgrupos das doenças psiquiátricas, cardiovasculares, neurológicas, respiratórias crônicas e câncer (gráfico 22).

Veja abaixo as doenças não transmissíveis mais presentes na população mineira

Gráfico 22 - Taxa AVPAI, principais subgrupos de causas do grande grupo II. Minas Gerais, 2005

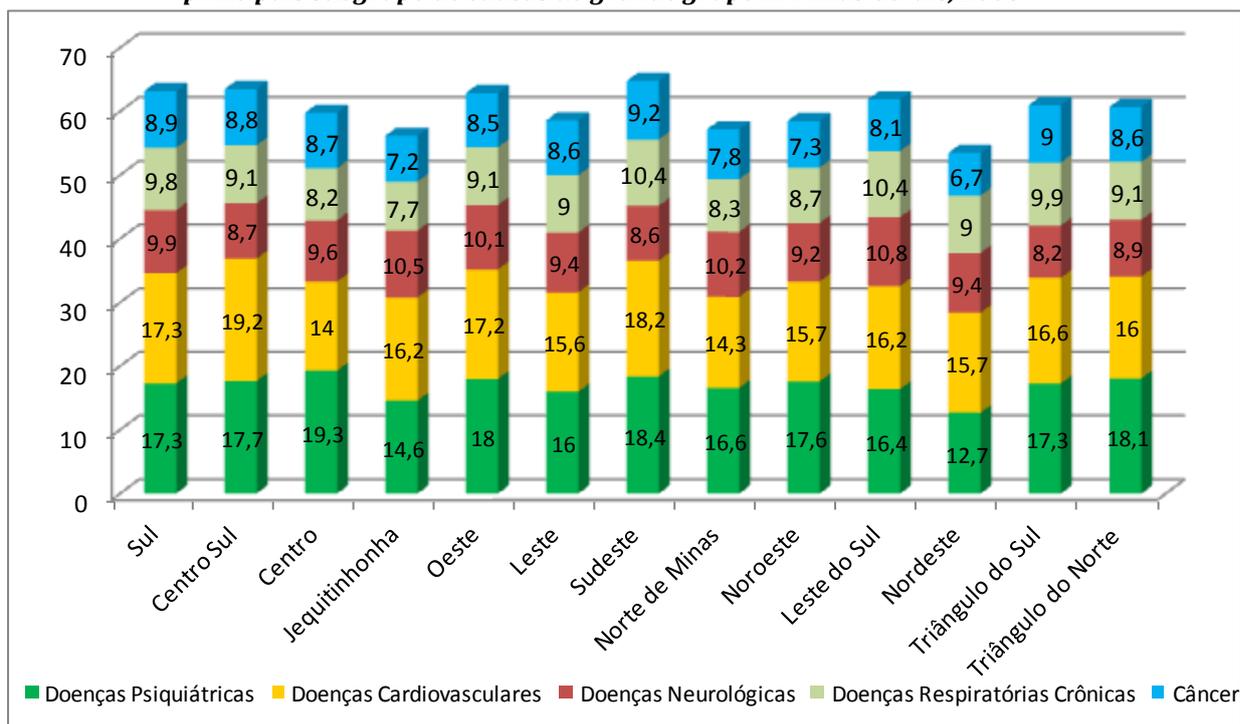


Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

Ao analisar a distribuição dos cinco principais subgrupos de causas nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, fica evidente a existência de certa homogeneidade da distribuição do peso de cada um, conforme demonstra o gráfico 22.

Veja abaixo a distribuição das cinco principais doenças não transmissíveis nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais

Gráfico 23 - Distribuição da Carga Global de Doença (AVPAI), por regiões ampliadas de saúde, principais subgrupo de causas do grande grupo II. Minas Gerais, 2005



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

De maneira mais detalhada, a tabela 5 permite observar que o subgrupo das doenças psiquiátricas se destacou ocupando o primeiro lugar em nove das treze regiões ampliadas de saúde de Saúde de Minas Gerais, as quais se destacam a macro Centro (19,3%), Sudeste (18,4%), Triângulo do Norte (18,1%) e Oeste (18%). Já com relação às doenças cardiovasculares, as regiões ampliadas de saúde Centro Sul (19,2%) e Sudeste (18,2%) apresentaram os maiores percentuais, nas demais regiões ampliadas os valores não foram muito discrepantes e variaram de 14% (Centro) a 17,3% (Sul).

Tabela 2 – Distribuição da Carga Global de Doença (AVPAI), por regiões ampliadas de saúde, Grupo de Causas II. Minas Gerais, 2005 - Em porcentagem

Grandes Grupos de Causas	Sul	Centro Sul	Centro	Jequitinhonha	Oeste	Leste	Sudeste	Norte de Minas	Noroeste	Leste do Sul	Nordeste	Triângulo do Sul	Triângulo do Norte	MG
Grande Grupo II														
Câncer	8,9	8,8	8,7	7,2	8,5	8,6	9,2	7,8	7,3	8,1	6,7	9	8,6	8,5
Neoplasias Benignas	0,7	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,3
Diabetes Mellitus	3,3	3	2,4	2,5	3	3,2	3,3	2,2	2,1	2,7	2,4	2,7	2,6	2,7
Doenças Endócrinas e Metabólicas	1,9	1,9	1,6	1,6	1,7	2,3	2	2	2,1	1,7	1,9	1,5	1,3	1,8
Doenças Neurológicas	9,9	8,7	9,6	10,5	10,1	9,4	8,6	10,2	9,2	10,8	9,4	8,2	8,9	9,5
Doenças Psiquiátricas	17,3	17,7	19,3	14,6	18	16	18,4	16,6	17,6	16,4	12,7	17,3	18,1	17,6
Desordens de órgãos do Sentido	1	0,9	0,7	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,7	1,1	0,7	0,8	0,8	0,8
Doenças Cardiovasculares	17,3	19,2	14	16,2	17,2	15,6	18,2	14,3	15,7	16,2	15,7	16,6	16	15,8
Doenças Respiratórias Crônicas	9,8	9,1	8,2	7,7	9,1	9	10,4	8,3	8,7	10,4	9	9,9	9,1	9
Doenças do Aparelho Digestivo	3,9	3,8	3,2	4,4	3,5	3,9	3	4,5	3,2	3,4	5,1	3,3	3,3	3,6
Doenças Genito-urinárias	1,7	1,2	1,3	1,3	1,3	1,6	1,6	1,5	1,3	1,5	1,5	1,6	1,3	1,4
Doenças de Pele	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4	0,2	0,3
Doenças Músculo-Esqueléticas	2,2	2,3	2,1	1,8	2	2,1	2,1	1,9	2	2,2	1,6	2,1	2,3	2,1
Anomalias Congênitas	1,3	1,4	1,4	1,9	1,4	1,8	1,1	1,9	1,3	1,2	1,7	1,2	1,3	1,4
Condições Orais	1,5	1,4	1,3	1,3	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,1	1,3	1,4	1,4

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

No subgrupo das doenças psiquiátricas os maiores valores de Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVPAI) encontrados foram relativos à depressão e ao abuso e dependência de álcool. Note ainda que $\frac{3}{4}$ do AVPAI por depressão são representados pelo sexo feminino, enquanto que no caso do abuso e dependência de álcool o sexo masculino é predominante com 71% do AVPAI nesta categoria (Tabela 3).

Veja abaixo as principais doenças psiquiátricas que acometem os mineiros

Tabela 3 – Números absolutos AVPAI, Grande grupo de Causas II, subgrupo das doenças psiquiátricas. Minas Gerais, 2005

GRANDE GRUPO II - Doenças Não Transmissíveis	TOTAL	MASC.	FEMIN
SUBGRUPO Doenças Psiquiátricas	591.981	234.420	357.561
Categoria residual subgrupo	96.154	22.156	73.998
Depressão	201.947	48.473	153.474
Transtorno afetivo bipolar	38.360	18.774	19.587
Esquizofrenia	27.415	13.585	13.829
Abuso e dependência de álcool	142.055	100.699	41.357
Transtorno de estresse pós-traumático	34.896	11.064	23.832
Transtorno obsessivo-compulsivo	31.931	13.838	18.093
Síndrome do pânico	19.223	5.831	13.392

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

Já com relação ao subgrupo das doenças cardiovasculares, que ocupou o segundo lugar no ranking do grande grupo II, temos a doença cardíaca isquêmica com o maior número de AVPAIs (191.851) seguida do acidente vascular cerebral com 162.700 AVPAIs⁽²⁾.

Dessa forma a atenção voltada às doenças crônicas 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.

6.2. Os fatores de risco das doenças crônicas

Além dos processos de transição demográfica e epidemiológica, o Brasil também tem convivido com um processo de transição nutricional que tem modificado os hábitos alimentares da população devido à crescente oferta de alimentos industrializados, facilidade de acesso a alimentos hipercalóricos com preços muito acessíveis associado a uma redução generalizada da realização de atividade física⁽⁵⁾.

Preocupante é que esse contexto tem potencial elevado para a produção de condições crônicas e por uma fração significativa da carga de doenças no Brasil de maneira geral e também em Minas Gerais ⁽⁵⁾. Além disso, de acordo com evidências científicas, se grande parte dos fatores de risco fossem controlados cerca de 80% das doenças cardiovasculares e diabetes seriam evitados e cerca de 40% dos cânceres também ⁽⁵⁾.

A tabela 4 aponta os principais fatores de risco presentes na população das capitais brasileiras conforme resultados da pesquisa VIGITEL realizada em 2007

Veja abaixo os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas

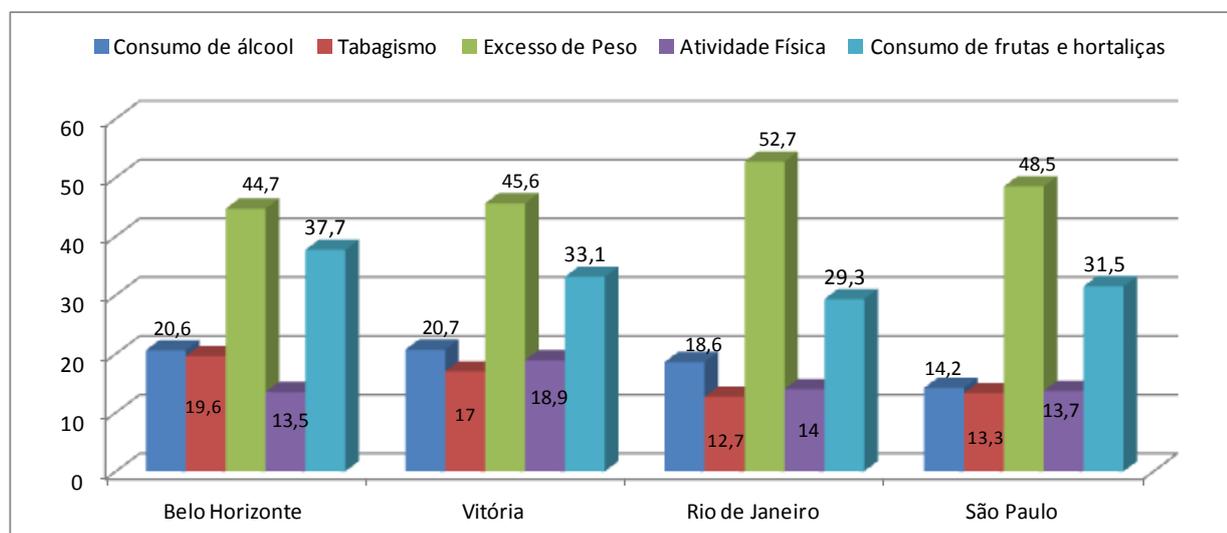
Tabela 4 – Percentual de adultos com fatores de risco em capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007

FATOR DE RISCO	% (VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO)
Excesso de Peso	33,4 – 49,7
Consumo regular de frutas e hortaliças	16,8 – 40,0
Hipertensão arterial	13,8 – 26,9
Consumo abusivo de álcool	13,4 -23,1
Tabagismo	11,5 – 21,7
Atividade física no lazer	11,3 – 20,5

Fonte: Ministério da Saúde (2009)

Segundo as estimativas da pesquisa VIGITEL realizada em 2010 (gráfico 24), a prática de atividade física na região sudeste não tem sido satisfatória, pois os percentuais variaram entre 13,3% (São Paulo) a 19,6% (Belo Horizonte) da população que relatou praticar algum tipo de atividade física com duração mínima de 30 minutos, pelo menos cinco ou mais dias por semana⁽¹⁰⁾.

Gráfico 24 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) relativo aos fatores de risco: Tabagismo, alcoolismo, atividade física, excesso de peso e consumo de frutas e hortaliças, segundo as capitais dos Sudeste, 2010.



FONTE: VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2010.

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000.

Consumo de álcool: consumo de 4 ou mais doses (mulher) ou 5 ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias.

Tabagismo: indivíduo fumante ativo.

Excesso de Peso: indivíduo com Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m².

Atividade Física: Adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias por semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias por semana.

Consumo de frutas e hortaliças: consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana.

A pesquisa demonstrou que a relação entre hábitos alimentares e excesso de peso é muito intensa, pois Belo Horizonte apresentou o maior percentual de consumo

de frutas e hortaliças e o menor percentual de excesso de peso, em contraponto o Rio de Janeiro apresentou o menor percentual relativo ao consumo de frutas e hortaliças e o maior percentual de excesso de peso ⁽¹⁰⁾.

Relativo ao consumo de álcool e tabagismo, a capital mineira juntamente com Vitória tiveram os maiores percentuais em detrimento do Rio de Janeiro e São Paulo.

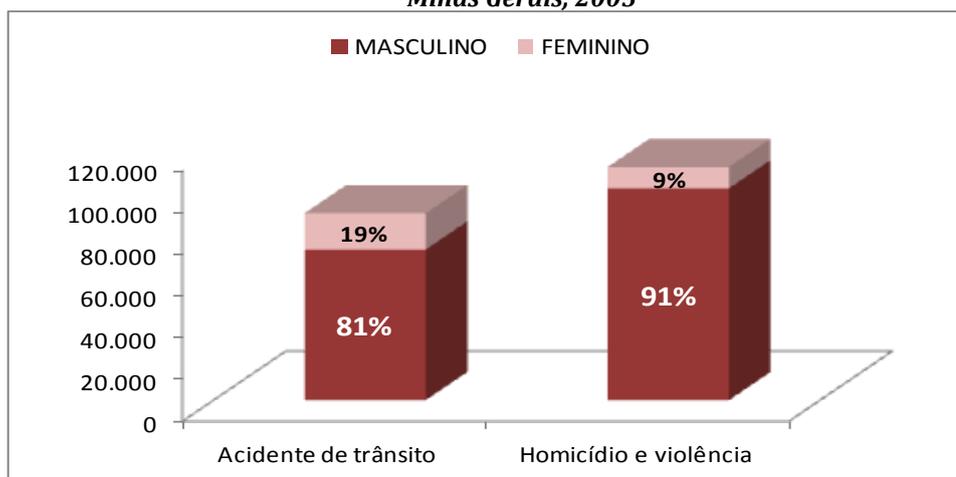
AS CAUSAS EXTERNAS

As causas externas são aquelas que se referem às mortes não naturais e são classificadas em dois subgrupos distintos no estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais: intencionais (homicídio e violência, suicídio, etc.) e não intencionais (acidentes, envenenamentos, etc.) ^(7 e 2).

Chama a atenção o fato de que a proporção do AVPAI por causas externas é muito maior na população masculina do que na feminina. Os homens são responsáveis por 81% da carga de AVPAI relacionada aos acidentes de trânsito e 91% dos homicídios e violência (gráfico 25).

Veja abaixo a distribuição das causas externas no sexo masculino e feminino

Gráfico 25 - Distribuição AVPAI, Acidentes de trânsito, homicídio e violência, por sexo. Minas Gerais, 2005

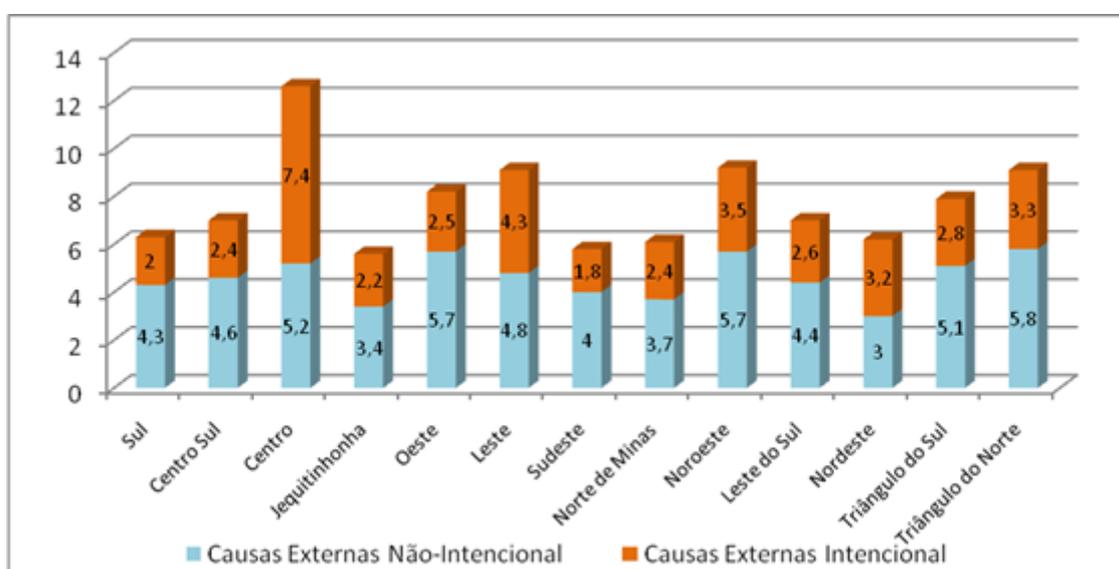


Fonte: Núcleo de Pesquisas e Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, ENSP/Fiocruz.

A distribuição do grande grupo das causas externas nas treze regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais tem como destaque a predominância das causas externas não intencionais na grande maioria (11 regiões ampliadas de saúde), somente as regiões ampliadas do Centro e Nordeste tiveram as causas intencionais ocupando o primeiro lugar.

Veja abaixo a distribuição das causas externas nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais

Gráfico 26 - Distribuição da Carga Global de Doença (AVPAI), por regiões ampliadas de saúde, Causas Externas. Minas Gerais - 2005



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Núcleo de Carga de Doença/Fiocruz.

O fato preocupante relativo à carga de doenças por causas externas refere-se às elevadas taxas de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte que demandam atendimento nos serviços de saúde de alta complexidade como cirurgias complexas, profissionais altamente especializados, infraestrutura adequada para a realização de internações hospitalares. Além disso, quando não há o óbito, muitas vezes os indivíduos necessitam de reabilitação das sequelas físicas e/ou mentais, temporárias ou permanentes ⁽⁴⁾.

É importante destacar que, a prevenção e a atenção às pessoas em situação de violência necessitam de iniciativas intersetoriais como políticas de segurança pública, desenvolvimento socioeconômico e educação dentre outras. Além disso, ações mais operacionais e imediatas podem ser realizadas, como por exemplo, o

controle da fabricação, importação, comercialização e uso de armas de fogo; penalizações mais severas das infrações graves de trânsito; investimento constante na melhoria da sinalização para maior proteção ao pedestre, dentre outros ⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais**. 3ª Edição. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude>>. Acesso em 28 set. 2011.
2. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença/ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida. **Relatório Final - Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005**. Junho de 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude>>. Acesso em: 28 set. 2011.
3. Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **O estado do Estado** - Anexo II do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2007-2023. Belo Horizonte, 2007.
5. MENDES, E. V.. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília-DF, 2011
6. Fundação João Pinheiro. Centro de Estatística e Informações. Centro de Estudos de Políticas Públicas. **Indicadores Básicos da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais - 2009**. Belo Horizonte, 2010.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009**.
8. Rede Interagencial de Informações para Saúde - RIPSa. **Informe de Situação e Tendências - Demografia e Saúde**. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Série: Informe de Situação e Tendências. Brasília – DF, 2009.
9. World Health Organization. **The Global Burden of Disease: 2004 Update**.
10. VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 152 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
11. Rodrigues, Cristina Guimarães. Dinâmica demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050. UFMG/Cedeplar. Belo Horizonte, MG - 2010 (Tese de Doutorado)

PARTE III - DIRETRIZES E METAS

- ***REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIORITÁRIAS ORGANIZADAS A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE***
- ***ÁREAS TEMÁTICAS***

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
PRIORITÁRIAS ORGANIZADAS A
PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A
SAÚDE**

APRESENTAÇÃO

1.1. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A análise situacional da saúde em Minas Gerais evidencia um processo prolongado de transição epidemiológica, caracterizada pela tripla carga de doenças, com um forte predomínio das doenças crônicas, crescimento preocupante das causas externas e persistência de patamares consideráveis de doenças transmissíveis.

Este contexto complexo suscita um modelo de atenção à saúde que atenda às diversidades presentes neste cenário epidemiológico de forma efetiva e com qualidade.

Fato é que, modelos de atenção à saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e agudizações das condições crônicas, assim como organizados de forma fragmentada (sem articulações orgânicas e sistêmicas entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio e os sistemas logísticos), não conseguem responder com eficiência, efetividade e qualidade as demandas epidemiológicas atuais.

Os sistemas fragmentados geram a descontinuidade da atenção, estruturas de atendimento com foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar, ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras, pouco

direcionadas na prevenção e promoção da saúde, atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico e por fim o financiamento por procedimentos ⁽¹⁾.

É imprescindível mudar, radicalmente, a lógica vigente, implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são organizados através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados. Em geral não há uma população adscrita de responsabilização, e os três níveis de atenção, primário, secundário e terciário não se comunicam entre si e nem com os sistemas de apoio.

e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária.

A tentativa de superação de um sistema de saúde fragmentado surge com a implantação das redes de atenção à saúde em Minas Gerais.

De maneira sucinta, definimos uma rede de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, com uma missão e objetivos comuns através de ações cooperativas e interdependentes. O objetivo primordial é garantir uma atenção contínua e integral a determinada população no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada ⁽¹⁾.

As Redes de Atenção à Saúde estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos).

A organização do modelo assistencial em redes, no âmbito do SUS, em Minas Gerais, se conforma através de redes consideradas prioritárias, redes de apoio e a atenção primária à saúde como coordenadora conforme exemplo genérico a seguir.

Figura 1 – A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2011.

Atenção Primária à Saúde

Considerada como o “centro de comunicação” das redes de atenção à saúde tem o papel fundamental de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diversos componentes das redes de atenção à saúde com o objetivo primordial de garantir a continuidade da atenção. Além disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser resolutiva e capacitada, o que implica conhecimento e tecnologia para atender mais de 85% dos problemas da população. Por fim, a APS além de conhecer e se relacionar, deve ser responsável pelos microterritórios sanitários de uma determinada população adscrita ⁽¹⁾.

Redes de atenção à saúde prioritárias (Pontos de atenção à saúde secundários e terciários)

De maneira genérica, as redes de atenção se configuram por pontos de atenção secundária e terciária que ofertam determinados serviços especializados com densidades tecnológicas diversas e igualmente importantes ⁽¹⁾.

Em Minas Gerais as redes prioritárias espelham as escolhas estratégicas do governo na busca pela superação dos principais problemas de saúde da população, e são representadas pelas Redes Viva Vida, Mais Vida, Hiperdia, Urgência e Emergência e Saúde Mental.

Sistemas de apoio das redes

Conceitualmente, os sistemas de apoio são considerados “lugares institucionais” das redes que proporcionam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde relativos à apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde ⁽¹⁾.

Sistemas logísticos das redes

Os sistemas logísticos objetivam a organização racional, eficaz e otimizada dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção com base em soluções tecnológicas, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Os principais sistemas logísticos referem-se ao acesso regulado, transporte em saúde e prontuário clínico ⁽¹⁾.

Governança das redes

A governança é um sistema transversal que rege as relações entre a atenção primária, as redes de atenção, os sistemas logísticos e de apoio de acordo com a missão, visão e objetivos comuns das redes. Além disso, tem o papel de desenvolver nas organizações a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar ⁽¹⁾.

Além de todo o escopo acima apresentado, existem inúmeras ações de saúde que, apesar de não estarem visíveis na figura esquemática de redes, são extremamente importantes na atenção à saúde.

São temáticas pertinentes que associadas à atenção primária, redes prioritárias e redes logísticas e de apoio contribuem para a integralidade, equidade e garantia de acesso na atenção à saúde. Em Minas Gerais essas temáticas perpassam a Vigilância em Saúde que é transversal a toda a rede, saúde bucal, saúde ocular, saúde do homem, saúde indígena, atenção aos portadores de necessidades especiais, atenção à saúde no sistema prisional, doenças complexas e terapêuticas não convencionais.

Áreas Temáticas e Diretrizes do Plano Estadual de Saúde

Correspondência das diretrizes do PES com os Programas e Ações (em 2013) no PPAG.

ÁREA TEMÁTICA	DIRETRIZ DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES)	PROGRAMA	AÇÃO
Atenção Primária à Saúde	Universalizar a oferta e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família.	Atenção à Saúde (0237)	4072 – Atenção à Saúde das Comunidades Quilombolas
			4211 – Atenção à Saúde Bucal
			4213 – Atenção à Saúde das pessoas privadas de liberdade
			4237 – Práticas Integrativas e Complementares
			4468 – Atenção à Saúde das Comunidades Indígenas
		Infraestrutura de Defesa Social (0020)	4207 – Unidades de Saúde do Sistema Socioeducativo
			4214 – Unidades de Saúde do Sistema Prisional
		Saúde em Casa (0049)	1116 – Ampliação da Cobertura Populacional do Programa Saúde da Família (PSF)
			1127 – Ampliação da Estrutura da Atenção Primária
Urgência e Emergência	Implantar a Rede de Atenção à Urgência e Emergência nas Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais e aprimorar o seu funcionamento.	Copa do Mundo 2014 (0007)	4333 – Saúde na Copa
		Redes Integradas de Serviços de Saúde (0044)	1175 – Rede de Urgência e Emergência
			4638 – Atendimento às Urgências e Emergências no Estado
Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente	Promover a integração, a organização e a otimização da Rede Viva Vida para prestar assistência integral à saúde da mulher, gestantes, crianças e adolescentes.	Redes Integradas de Serviços de Saúde (0044)	1174 – Viva Vida – Mães de Minas
			4208 – Viva Vida – Atenção às Gestantes e Crianças
Saúde Mental	Instituir a Rede de Saúde Mental, com vistas a reduzir a maior causa de incapacidade no Estado de Minas Gerais, tendo como foco a abordagem intersetorial no combate as drogas, através do Programa “Aliança pela Vida”.	Aliança pela Vida (0052)	4030 – Assistência à Saúde aos Dependentes Químicos
		Redes Integradas de Serviços de Saúde (0044)	4107 – Implantação da rede de Atenção em Saúde Mental
Saúde do Idoso e Condições Crônicas	Ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira, por meio da implementação de uma rede integrada de atenção às condições crônicas prevalentes e prioritárias no Estado, com o foco na promoção à saúde, na prevenção de riscos e agravos e na atenção à saúde da pessoa idosa e dos usuários acometidos pela hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes <i>mellitus</i> , doença renal crônica, obesidade e tabagismo.	Redes Integradas de Serviços de Saúde (0044)	1168 – Implantação de Centros Hiperdia Minas
			4145 – Atenção à Saúde de Pacientes com hipertensão e Diabetes
			4192 – Atenção à Saúde da População Idosa

ÁREA TEMÁTICA	DIRETRIZ DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES)	PROGRAMA	AÇÃO
Atenção Secundária e Terciária	Fortalecer a atenção hospitalar e ambulatorial como pontos relevantes e resolutivos das redes de atenção à saúde, através da implantação de política de estímulo aos hospitais socialmente necessários, da implantação de novos centros especializados e do desenho de novas redes temáticas.	Atenção à Saúde (0237)	4388 – Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde 4391 – Fomento e Execução de Ações de Saúde
		Gestão do Sistema Único de Saúde (0239)	4029 – Manutenção do Hospital Escola Clemente de Faria
		Obras Prediais na Rede FHEMIG (0133)	1239 – Projetos, Construções, Ampliações e Reformas das Unidades Prediais da Rede FHEMIG
		Saúde Integrada (0002)	1059 – Implantação de Hospitais Regionais
			4001 – Gestão da Política Hospitalar – Complexo de Saúde Mental
			4002 – Gestão da Política Hospitalar – Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso
			4003 – Gestão da Política Hospitalar – Complexo de Urgência e Emergência
			4004 – Gestão da Política Hospitalar – Complexo de Especialidades
			4006 – Gestão da Política Hospitalar – Complexo de Hospitais Gerais
			4252 – Manutenção de Hospitais Regionais
			4264 – Assistência Ambulatorial
			4265 – Ressarcimento de Extrapolamento do Teto Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC)
			4282 – Assistência Hospitalar
4308 – Gestão da Política Hospitalar – Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde (PRO-HOSP)			
4440 – Gestão da Política Hospitalar – Complexo MG Transplante			
Vigilância em Saúde	Desenvolver na população uma consciência sanitária, estimulando maior cuidado do cidadão com a própria saúde e consolidando a redução dos riscos e agravos, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Avança Minas Olímpica (0008)	1297 – Geração Saúde
		Cultivar, Nutrir e Educar (0025)	1207 – Estratégias Nutricionais de Promoção à Saúde
		Travessia (0036)	1211 – Travessia Saúde
		Vigilância em Saúde (0238)	4240 – Vigilância Alimentar e Nutricional
	4387 – Vigilância e Promoção da Saúde		
	Implementar ações de abordagem aos fatores condicionantes, determinantes, riscos e danos à saúde, inclusive ações de saneamento básico e saúde ambiental.	Atenção à Saúde (0237)	4182 – Políticas e Ações Especializadas em Saúde
			4209 – Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
			4285 – Atenção à Saúde das Pessoas que Vivem e Convivem com DST/HIV/AIDS
		Saneamento para Todos (0053)	1079 – Vida no Vale
		Vigilância em Saúde (0238)	4331 – Vigilância Ambiental e Controle da Dengue
4389 – Vigilância Sanitária			
4580 – Saúde do Trabalhador			
Assistência Farmacêutica	Assegurar uma política efetiva de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, alinhada ao funcionamento das redes, assegurando a logística de distribuição adequada dos medicamentos aos cidadãos.	Incentivo à Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica(0275)	4422 – Implantação da Rede Farmácia de Minas
			4582 – Manutenção da Rede Farmácia de Minas
		Saúde Integrada (0002)	4024 – Produção e Distribuição de Medicamentos – Programa Nacional de Medicamentos
			4299 – Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos Básicos
			4302 – Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos de Alto Custo
			4420 – Produção de Medicamentos – Farmácia de Minas
ÁREA	DIRETRIZ DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	PROGRAMA	AÇÃO

TEMÁTICA	(PES)		
Regulação e Auditoria	Desenvolver os sistemas de regulação e auditoria para o efetivo funcionamento das redes de atenção.	Saúde Integrada (0002)	4280 – Gestão do Sistema de Regulação em Saúde
Sistemas logísticos e sistemas de apoio às Redes de Atenção	Desenvolver os sistemas logísticos e sistemas de apoio visando possibilitar o efetivo funcionamento das redes de atenção.	Saúde em Casa (0049)	4260 – Tecnologia da Informação para Atenção Primária à Saúde
		Saúde Integrada (0002)	1112 – Atende Saúde
			4288 – Tele Minas Saúde
			1121 – Implantação do Módulo Eletivo do Sistema Estadual de Transporte em Saúde
Gestão do Sistema Único de Saúde (0239)	4278 – Gestão do Sistema de Transportes em Saúde		
Produção, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Fortalecer o complexo produtivo em saúde como vetor estruturante do desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde e contribuir para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação.	Assistência Hematológica e Hemoterápica (0187)	4025 – Ampliação, Adequação e Manutenção da Infraestrutura Física 4372 – Desenvolvimento do Programa de Sangue e Hemoderivados
		Desenvolvimento do Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (0106)	4027 – Desenvolvimento de Bancos de Tecidos Biológicos
		Desenvolvimento, Produção e Entrega de Imunobiológicos (0159)	1014 – Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para Saúde – Infraestrutura
			4011 – Produção e Distribuição de Imunobiológicos
		Geração de Conhecimentos Científicos e Biotecnológicos (0254)	2079 – Pesquisa e Desenvolvimento na Área de Saúde
		Produção de Serviços Laboratoriais (0201)	1004 – Construção e Adequação de Unidades Físicas – Instituto Octávio Magalhães
			4481 – Produção de Serviços Laboratoriais
		Redes Integradas de Serviços de Saúde (0044)	1052 – Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais - CETEBIO
Gestão do Trabalho e Educação Permanente	Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.	Apoio à Administração Pública (0701)	2018 – Desenvolvimento e Capacitação do Servidor
		Desenvolvimento de Educação na Saúde (0206)	2081 – Capacitação, Formação Técnica e Especialização de Profissionais da Área de Saúde
			4167 – Produção Científica no Campo da Saúde
		Gestão do Sistema Único de Saúde (0239)	2099 – Fortalecimento das Políticas de Gestão do Trabalho e Pessoas
			4238 – Ações Educacionais para o Sistema Único de Saúde
			4292 – Canal Minas Saúde 4427 – Desenvolvimento de Recursos Humanos – Gestão do Sistema Único de Saúde
		Redes Integradas de Serviços de Saúde (0044)	4435 – Desenvolvimento de Recursos Humanos para Estruturação das Redes
		Residência Médica FHEMIG (0134)	4442 – Formação de Médicos Especialistas
Saúde em Casa (0049)	4433 – Desenvolvimento de Recursos Humanos		

ÁREA	DIRETRIZ DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	PROGRAMA	AÇÃO
------	-------------------------------------	----------	------

TEMÁTICA	(PES)		
Governança	Fortalecer a governança do Sistema Único de Saúde, através do aprimoramento das relações interfederativas, da valorização do controle social e da implementação de um novo modelo de gestão, com centralidade na garantia do acesso, foco em resultados e financiamento estável.	Gestão do Sistema Único de Saúde(0239)	2093 – Operacionalização do Conselho Estadual de Saúde
			4243 – Fortalecimento da Governança do SUS
Processos de Apoio	Qualificar os processos de apoio da Secretaria de Estado de Saúde e das Unidades Vinculadas, através da simplificação e do aprimoramento dos instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	Atenção à Saúde (0237)	2001 – Direção Superior
			2002 – Planejamento, Gestão e Finanças
		Fortalecimento da Gestão das Unidades Administrativas (0138)	2417 – Remuneração de Pessoal Ativo e Encargos Sociais
			2010 – Ações de Tecnologia da Informação
		2011 – Fortalecimento da Gestão Regional	

Para facilitar o entendimento das áreas temáticas a serem apresentadas a seguir, optou-se por utilizar a estrutura de Diretriz, Desafio, Resposta Social, Público alvo e Metas (2012-2015), de forma a garantir a padronização e a completude das informações.

Diretriz: Deve mostrar o resultado que se quer alcançar (transformação da situação). Está relacionado com as mudanças e benefícios esperados com a implementação das ações, evidenciando a efetividade esperada do alcance do objetivo, ou seja, a transformação ou mudança da realidade a qual o programa se propôs.

Área Temática: refere-se a área o eixo principal de condução da diretriz.

DESAFIO

No desafio será descrito o problema que se objetiva enfrentar. Neste espaço deve-se abordar o diagnóstico da situação-problema para o qual a ação foi proposta, as possíveis consequências da não implantação e informações sobre questões que favorecem ou desfavorecem o programa.

RESPOSTA SOCIAL

Como resposta social entende-se a estratégia que será adotada para implementação do programa, definindo a articulação para que se possa alcançar o objetivo (solução do problema). Devem ser indicados como serão conduzidas as ações, os instrumentos disponíveis ou que sejam construídos e como será a execução para que os resultados possam ser atingidos.

PÚBLICO ALVO

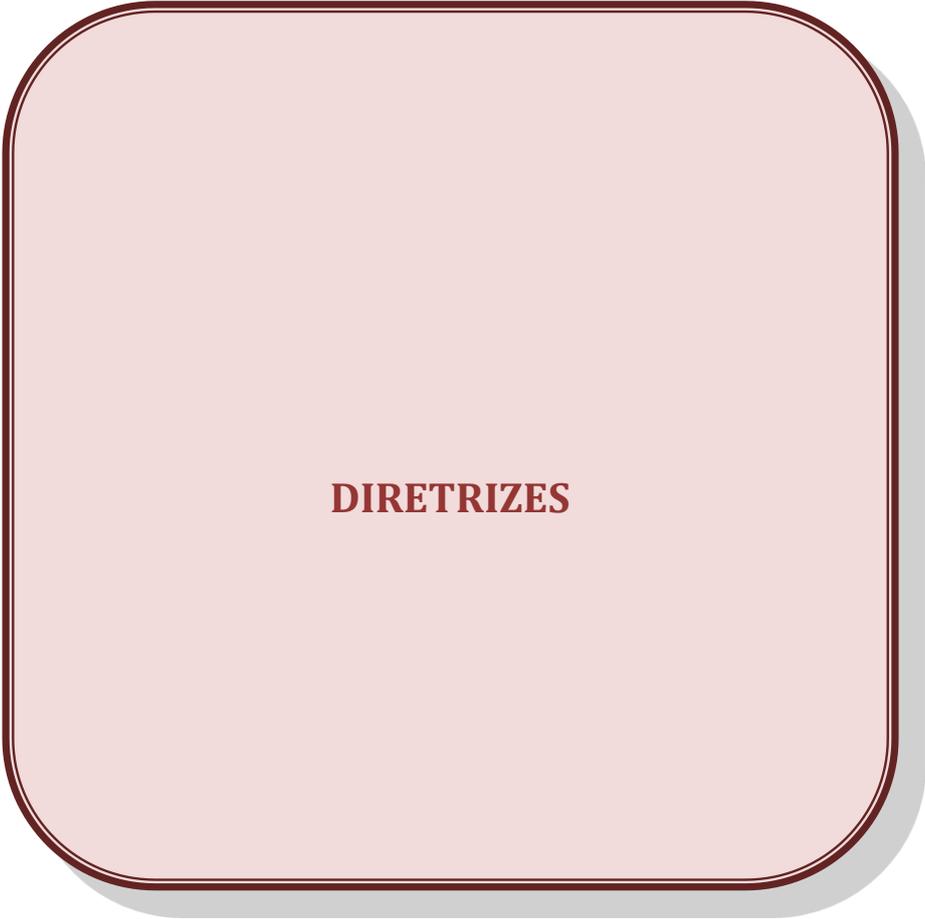
O público alvo deve identificar os setores da sociedade ou da administração pública aos quais as ações serão destinadas, sendo esses os que se beneficiam de forma direta e legítima dos produtos resultantes das ações. Deve-se discriminar (de forma mais delimitada possível) as pessoas, grupos, setores, instituições, regiões e/ou municípios que sofrem de imediato os efeitos do problema que busca-se a solução.

METAS 2012-2015

Bens, serviços ou transferências financeiras que resultam das ações e que se destinam ao público-alvo. Podem expressar a quantidade de beneficiários atendidos pela ação ou a evolução dos indicadores de saúde que estejam relacionados com as ações desenvolvidas. É obrigatória a definição de um produto ou indicador que seja mensurável a ser monitorado ao longo da execução do plano.

REFERÊNCIAS

1. MENDES, E. V.. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília-DF, 2011.
2. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual de Gestão de Projetos**. Versão 1. Brasília/DF. Dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/institucional/planejamento/imagens/manual.pdf>>. Acesso em 15 de novembro de 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização /** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).



DIRETRIZES

Diretriz: Universalizar a oferta e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família.

ÁREA TEMÁTICA: Atenção Primária à Saúde

DESAFIO

O objetivo de construir um sistema de saúde com uma APS fortalecida encontra diversos desafios, que precisam ser superados, dentre eles: o baixo adensamento tecnológico, a insuficiência de infraestrutura adequada, a baixa profissionalização da gestão, a insuficiente incorporação de diretrizes clínicas na prática cotidiana, a falta de prontuários de família eletrônicos, o processo de educação continuada fragmentado, as deficiências do processo de trabalho – precarização de vínculos, fragilidade de planos de carreira e alta rotatividade –, as dificuldades de fixação dos profissionais em determinadas regiões, a carência de equipes multiprofissionais, a ausência da função coordenadora dos fluxos de pessoas e informações nas redes de atenção à saúde, a fragilidade operacional dos modelos de atenção à saúde.

RESPOSTA SOCIAL

Lançado pelo Governo Estadual em 2005, o Programa Estruturador Saúde em Casa vem desenvolvendo ações sistemáticas para promover a ampliação do acesso à Atenção Primária a Saúde (APS) e o incremento qualitativo de sua infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho, tendo como foco o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Pretende-se para o quadriênio 2012-2015 a continuidade dos investimentos em estrutura da atenção primária e desenvolvimento de estratégias para a qualificação da prestação de serviços.

A primeira se dará mediante a estruturação (construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos) de unidades básicas de saúde, apoio ao transporte das

equipes de atenção primária, reajuste do incentivo à manutenção das equipes de atenção primária, inclusive com o apoio à inclusão de novos profissionais. Caberá ainda a Secretaria de Estado de Saúde, em conjunto com os municípios realizar diagnóstico e fomentar discussões sobre a estabilidade dos profissionais da atenção primária, por meio da fixação e do fortalecimento dos vínculos de trabalho incluindo a implementação de incentivos vinculados visando gerar estímulos à valorização profissional. No caso de recebimento de incentivos financeiros para construção, reforma ou ampliação de unidades básicas de saúde, o município deverá declarar, nas formas estabelecidas nos instrumentos normativos de contemplação, que possui condições de instalar e manter equipes completas de saúde da família.

A segunda se dará por meio de ações de apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção primária e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, seja na vertente gerencial, pedagógica ou matricial.

Ambas as linhas de atuação têm como foco a estruturação das redes de atenção, considerando a interação da APS com os pontos de atenção, sistemas de apoio e sistemas logísticos das Redes de atenção à saúde e a integração com a vigilância em saúde, considerando também a necessidade de saúde da população e tendo a atenção primária como ordenadora da atenção e coordenadora do cuidado.

Além do fortalecimento e da universalização da Atenção Primária, serão desenvolvidas estratégias específicas para abordagem do cuidado à saúde no que tange aos diferentes ciclos de vida e condições de saúde.

A parceria com o controle social no âmbito da atenção primária à saúde se dará, dentre outras formas, mediante a atuação conjunta dos conselhos municipais e dos colegiados regionais no monitoramento do funcionamento das equipes e também pela disponibilização mensal por parte do gestor estadual e dos gestores municipais de informações que fortaleçam o controle e gerem maior transparência.

Práticas Integrativas e Complementares (PIC)

As PIC buscam a implantação e implementação no Sistema Único de Saúde de práticas terapêuticas integrativas e complementares (homeopatia, fitoterapia, termalismo, medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa, acupuntura e práticas corporais) com a perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e recuperação da saúde. Essas ações serão realizadas por meio de repasse de recursos aos municípios para fomentar a sua implantação no estado.

Como estratégias de implementação serão adotadas:

- Divulgação das PIC para profissionais e gestores;
- Diagnóstico e monitoramento da adoção das PIC no estado de Minas Gerais, com a construção de banco de dados sobre a produção da PIC;
- Seleção dos municípios que receberão recursos financeiros para a construção de estruturas físicas e para a compra de insumos;
- Identificação e capacitação de profissionais em homeopatia, fitoterapia, termalismo, medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa – acupuntura e práticas corporais;
- Divulgação das PIC para os profissionais da saúde e para a população;
- Fomento às pesquisas para avaliar impacto das ações.

PÚBLICO ALVO

Considerando que o desenvolvimento das ações e serviços de atenção primária é de responsabilidade do ente municipal, as ações de saúde propostas estendem-se, em regra, às Secretarias Municipais de Saúde, aos profissionais das equipes de atenção primária e à população. Para a alocação de recursos, serão observados índices e indicadores socioeconômicos, perfil epidemiológico e acesso aos serviços de saúde.

METAS 2012-2015

- Incentivar a construção, reforma ou ampliação de 300 unidades básicas de saúde;

- Estimular a ampliação do número de Equipes de Saúde da Família completas e em funcionamento, por meio do reajuste de incentivo financeiro, distribuição de veículos, equipamentos e valorização do profissional, para alcançar a cobertura de no mínimo 75% da população;

- Universalizar a oferta de Ações de Educação Permanente para a saúde da família;
- Apoiar a organização dos processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde de 100% dos municípios;

- Apoiar financeiramente os municípios do Estado para fortalecimento das redes de atenção à saúde;

- Atingir, até 2015, o quantitativo de 25 municípios atendidos com Práticas Integrativas realizadas.

Diretriz: Implantar a Rede de Atenção à Urgência e Emergência nas Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais e aprimorar o seu funcionamento.

ÁREA TEMÁTICA: Urgência e Emergência

DESAFIO

O cenário de altos índices de morbimortalidade relacionados a traumas, doenças agudas e agudização de doenças crônicas no país, conforme demonstrado na Análise Situacional, acarreta no aumento da pressão sobre as estruturas hospitalares e seus profissionais, gerando um impacto negativo sobre a qualidade e expectativa de vida da população e uma insatisfação dos cidadãos em relação aos serviços de urgência e emergência. As causas para esse cenário encontram-se num sistema de atenção às urgências e emergências fragmentado e pouco resolutivo, marcado pela carência de leitos resolutivos, pela inexistência de um fluxo de comunicação contínuo entre os pontos de atenção aliado à não adoção de um sistema de classificação de risco padronizado (o que leva à superlotação das unidades de prontos-socorros com pacientes de baixo risco), além da baixa cobertura territorial dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Deste modo, o Estado faz-se importante na promoção do direito à saúde de forma integral: é necessário melhorar a gestão da rede com a efetivação da participação do controle social na constituição e monitoramento dos instrumentos de gestão, aumentando a eficiência do investimento e da assistência e, dessa forma, inovando nas estratégias para a promoção da saúde. Como estratégia de enfrentamento desses desafios, optou-se pela constituição de Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergências com o intuito de construir um sistema de saúde regional, integrado, com Central Operativa de Urgência e Emergência única, baseado nos princípios de economia de escala, disponibilidade de recursos e qualidade da assistência, sempre com foco no acesso.

Outro relevante desafio se apresenta devido ao advento da Copa do Mundo, em 2014, que evidencia ainda mais a necessidade de estruturação dos serviços de

urgência e emergência. O Estado deverá estar pronto para responder prontamente a possíveis catástrofes/desastres que envolvam múltiplas vítimas, os quais tem a maior probabilidade de ocorrência no contexto de grandes eventos.

RESPOSTA SOCIAL

Este programa tem por objetivo implantar Redes de Atenção às Urgências e Emergências considerando os princípios de economia de escala, disponibilidade de recursos e qualidade da assistência, visando atingir a cobertura de 100% da população nas Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais. Para tanto, busca-se estruturar redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas de cuidados integrais às urgências e emergências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros.

As Redes de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais são compostas pelos seguintes componentes e características:

- População definida regionalmente, a fim de atingir um nível ótimo de saúde;
- Estruturas de atenção à saúde regionalizadas, que buscam promover uma atuação de forma descentralizada, em todos os municípios, e a concentração dos serviços de atenção secundária e terciária em pólos regionais;
- Coordenação e comando único, por meio de uma Central Operativa de U/E e Comitê Gestor (este deve ter representação efetiva do controle social do SUS) buscando a poliarquia e a horizontalidade nos processos decisórios que envolvam a Rede;
- Gerenciamento supramunicipal, por meio de consórcios intermunicipais públicos de natureza jurídica pública, possibilitando ganhos de escala no atendimento;
- SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e NEP (Núcleo de Educação Permanente) regionalizados, que buscam oferecer a melhor resposta ao pedido de auxílio ou orientação com uma equipe treinada de profissionais de saúde, composta por médicos, enfermeiros e equipamentos de UTI (de acordo com a necessidade do evento), trazendo qualidade à atenção extra e intrahospitalar;

- Linguagem única, com a implantação do Protocolo de Classificação de Risco – Sistema Manchester nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência como instrumento de gestão de urgência, visando a uniformização dos procedimentos, o apoio à decisão, a otimização da capacidade instalada, a qualidade/adequação dos cuidados e a responsabilização, tanto de usuários como de profissionais, indivíduos e instituições, perante o acesso aos serviços de urgência;
- Atenção primária como ponto de atendimento ao agudo, com a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Hospitais de referência em diversas especialidades; organizados numa Rede articulada e integrada com os outros componentes por meio dos sistemas logísticos, com o objetivo de garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade bem como a realização de procedimentos diagnósticos, disponibilizando leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências, consideradas as linhas de cuidado prioritárias, bem como leitos intermediários para cuidados progressivos.

Dessa maneira, espera-se reduzir as mortes e sequelas evitáveis e a pressão sobre as estruturas hospitalares e seus profissionais. Além disso, busca-se elevar a satisfação da população quanto aos serviços de urgência e emergência, reduzindo as disparidades regionais, com impacto positivo na expectativa de vida da população.

E para que o Estado esteja apto a receber grandes eventos será elaborado um Plano de resposta a situações de crise sanitária e desastres/ catástrofes na área de saúde, com foco nos jogos de 2013 e 2014, que será deixado como legado da Copa 2014. Por fim, importante ressaltar que poderá ser necessário algumas adequações na infraestrutura dos hospitais que forem identificados como pontos estratégicos neste plano.

PÚBLICO ALVO

As ações visam atingir a cobertura de 100% da população em todas as regiões ampliadas de saúde do Estado de Minas Gerais.

METAS 2012-2015

- Implantação e manutenção da Rede de Urgência e Emergência em 100% das regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais.

Diretriz: Promover a integração, a organização e a otimização da Rede Viva Vida para prestar assistência integral à saúde da mulher, gestantes, crianças e adolescentes.

ÁREA TEMÁTICA: Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

DESAFIO

A taxa de mortalidade infantil, que representa o risco de uma criança vir a morrer no primeiro ano de vida, tem sido historicamente utilizada como um indicador para avaliar as condições de saúde e de vida da população e, mais recentemente, para avaliar o desempenho dos serviços de saúde. A evolução das taxas, com grandes disparidades regionais, vem apresentando queda menor que a esperada e as diferenças em relação às taxas apresentadas por países com adequadas condições de vida e ou regionalização da assistência perinatal, são incontestavelmente altas. Na América Latina citam-se como exemplo Chile e Cuba.

Em Minas Gerais, como no Brasil, as mortes neonatais, que ocorrem no primeiro mês de vida, representam o maior componente da taxa de mortalidade nos primeiros cinco anos de vida, desde a década de 90, e a maioria dos óbitos é determinada por causas potencialmente evitáveis por meio de intervenções efetivas como acesso universal ao pré-natal de qualidade, assistência qualificada ao parto, nascimento e período neonatal.

Os estudos disponíveis de monitoramento da assistência perinatal a partir da década de 90 identificam falhas na integração da assistência, com fluxos assistenciais e estruturação de serviços que não respondem às demandas clínicas da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido mesmo com a quase totalidade dos nascimentos ocorrerem em hospitais-maternidades e com profissionais habilitados.

Magnitude com taxas altas e com grande desigualdade regional, vulnerabilidade com a maioria dos óbitos evitáveis, transcendência com repercussões sociais e

políticas, relevância para definição de políticas públicas e compromisso internacional contemplado na quarta meta do milênio o enfrentamento desse desafio demanda mudanças importantes tanto no modelo assistencial quanto na organização dos serviços de saúde: de um modelo de atenção voltado para as condições agudas para aquele voltado para as condições crônicas; de um modelo de gestão dos meios para aquele de gestão dos fins; de um modelo de assistência organizado a partir da oferta para aquele organizado a partir da necessidade da população (MENDES, 2009).

RESPOSTA SOCIAL

Para enfrentar o desafio de reduzir a mortalidade infantil e materna em Minas Gerais a Secretaria de Estado da Saúde integrou esforços e definiu o enfrentamento dessa questão como meta mobilizadora do setor saúde.

Nesse sentido, o Programa Viva Vida, criado em 2003, sistematizou ações de estruturação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (Rede Viva Vida), além da mobilização social, com a criação de espaços de interlocução de organizações governamentais, não governamentais e demais segmentos da sociedade civil organizada.

A Rede Viva Vida, como as demais redes temáticas do estado, tem seu centro organizador no nível primário da atenção, no qual está o maior conjunto das ações assistenciais.

O nível secundário da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança caracteriza-se pela maior complexidade tecnológica e é constituído pelas Maternidades de Risco Habitual e de Alto Risco Secundária, as Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera, os Hospitais Regionais com Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos e os Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS).

O nível terciário da Rede Viva Vida possui serviços ainda mais especializados que o anterior, com intenso grau de tecnologia incorporado à assistência ofertada nas Maternidades de Alto Risco Terciária, nas Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEPs), nos Hospitais Regionais com Unidades Neonatais de Cuidados

Progressivos. Considerando que a Rede Viva Vida atua também no controle do câncer de mama e de colo de útero, incorpora-se, a este nível de atenção os Centros e as Unidades Oncológicas de Atenção à Saúde (CACON e UNACON).

Os sistemas logísticos e de apoio e integram-se de maneira transversal os três níveis de atenção da Rede Viva Vida.

Dentre as principais contribuições e resultados do Programa Viva Vida no desafio de enfrentar e reduzir a mortalidade infantil e materna em Minas Gerais destacam-se:

- 25 Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) implantados e mantidos pelo Estado de Minas Gerais;
- 7 Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEPs) implantados e mantidos pelo Estado de Minas Gerais;
- 78 Maternidades de Risco Habitual;
- 33 Maternidades de Alto Risco de nível Secundário;
- 9 Maternidades de Alto Risco de nível Terciário;
- 205 Comitês Municipais de Defesa da Vida implantados;
- Mais de 16.000 profissionais capacitados.

Embora, muitos avanços tenham sido conquistados, o processo de implantação e expansão da Rede Viva Vida evidenciou a necessidade de acompanhar a gestante e a criança nos vários momentos da sua história com o objetivo de identificar com precisão os riscos de eventos desfavoráveis e oferecer o cuidado necessário para o bom desenvolvimento da saúde das mesmas. Assim, para ampliar os resultados alcançados até o momento, em 2011, novas ações integram-se a esta Rede, por meio do Projeto Mães de Minas.

As ações do Projeto Mães de Minas visam constituir um Sistema de Identificação para um rápido e completo conhecimento de todas as gestantes mineiras, além do desenvolvimento de um *Call Center* como ferramenta de interlocução direta com a gestante, sua família e com os serviços de saúde.

PÚBLICO ALVO

Mulheres, Gestantes, Crianças e Adolescentes do Estado de Minas Gerais.

METAS 2012-2015

- Ampliar as políticas de atenção integral à saúde da criança, do(a) adolescente e da mulher, considerando os direitos sexuais e reprodutivos e a perspectiva de gênero;
- Prover incentivos, em conjunto com recursos federais e municipais, para a ampliação e manutenção dos pontos de atenção secundários e terciários da Rede Viva Vida, considerando os principais condicionantes da mortalidade infantil e materna, contratualizando os pontos de atenção segundo metas quali-quantitativas que induzem a incorporação da qualidade no processo de trabalho e impactem nos indicadores assistenciais da Rede;
- Ampliação e investimentos na carteira de serviços e exames, em conjunto com recursos federais e municipais, prestados por todos os níveis de atenção considerando os principais condicionantes que impactem na redução da morbimortalidade infantil e materna;
- Revisão e implementação de protocolos clínicos/assistências;
- Capacitação de profissionais, em todos os níveis de atenção, com foco na qualificação da assistência e organização do processo de trabalho calcado pela estratificação de risco, tipificação dos serviços e na perspectiva da promoção da saúde, dos princípios de humanização e práticas baseadas em evidências científicas;
- Fortalecimento dos processos que favoreçam a qualificação da informação assistencial e epidemiológica, sobretudo em relação aos sistemas de informação;
- Construir parcerias para prover assistência e proteção social às mulheres, gestantes, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e violência, incluindo os processos de mobilização social.

Diretriz: Instituir a Rede de Saúde Mental, com vistas a reduzir a maior causa de incapacidade no Estado de Minas Gerais, tendo como foco a abordagem intersetorial no combate as drogas, através do Programa “Aliança pela Vida”.

ÁREA TEMÁTICA: Saúde Mental

DESAFIO

A Rede de Atenção em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais, a partir do ano de 2003, vem apresentando um sensível desenvolvimento em sua cobertura e em sua qualidade, contudo, ainda se mostra insuficiente para atender as demandas relativas às reais necessidades assistenciais em saúde mental da população deste estado. Tais avanços e problemas são encontrados nos seguintes itens:

- Número insuficiente de Serviços de Tratamento Clínico e de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, principalmente, voltados ao público infanto-juvenil e dependente de substâncias psicoativas, além de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.
- Deficiência na capacitação dos Serviços de Estratégia da Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção em Saúde Mental principalmente em relação à identificação e acompanhamento ativo de portadores de Transtornos Mentais.
- Necessidade de regulação efetiva, relação institucional e territorial em relação à articulação dos Serviços da Atenção Primária à Saúde com os Serviços da Atenção Secundária à Saúde da Rede de Atenção em Saúde Mental, bem como entre os Serviços da própria Atenção Especializada à Saúde.
- Existência de pacientes cronicamente internados em hospitais especializados psiquiátricos situados no estado.
- Resultado do Estudo de Cargas de Doenças da SES MG.

RESPOSTA SOCIAL

O Programa de Saúde Mental no estado de Minas Gerais tem como objetivo coordenar a estruturação de uma rede de assistência, considerando o Estudo de Cargas de Doenças da SES, as prioridades estabelecidas nas políticas públicas, federal e estadual e, em especial, a atenção ao enfrentamento dos problemas relacionados ao uso abusivo do álcool e outras drogas. Devem ser contemplados critérios de cobertura, tanto quantitativos quanto qualitativos.

Como resultado, espera-se que este programa possibilite o incremento do acesso a uma assistência de qualidade em Saúde Mental e diminua o impacto na qualidade de vida da população causado pelos transtornos mentais.

A Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais deve criar plenas condições de promoção à saúde mental, bem como desenvolver eficientes ações relativas ao campo do adoecimento mental, tais como a Proteção Específica, o Tratamento Clínico e a Reabilitação Psicossocial, considerando o pertencimento, a reinserção e a livre circulação do cidadão na comunidade e na família, resguardando-lhe todos os seus direitos fundamentais.

A Atenção Primária à Saúde deve ser a base estruturante desta rede temática de atenção em saúde, articuladora dos cuidados integrais necessários ao indivíduo na área de saúde mental no seu território, com a sua família e comunidade. Deve ser, prioritariamente, a porta de entrada desta rede, e deve apresentar ações proativas para atender todas as necessidades em saúde mental da população. A Atenção Secundária à Saúde deve ser, fundamentalmente, responsável pela promoção da competência da Atenção Primária à Saúde nos cuidados em saúde mental, através de ações específicas para tal. Também deve ser responsável pela disponibilização dos seus recursos assistenciais para a Atenção Primária à Saúde diante das limitações desta, compartilhando com a mesma saberes e fazeres.

Obter uma maior ampliação da Rede de Atenção Psicossocial por meio de estímulo ao aumento da cobertura dos Serviços de Tratamento Clínico em Saúde Mental da Atenção Secundária à Saúde (“ASS”, “Atenção Especializada”), principalmente Centro de Atenção Psicossocial Geral (“CAPS I, II e III”), Centro de Atenção

Psicossocial Especializado para Infância e Adolescência (“CAPS i”), Centro de Atenção Psicossocial Especializado para Usuários de Álcool e Outras Drogas (“CAPS ad”), Leito de Saúde Mental em Hospital Geral, etc., através de abertura de incentivo financeiro e apoio técnico para implantação destes Serviços nos Municípios que são referências regionais em saúde mental. Também estimular o aumento da cobertura de Serviços de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental da Atenção Secundária à Saúde (“ASS”, “Atenção Especializada”), como Centro de Convivência e Cultura (“CCC”), etc.

Para tanto, foram estabelecidos objetivos estratégicos:

- Implementar a Rede de Atenção Psicossocial.
- Ampliar os Serviços de Tratamento Clínico e de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental da Atenção Secundária à Saúde (“ASS”, “Atenção Especializada”), principalmente os serviços específicos ao público infanto-juvenil e dependente de substâncias psicoativas e os serviços referente a leitos de saúde mental em hospital geral.
- Qualificar os Serviços de Estratégia da Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde (“APS”, “Atenção Básica”), principalmente na identificação e acompanhamento ativo de portadores de Transtornos Mentais.
- Articular os Serviços da Atenção Primária à Saúde (“APS”, “Atenção Básica”) com os Serviços da Atenção Secundária à Saúde (“ASS”, “Atenção Especializada”) da Rede de Atenção em Saúde Mental, bem como entre os Serviços da própria Atenção Especializada à Saúde (“ASS”, “Atenção Especializada”), principalmente no aspecto da sua regulação e da sua relação institucional e territorial.
- Estruturar, capacitar e monitorar a Rede para a desospitalização de pacientes cronicamente internados em hospitais psiquiátricos situados no Estado de Minas Gerais conveniados ao SUS-MG, com sistemático acompanhamento objetivando a reinserção social.
- Qualificar os profissionais de saúde para um diagnóstico da população de seu território e gestão humanizada dos cuidados aos usuários que já apresentem condições crônicas estabelecidas.

- Firmar parcerias intersetoriais para realizações de ações de promoção e prevenção.
- Criar mecanismos de avaliação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

São estratégias para implantação:

A Política Estadual de Saúde Mental apoia-se na lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial. A Secretaria Estadual de Saúde consolida um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária isto é, que propicia a livre circulação das pessoas com sofrimento mental pelos serviços, comunidade e cidade.

A ideia de prevenção, promoção e recuperação como segmentos da assistência alinha-se à visão epidemiológica, à lógica das redes de atenção à saúde e ao ideário do SUS. O modelo oferece equipamentos variados, solicitados pela demanda e necessidades do indivíduo, com a participação da família e da sociedade:

- Os Centros Atenção Psicossocial (CAPs I, II, III), com níveis de complexidade; os CAPs ad, para o tratamento do usuário de álcool e outras drogas; os CAPs i, especializados no atendimento à criança e ao adolescente; os Serviços de Residências Terapêuticas, que oferecem acolhimento aos egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos; os Centros de Convivência e Cultura, que favorecem a reinserção social e desempenham uma função fundamental na estabilização psíquica; os Ambulatórios de Saúde Mental, que destinam-se a um atendimento mais pontual; os Leitos de Atenção Integral em hospitais gerais, como retaguarda para um atendimento mais emergencial;
- Implantar a Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, em conformidade com as Portarias do Ministério da Saúde¹;

¹ Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 – Institui o CAPS; Portaria GM/MS nº 245 de 17 de fevereiro de 2005 – Incentivo de CAPS; Decreto nº 7508 de julho de 2011 / Presidência da República – Regiões de Saúde; Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 – RAPS; Portaria GM/MS nº 3089 de 23 de dezembro de 2011 – Serviço de Residência Terapêutica; Portaria GM/MS nº 3090 de 23

- Incentivar, financeiramente e apoiar tecnicamente a implantação e consequente habilitação junto ao Ministério da Saúde de novos Centros de Atenção Psicossocial (“CAPS I, II e III”, “CAPS i” e “CAPS ad”) além de Leitos de saúde mental em Hospital Geral e implantação de Centros de Convivência e Cultura (“CCC”), nos Municípios que são referências regionais em saúde mental;
- Realizar programas de educação permanente em saúde mental, com fins de capacitação de Serviços de Estratégia da Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde (“APS”, “Atenção Básica”) com fins de aperfeiçoamento da competência deste nível e tipo de atenção em saúde nos cuidados em saúde mental à população de acordo com as suas necessidades;
- Realizar programas de educação permanente em saúde mental, visando a gestão humanizada do cuidado com fins de capacitação de Serviços de Tratamento Clínico e de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental da Atenção Secundária à Saúde (“ASS”, “Atenção Especializada”);
- Incentivar financeiramente e apoiar tecnicamente a implantação, e consequente habilitação junto ao Ministério da Saúde, de novos Serviços Residenciais Terapêuticos (“SRT”), nos Municípios em que for necessário a este processo de desinstitucionalização.

PÚBLICO ALVO

Portadores de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

METAS 2012-2015

de dezembro de 2011 – Financiamento CAPS; Portaria GM/MS nº 121 de 25 de janeiro de 2012 – Unidade de Acolhimento; Portaria GM/MS nº 122 de 25 de janeiro de 2012 – Consultório na Rua; Portaria GM/MS nº 123 de 25 de janeiro de 2012 – Cálculo equipes CR; Portaria GM/MS nº 130 de 26 de janeiro de 2012 – Redefine o CAPS AD III; Portaria GM/MS nº 131 de 26 de janeiro de 2012 – Comunidade Terapêutica; Portaria GM/MS nº 132 de janeiro de 2012 – Reabilitação Psicossocial; Portaria GM/MS nº 148 de 31 de janeiro de 2012 – Hospitais de referência (leitos).

- Fazer a modelagem da Rede de Atenção Psicossocial, tendo a mesma implantada e modelada até 2015;

- Ampliar em 70 o número de Centros de Atenção Psicossocial Geral no estado até 2015;

- Ampliar em 50 o número de Centros de Atenção Psicossocial Especializados para Infância e Adolescência (“CAPS i”) no estado até 2015;

- Ampliar em 60 o número de Centros de Atenção Psicossocial Especializados para Usuários de Álcool e Outras Drogas (“CAPS ad”) no estado até 2015;

- Ampliar em 200 o número de Leitos de saúde mental em Hospital Geral no estado para 2015;

- Ampliar em 35 o número de Centros de Convivência e Cultura (“CCC”) no estado para 2015;

- Ampliar em 65 o número de Serviços Residenciais Terapêuticos (“SRT”) no estado para 2015;

- Implantar 50 Unidades de Acolhimento (“UA”) no estado até 2015;

- Realizar 04 cursos de capacitação/qualificação para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial até 2015.

Diretriz: Ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira, por meio da implementação de uma rede integrada de atenção às condições crônicas prevalentes e prioritárias no Estado, com o foco na promoção à saúde, na prevenção de riscos e agravos e na atenção à saúde da pessoa idosa e dos usuários acometidos pela hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes *mellitus*, doença renal crônica, obesidade e tabagismo, entre outras com vistas a funcionalidade.

ÁREA TEMÁTICA: Saúde do Idoso e Doenças Crônicas

DESAFIO

Diante da transição demográfica, epidemiológica e nutricional que o país tem vivenciado, como reflexo de uma transição estabelecida mundialmente, desafios para o enfrentamento de doenças crônicas mais complexas, limitações funcionais e incapacidades são impostos aos sistemas de saúde¹.

Como exemplos dos principais desafios que deverão ser enfrentados pelas políticas estaduais de saúde estão: a) o envelhecimento populacional crescente; b) a elevada prevalência das doenças crônicas; c) a modificação dos hábitos de vida da população acompanhados por sedentarismo, tabagismo, estresse, mudanças nos hábitos alimentares e outros; d) a fragmentação das ações de saúde ofertadas nos diferentes níveis de complexidade; e) as iniquidades na distribuição dos serviços de saúde; f) a baixa resolutividade dos serviços de saúde e g) alto grau de incapacidade da população idosa.

Frente aos desafios citados, observa-se que em Minas Gerais, no ano de 2005, 76,3% da Carga Global de Doenças, medida pelo AVPAI – Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade - foi pelo Grupo das Doenças Crônicas, fortemente

influenciado pelas doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas (Grupo II)².

O sistema de saúde não está preparado para o enfrentamento das principais condições crônicas de saúde, uma vez que as ações e serviços de saúde são fragmentados e o modelo de atenção à saúde predominante é voltado para as condições agudas. O não enfrentamento das condições crônicas por meio da organização dos serviços em rede de atenção à saúde e por meio da modificação da lógica que permeia as ações do SUS poderá acarretar prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos com doenças crônicas, aumentar a incidência das patologias na população mineira e sobrecarregar os níveis de atenção à saúde com demandas relacionadas às agudizações das doenças crônicas.

No que tange a Saúde do Idoso, é desafio disponibilizar ações efetivas em saúde para a parcela da população idosa que respondam a uma situação de transição demográfica acelerada e suas consequências. A carência de profissionais qualificados para essas ações também é um ponto crítico. Outra questão relevante é descentralizar as ações em saúde através de um sistema de rede, articuladas e integradas com os pontos de atenção e fluxos estabelecidos assim como habilitar recursos humanos para ofertar ações resolutivas, com vistas a manutenção da capacidade funcional e autonomia.

RESPOSTA SOCIAL

Hiperdia

Como resposta aos desafios evidenciados, a Secretaria de Estado de Saúde propõe, para o quadriênio 2012-2015, as seguintes estratégias:

- Na atenção primária à saúde, dar continuidade ao fortalecimento das ações realizadas nesse ponto de atenção, em especial as ações de promoção à saúde, prevenção dos riscos e agravos, identificação e vigilância dos usuários alvo, estratificação de risco e atenção programada.

- Na atenção secundária à saúde, fomentar a implementação de serviços ambulatoriais interconsultores secundários regionais de acordo com o *Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS*³ para abordagem das condições crônicas mencionadas, aplicando os recursos de investimento e custeio necessários para a estruturação desses pontos de atenção e dando continuidade aos investimentos realizados nos Centros Hiperdia Minas e nos Centros Mais Vida implantados, considerando a economia de escala e de escopo e a integralidade do cuidado.
- Na atenção terciária à saúde, articular as propostas definidas para atenção primária e secundária com os setores responsáveis pela rede assistencial de alta complexidade, visando à integração dos pontos de atenção à saúde.

A primeira estratégia se dará mediante a instrumentalização dos profissionais de saúde para a abordagem populacional dos usuários idosos e daqueles com fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas ou com condições crônicas já estabelecidas, como a hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes mellitus e tabagismo. O apoio à implementação de instrumentos de qualificação será focado por meio da utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência e de tecnologias de comunicação, como o Canal Minas Saúde e o Telessaúde.

A segunda estratégia será realizada a partir do fomento à implementação de Centros de Condições Crônicas Integradas para o enfrentamento das condições crônicas mais prevalentes no Estado de Minas Gerais. Para tal, serão efetivadas oficinas para a modelagem dos serviços, cabendo a Secretaria de Estado de Saúde o financiamento de custeio e dos processos de implementação dos Centros.

Na terceira estratégia pretende-se modelar a política de atenção às condições crônicas citadas na atenção terciária, considerando-se a proposta elaborada para a atenção primária e secundária.

Para implementação da Rede Integrada de Condições Crônicas de saúde de Minas Gerais deverão ser observados o financiamento e envolvimento tripartite, a

participação do controle social e formalização do comprometimento dos gestores envolvidos.

Mais Vida

A Rede Mais Vida visa a excelência na qualidade de vida da população idosa no estado através da oferta de ações qualificadas em saúde com vistas à longevidade objetivando a manutenção da capacidade funcional e autonomia. Fundamenta-se na constituição de uma rede regional integrada e qualificada de atenção à saúde do idoso.

Foram implantadas três redes no âmbito das Regiões Ampliadas de Saúde até 2011, nas regiões ampliadas de saúde Norte, Sudeste e Centro do Estado. A meta é implantar redes de atenção ao idoso em todas as Regiões Ampliadas de Saúde com integração entre os diversos pontos de atenção através de fluxos definidos e sistema logístico potente, melhorando a condição de saúde desta população com vistas à qualidade de vida.

Para o quadriênio 2012-2015, foram estabelecidos os seguintes objetivos estratégicos:

- Implantar as redes integradas de atenção à saúde da população idosa: A REDE MAIS VIDA em todas as regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais;
- Implantar sistema de apoio e logístico potente para o funcionamento integrado da rede de atenção ao idoso, a Rede Mais Vida;
- Habilitar os profissionais da rede para ações resolutivas em saúde do idoso;
- Disponibilizar ações resolutivas em saúde do idoso e aprimorar a linha de cuidado do idoso;
- Reduzir a frequência de quadros de agudização e o número de internações hospitalares de idosos por fratura de fêmur;
- Melhorar a capacidade funcional e autonomia e conseqüentemente a qualidade de vida da população idosa.

PÚBLICO ALVO

Levando-se em consideração que as estratégias de atuação estão focadas nos 3 níveis de atenção à saúde com a finalidade de estruturar a rede de atenção às condições crônicas prioritárias no Estado de Minas Gerais, as ações de saúde propostas abrangem as Secretarias Municipais de Saúde, os profissionais de saúde das equipes de atenção primária, secundária e terciária e a população mineira, especialmente com condições crônicas de saúde e os idosos – 60 anos ou mais – (portadores de doenças crônicas prevalentes prioritárias). Para a alocação de recursos, serão observados índices e indicadores socioeconômicos, perfil epidemiológico e acesso aos serviços de saúde.

METAS 2012-2015

- Implementar a Rede Integrada de Condições Crônicas de saúde de Minas Gerais em todas as regiões de saúde;
- Capacitar no período de 2012 a 2015, no mínimo 70% dos municípios mineiros, em nível da Atenção Primária à Saúde, no conteúdo específico referente às doenças crônicas prioritárias para o Estado;
- Fornecer, para 100% das equipes de saúde da família a linha-guia de atenção à saúde do usuário com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial;
- Financiar as ações de custeio de 100% dos Centros Hiperdia Minas e Centros Mais Vida implantados, conforme critérios definidos em contrato;
- Realizar 1 supervisão direta por ano, de 2012 a 2015, para cada Centro de Condições Crônicas implantado;
- Implantar os pontos de atenção da Rede de Atenção ao Idoso em regiões ampliadas de saúde do Estado, beneficiando mais 12 regiões ampliadas de saúde até 2015;

- Rede Mais Vida em funcionamento e aberta ao público, com realização de ações em nível de atenção primária, secundária e terciária ao idoso;
- Gerenciamento dos pontos de atenção da Rede Mais Vida;
- Realização de educação permanente dos profissionais da rede;
- Incentivo a melhoria da qualidade das ações em saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos /ILPI;
- Manutenção dos Centros Secundários de atenção ao idoso – os Centros Mais Vida– da Rede de Atenção ao Idoso em regiões ampliadas de saúde do Estado, possuindo, até 2015, 15 Centros mantidos.

Referências:

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. *Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*: Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 2 - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. *Relatório Final do Projeto Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005*. Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença. ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida, 2011. p 35.
- 3 - MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p 244 - 292.

Diretriz: Fortalecer a atenção hospitalar e ambulatorial como pontos relevantes e resolutivos das redes de atenção à saúde, através da implantação de política de estímulo aos hospitais socialmente necessários, da implantação de novos centros especializados e do desenho de novas redes temáticas.

ÁREA TEMÁTICA: Atenção Terciária

DESAFIO

“Vivemos hoje um momento peculiar em que é preciso em muito avançar na direção de maior resolutividade dos serviços prestados pelos hospitais. Por um lado, há a necessidade da melhoria organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde por meio da articulação responsável e racional dos serviços da desburocratização e da descentralização das ações. De outro lado, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção hospitalar prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde para um modelo de cuidado centrado, nas efetivas necessidades de saúde de usuário, contemplando suas relações e espaços de vida.” Jorge Solla – 2004

No que tange à área hospitalar, destacam-se como problemas a ausência de profissionais de saúde, principalmente, com destaque para algumas especialidades médicas em certos locais. Além disso, destacam-se outros gargalos da estrutura de serviços de nível terciário, como a ausência de centros especializados em algumas regiões do Estado e a desestruturação dos serviços na lógica das redes de atenção.

Em relação ao Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF)- Unimontes - o grande desafio é contribuir para melhoria organizativa do Sistema de Saúde como um todo, ampliando o acesso, disponibilizando serviços de qualidade centrados na

assistência e na disponibilização de profissionais capacitados para atender não só as suas Unidades, mas, a rede assistencial da região como um todo. Para isso a sua estrutura física e tecnológica precisa ser ampliada e modernizada.

RESPOSTA SOCIAL

Em relação a atenção secundária e as outras redes temáticas que em função da análise de situação de saúde não se encontram entre as políticas prioritárias, estas encontram-se detalhadas no anexo I deste documento.

A fim de prover para a população serviços de saúde de qualidade e assistência hospitalar de importância estratégica por meio de estruturas hospitalares organizadas, bem como formular, acompanhar e avaliar a política de gestão hospitalar no Estado de Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde, tem desenvolvido grandes esforços nessa área. Para tanto foi criado o processo estratégico Gestão da Política Hospitalar.

Dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da assistência hospitalar à população e no incremento da qualidade da gestão e assistência, identificamos três grandes iniciativas:

Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – PRO-HOSP

O PRO-HOSP foi criado em 2003 com o propósito de consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos regionais de Minas Gerais, com o desenvolvimento de um parque hospitalar SUS capaz de operar com eficiência e qualidade. Sua proposta busca o aumento da eficiência, da equidade e a melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços.

Até o momento o Pro-Hosp tem investido na reestruturação da rede hospitalar com foco na readequação das instalações físicas, incorporação de adensamento tecnológico e ampliação de oferta de serviços destinados ao SUS através da aquisição de equipamentos e custeio das atividades assistenciais. Além disso, tem-

se trabalhado o fortalecimento da gestão desses hospitais favorecendo as melhores práticas de assistência e de gestão.

Entre as estratégias a serem adotadas pelo Programa a partir de 2012 incluem-se: a) o incentivo ao preenchimento de vagas de residência médica, do programa do Ministério da Saúde, visando a reduzir a indisponibilidade de profissionais médicos no interior, bem como favorecer a sua fixação com foco nas redes prioritárias (Urgência e Emergência, Saúde do Idoso, Saúde Mental e Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente); b) a definição e pactuação de critérios de inclusão e de regras de exclusão de hospitais do Programa, a fim de manter no seu escopo aquelas instituições que melhor respondem em relação ao contrato estabelecido e ao que se espera desde um ponto de vista da regionalização e das redes prioritárias, considerando os recursos já aplicados na instituição; c) o pagamento de bônus aos hospitais que melhor respondem ao papel esperado nas redes prioritárias, a partir de indicadores predefinidos; d) o incentivo às iniciativas de melhoria da qualidade da assistência e da gestão profissionalizada nos hospitais; e) efetiva participação do controle social do SUS na discussão do programa; f) o estabelecimento de medidas restritivas de repasse dos recursos financeiros aos hospitais participantes do Pro-Hosp pelo não cumprimento das metas contratualizadas.

Rede FHEMIG

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) e é prestadora de serviços de complexidade secundária e terciária, exclusivamente, para o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi criada em 1977.

A Rede FHEMIG é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do País e tem atuação em seis complexos assistenciais: Urgência e Emergência, Especialidades, Saúde Mental, Hospitais Gerais, MG Transplantes e Reabilitação e Cuidado ao Idoso.

A atualização do Planejamento Estratégico da FHEMIG definiu diversos objetivos da Instituição com foco em sua atividade fim, de forma a potencializar seus recursos para consolidar a missão institucional e atender aos interesses do povo de Minas Gerais.

As estratégias a serem adotadas pela Fundação terão como foco:

- O aumento de gravidez na adolescência e na faixa etária acima dos 35 anos caracterizando gestação de alto risco, além dos agravos cada vez mais comuns na população feminina como tabagismo, hipertensão, diabetes e alcoolismo e abuso de outras drogas;
- As doenças emergentes são infectocontagiosas, que na maioria dos casos não existe vacina e/ou tratamentos prévios aos seus surgimentos, provocando o comprometimento do sistema respiratório;
- O risco de Câncer em Minas Gerais para o ano de 2010 foi de 230 casos novos em mulheres e 226 casos novos em homens, incluindo todas as neoplasias mais frequentes;
- Aumento de incidência de doenças respiratórias, intoxicações exógenas multifatoriais e acidentes diversos devido a chegada de turistas devido a realização da copa do mundo;
- Nos centros urbanos têm aumentado causas de morbidade associadas a acidentes com automóveis, motos e bicicletas. Além disso, observa-se o aumento do uso de drogas ilícitas principalmente da cocaína e Crack que estão relacionados diretamente com a violência e incidente com armas de fogo e branca.

Para os próximos anos as estratégias a serem adotadas serão: a) adequação de áreas físicas, de acordo com a RDC 36 e legislação vigente, com a ampliação de leitos, incluindo de tratamento intensivo e salas cirúrgicas; b) modernização das tecnologias, equipamentos e prontuário eletrônico; c) ampliar e qualificar a oferta de acelerador linear, tomógrafo, ressonância, PET SCAN; d) implantar cuidados paliativos e atendimento domiciliar em oncologia; e) implantar o centro de pesquisas clínicas focado na oncologia; e) capacitação de recursos humanos e

sinalização bilíngue; f) ampliar frota (UTI móvel e ambulância de simples remoção).

Hospitais Regionais

Atuando na lógica de descentralização de atendimento e de fortalecimento de atendimento regional estão sendo implantados em nosso Estado alguns hospitais de maior porte que deverão atuar como referência regional nas principais cidades mineiras, conforme necessidades identificadas a partir do diagnóstico da atenção hospitalar, facilitando o acesso da população às unidades de saúde de média e alta complexidade.

Esta ação contempla a construção e manutenção tripartite dos hospitais (Belo Horizonte (2), Conselheiro Lafaiete, Divinópolis, Sete Lagoas, Juiz de Fora, Uberaba, Coronel Fabriciano), definição do modelo assistencial e de gestão e identificação da necessidade de construção de novos hospitais, por meio de diagnóstico situacional.

Além das iniciativas supracitadas, serão adotadas as seguintes estratégias para fortalecer a atenção terciária e secundária em Minas Gerais:

- Garantir o acesso da população às unidades de saúde de alta complexidade.
- Consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos regionais de Minas Gerais, com o desenvolvimento de um parque hospitalar SUS capaz de operar com eficiência e qualidade.
- Prestar serviços com elevado padrão de qualidade, segurança e humanização.
- Prestar assistência hospitalar de nível secundário e terciário, bem como ambulatorial de nível terciário.
- Garantir a organização e operacionalização de novas redes temáticas de interesse público, em consonância com as prioridades assistenciais e epidemiológicas.

Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES

O Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) integra a estrutura da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, sendo o único Hospital de Ensino, nesta região, e o mais importante centro de formação de profissionais para o mercado de trabalho locorregional na área da saúde. No Centro de Ensino Multiprofissional, que integra a estrutura do HUCF, são desenvolvidas as atividades dos mestrados e doutorado em Ciências da Saúde, além das Residências Médicas em Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Anestesiologia, Saúde Coletiva e Multiprofissional (enfermeiro, médico e cirurgião-dentista), Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Cursos de Especialização em Urgência/Emergência e Fisioterapia, além do desenvolvimento de pesquisas com linhas voltadas para saúde bucal e leishmaniose (cutânea e visceral).

Na área assistencial, o HUCF é um dos três principais prestadores de serviços de complexidades secundária e terciária do SUS, na região. É o único hospital do SUS em Minas Gerais que possui internação domiciliária (HU em Casa) – subsidiado pelo Governo do Estado, através da Unimontes e em fase de proposta de credenciamento - e, também, os dois títulos Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura. Suas principais referências são o atendimento aos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs – HIV/AIDS), único da região; casos de tuberculose; gestante de alto risco; mordeduras de cães, gatos e outros animais; acidentes causados por animais peçonhentos; vítimas de violência sexual; pacientes com transtorno mental além das áreas básicas de pediatria e clínica médica, e ginecologia/obstetrícia de alto risco.

Nas áreas de urgência e emergência conta com o Pronto-Socorro (24 horas) com classificação de risco, UTI Neonatal e Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos para adultos.

Reforçando a estrutura da rede assistencial secundária do SUS, integra também a estrutura do HUCF, o Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), onde são realizadas pequenas cirurgias e consultas nas diversas especialidades médicas e, também o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso que integra o projeto estruturador (Rede Mais Vida) do Estado de Minas Gerais bem como a Casa da Gestante. Esta última, em fase de implementação.

Dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, citados no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, apontam as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório como os principais fatores de *causa mortis* da região, sendo acometidas, em sua maioria, pessoas com mais de 50 anos de idade. As causas externas também têm impactado sobremaneira nas morbi-mortalidades associadas a acidentes, por estar localizado em Montes Claros, maior entroncamento rodoviário do Estado.

Neste contexto e para cumprir a sua missão de "*formar, capacitar e qualificar profissionais para suprir o mercado de trabalho; desenvolver pesquisas na área da saúde, prestar assistência de qualidade e transformar a realidade regional*", as estratégias a serem adotadas nos próximos anos no Hospital Universitário são: a) ampliar e modernizar a estrutura física e tecnológica, incluindo a aquisição de equipamentos resolutivos; b) ampliar o número de leitos de 171 para 220, incluindo UTI adulto e leitos cirúrgicos; c) capacitar recursos humanos para o desenvolvimento na carreira e melhoria da qualidade na prestação de serviços; d) rever o plano de carreira e recompor o quadro de pessoal; e) informatizar e modernizar os processos gerenciais; f) consolidar a oferta da atenção hospitalar na região ampliada de saúde do norte de Minas Gerais; g) Implantar e implementar Centro de Pesquisa ligados ao perfil epidemiológico e; h) garantir a organização e operacionalização de novas redes assistenciais em consonância com o perfil epidemiológico.

PÚBLICO ALVO

O público-alvo a se beneficiar de forma direta do Pro-Hosp são os hospitais públicos e filantrópicos, caracterizados como prestadores relevantes de serviços ao SUS, que funcionam como unidades de nível secundário e terciário de referência regional em todas as regiões do Estado. De forma indireta, toda a população do estado se beneficia, usufruindo de um melhor atendimento hospitalar na sua própria região e menor deslocamento dos pacientes referenciados.

O Hospital Universitário Clemente de Faria, localizado em Montes Claros, sede regional de saúde, tem como público-alvo a população local e regional, abrange mais de 100 municípios e cerca de 2 milhões de habitantes. Seu atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

METAS 2012-2015

- Ampliação para 145 hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS;
- Construção e manutenção de 8 hospitais regionais;
- Aumentar a Taxa de Resolubilidade Regional para 89,3%;
- Realizar seminário de avaliação e impacto do Programa em conjunto com os hospitais Pro-Hosp por região ampliada de saúde com a participação do Conselho Estadual de Saúde.

Hospital Universitário Clemente de Faria:

- Reduzir a taxa de cesárea para 28% até 2015;
- Aumentar a taxa de ocupação hospitalar para 90% até 2015;
- Reduzir para 4,5% a taxa de infecção hospitalar;
- Ampliar o número de leitos de 171 para 220;
- Reduzir a taxa de permanência para 5,5 dias.

Diretriz: Desenvolver na população uma consciência sanitária, estimulando maior cuidado do cidadão com a própria saúde e consolidando a redução dos riscos e agravos, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

ÁREA TEMÁTICA: Vigilância em Saúde

DESAFIO

A Vigilância em Saúde é um fator crítico ao sucesso de um sistema de saúde que se preste ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde. Em Minas Gerais, o sistema de assistência à saúde obteve grandes avanços, o que sinaliza uma ampliação do acesso a procedimentos, exames, consultas especializadas, etc.

No entanto, são vários os desafios que sinalizam a necessidade de fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde. Podem ser indicados aqui: a incipiência quanto à integralidade das redes de atenção; as abordagens assistenciais prevalentes em detrimento à promoção e proteção à saúde da população; a desvinculação dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde da estrutura das Redes Assistenciais.

Nesse contexto, se faz essencial oferecer à população um sistema de vigilância que seja capaz de proteger o cidadão dos riscos à saúde e de prevenir doenças e agravos. Deve ainda promover a saúde, viabilizando ao cidadão ferramentas para que o mesmo possa lidar com o risco inerente ao seu território sanitário, de forma a mobilizá-lo pelo bem de sua própria saúde.

RESPOSTA SOCIAL

A promoção da saúde pode ser entendida como modo de capacitação da população, de maneira que seja esta capaz de exercer e aumentar o controle sobre as próprias condições de saúde. Acaba, dessa forma, por envolver-se num processo de

educação em saúde, no qual o indivíduo é orientado a uma mudança comportamental e adoção de estilo de vida mais saudável.

Sendo assim, a promoção é munida de um método contínuo que envolve a prevenção, a educação e ainda a participação de diferentes setores da sociedade. Nessa perspectiva, atribui ao setor saúde não apenas a prestação de serviços clínico-assistenciais, devendo o mesmo desenvolver ações intersetoriais capazes de envolver diretrizes relacionadas ao meio ambiente, à alimentação, à educação e demais segmentos passíveis de determinar as condições de saúde. Nesta direção, a construção de políticas públicas que incorporem a criação de ambientes e parâmetros mais saudáveis de vida, relacionando as mais diversas áreas, torna-se ferramenta indispensável na estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde.

Desta forma, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulando e fortalecendo o envolvimento dos cidadãos mineiros enquanto protagonistas desta construção.

PÚBLICO ALVO

Regiões de saúde do Estado de Minas Gerais e seus respectivos territórios municipais, considerando a peculiaridade dos mesmos em função de seu contexto geopolítico/social, bem como sua população.

METAS 2012-2015

- Incentivar, até 2015, em 100% das regiões de saúde de Minas Gerais o desenvolvimento de tecnologias¹ de promoção da saúde, visando à redução da vulnerabilidade e a conquista de melhor qualidade de vida pelo cidadão.
- Ampliar para 100%, até 2015, o percentual de municípios mineiros cumprindo no mínimo 80% das ações do Elenco 1 do projeto de fortalecimento da Vigilância em Saúde pactuado conforme Resolução SES/MG 3152/2012².

Diretriz: Implementar ações de abordagem aos fatores condicionantes, determinantes, riscos e danos à saúde, inclusive ações de saneamento básico e saúde ambiental.

DESAFIO

O aumento da mobilidade do ser humano, de produtos e serviços amplificou os riscos de doenças e outros agravos à saúde. Tendo em vista o contexto de transição epidemiológica, demográfica e nutricional da população, diminuir a carga de doenças e agravos nos territórios sanitários é o grande desafio para a Vigilância em Saúde. Os determinantes e condicionantes de saúde, conceituados como as condições em que as pessoas vivem e trabalham, ou como as características dentro das quais a vida transcorre, são o foco de atuação da Vigilância.

Ainda dentro dos vários aspectos que abordam a Vigilância a Saúde, não se pode deixar de se promover ações voltadas à implementação do saneamento básico para as regiões mais carentes. A falta ou a precariedade do acesso ao saneamento básico representa situação de risco que propicia aumento da incidência de doenças infecciosas agudas e da prevalência de doenças crônicas.

Reduzir ou minimizar o impacto destes elementos na condição individual do mineiro é a premissa das ações de vigilância em saúde, com o objetivo de consolidar uma política de “abordagem das causas em detrimento dos efeitos”, resgatando fundamentos da integralidade e promoção da saúde junto à Política das Redes de Atenção e Atenção Primária.

RESPOSTA SOCIAL

A Vigilância em Saúde propõe a articulação das diversas tecnologias inerentes à Vigilância Epidemiológica, Ambiental, à Saúde do Trabalhador, Vigilância da Situação de Saúde, Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária para que as mesmas, uma vez desenvolvidas no território sanitário, interfiram no processo saúde-doença de modo positivo, para melhorar a qualidade de vida da população.

Sendo assim, as políticas públicas se organizam para a eliminação ou controle dos riscos à saúde inerentes ao território sanitário, desenvolvendo a vigilância dos riscos de doenças e outros agravos à saúde de modo integrado e articulado, facilitando a gestão e consolidação de informações estratégicas para a defesa da saúde. Neste sentido, as vigilâncias são pensadas dentro de um sistema único e coordenado, que articule as diferentes especialidades de vigilância em saúde hoje existentes no Brasil e possibilite um sistema de informações e ações de vigilância eficaz e resolutivo, capaz de enfrentar a contento as situações de saúde impostas pelo contexto sanitário e público.

Um sistema de Vigilância em Saúde que perpassa todos os pontos de atenção - integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação - fomenta ambientes de Saúde Pública baseada em evidências e focado em resultados. Desta forma, a Vigilância em Saúde atua o mais próximo possível do território processo, e de modo inserido nas Redes de Atenção, condição obrigatória para construção da integralidade na atenção com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com as necessidades locais e pautada na qualidade de vida da população.

Quanto ao caminho para reverter o cenário concernente ao saneamento básico nas áreas mais carentes, torna-se necessária a implementação integrada de políticas públicas de gestão, que envolvam ações conjuntas e ajustadas nos setores de desenvolvimento urbano, saneamento e saúde e que visem à promoção e à proteção da saúde da população local e ao enfrentamento da complexidade de fatores que evidenciam sua vulnerabilidade.

Entre várias publicações a respeito desta questão, *“o artigo publicado no Journal of Water and Health em 2007¹, no grupo de países que inclui o Brasil (sub-região AMR-B da OMS), considerando os custos e benefícios da universalização do acesso a água e saneamento, estima-se uma economia anual de 45 dólares em saúde para cada dólar investido em saneamento.”*

Regiões de saúde do Estado de Minas Gerais e seus respectivos territórios municipais, considerando a peculiaridade dos mesmos em função de seu contexto geopolítico/social, bem como sua população. Com foco no saneamento básico, atuaremos na região de mais baixo IDH-M, ou seja, na região das Bacias dos Rios Jequitinhonha, Mucuri, São Mateus, Buranhém, Itanhém e Jucuruçu situadas no nordeste do estado de Minas Gerais.

METAS 2012-2015

- Oferecer à população do Estado de Minas Gerais, até 2015, um Sistema de Vigilância em Saúde que seja capaz de proteger o cidadão dos riscos à saúde, de prevenir doenças e agravos e promover a saúde com uma cobertura de 100% das regiões de saúde do estado;
- Orientar, até 2015, 100% dos processos internos² da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde em função de resultados para o cidadão;
- Desenvolver e implantar, até 2015, uma política de alinhamento dos servidores³ da Vigilância em Saúde à estratégia organizacional, de modo a tornar o capital humano e a inovação importantes agentes de melhoria da eficácia das ações de vigilância em saúde;
- Adequar, até 2015, os recursos financeiros aos objetivos estabelecidos pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, de modo a garantir a coordenação, acompanhamento da execução das ações de Vigilância em Saúde, a avaliação dos seus resultados, a transparência dos investimentos e o controle social;

¹ Hutton G., Haller L. & Bartram J., 2007. Global cost-benefit analysis of water supply and sanitation interventions. Journal of Water and Health. Table 4. WHO 2007.

² Para fins deste documento serão considerados processos internos quatro grandes áreas de atuação: Área de gestão da informação e da comunicação, processos de logística e infraestrutura, relações intra e interinstitucionais em função da redução do risco e área de planejamento e gestão.

³ Servidores de nível central e regional.

- Implantar até 2015, Sistemas Sustentáveis de Abastecimento de Água e de Coleta e Tratamento de Esgoto, com tarifas reduzidas, instalar módulos sanitários e de serviços domésticos nas residências que não disponham de instalações sanitárias adequadas, contribuir para a preservação do meio ambiente através da redução da poluição nos córregos e rios, em 463 localidades com população entre 200 e 5.000 habitantes de 92 municípios das bacias hidrográficas dos rios Jequitinhonha, Mucuri, São Mateus, Buranhém, Itanhém e Jucuruçu, beneficiando 400 mil pessoas.

Diretriz: Assegurar uma política efetiva de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, alinhada ao funcionamento das redes, assegurando a logística de distribuição adequada dos medicamentos aos cidadãos.

ÁREA TEMÁTICA: Assistência Farmacêutica

DESAFIO

O Sistema Único da Saúde (SUS) tem encontrado dificuldade em garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais à população, ou seja, os usuários nem sempre têm acesso aos medicamentos prescritos para os seus tratamentos.

Mesmo com os recursos financeiros disponibilizados pelas três esferas de governo para a aquisição de medicamentos, pactuados por meio de Portarias Ministeriais e Resoluções Estaduais, é comum encontrar a situação descrita, que pode ser explicada por motivos múltiplos e complexos.

Os problemas existentes não são apenas resultado de limitações financeiras e orçamentárias, mas também da inadequação de infra-estrutura e de recursos humanos; do elevado custo logístico; da ausência de instrumentos gerenciais e de acompanhamento adequados; do elevado nível de perdas, da baixa disponibilidade de informação; e da lógica de funcionamento focada no medicamento e não no cuidado ao paciente.

RESPOSTA SOCIAL

No contexto do SUS, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como um sistema de apoio fundamental para a organização das redes de atenção à saúde.

Por este motivo, é necessária uma atuação efetiva do estado para promover estratégias que visem à ampliação do acesso, o fomento ao uso racional de

medicamentos e a promoção da qualidade dos serviços farmacêuticos ofertados à população pelo sistema de saúde.

A Assistência Farmacêutica em Minas Gerais tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos, promover o seu uso racional e estruturar a rede Farmácia de Minas.

Farmácia de Minas

O projeto Farmácia de Minas propõe um modelo de Assistência Farmacêutica para o SUS em que a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência em serviços farmacêuticos para a população. A estruturação da rede de Assistência Farmacêutica se dá pela construção de farmácias públicas e disponibilização de equipamentos necessários ao funcionamento da unidade, como mobiliário, computadores, livros, dentre outros.

O projeto considera as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a implantação de Farmácias Comunitárias – a implantação de uma Farmácia de Minas para cada 20.000 habitantes em municípios até 100.000 habitantes e, para os municípios com população acima de 100.000, uma Farmácia para cada 30.000 habitantes.

Além de implantar novas unidades, foi instituído um incentivo mensal destinado à fixação do profissional farmacêutico, que pode ser utilizado para a manutenção das unidades já existentes em municípios com plano de cargos e salários instituído.

A organização da Assistência Farmacêutica (AF) implica na articulação dos seus diferentes procedimentos, de modo a garantir o acesso e promover o uso racional de medicamentos. Nesse sentido, torna-se fundamental, a utilização de um sistema de informação que, conforme a Política Nacional de Medicamentos, permita a reorientação da AF, incluindo a otimização e a eficácia do sistema de distribuição no setor público.

Neste contexto, a SES-MG implantou, em 2008, o SIGAF como sistema integrado para gerenciamento da AF. Desenvolvido em linguagem PHP/MySQL, o sistema

apresenta código-fonte aberto, sendo pioneiro no país na gestão da AF pública, uma vez que integra a gestão de todos os componentes em um único sistema.

O SIGAF, alimentado de forma correta e rotineira, propicia as seguintes vantagens: rastreabilidade completa da cadeia de medicamento (da entrada no almoxarifado até a entrega ao paciente); visualização, em tempo real, do estoque de medicamentos; gerenciamento dos três componentes da Assistência Farmacêutica; abrangência na gestão dos 853 municípios, 28 regionais de saúde e o nível central da SES/MG (DLP – Almoxarifados - e SAF); alimentação do sistema pelos municípios ampliando a proximidade da realidade epidemiológica local e, por conseguinte, promovendo um planejamento mais eficiente.

A implantação do SIGAF nos três componentes da AF em Minas Gerais representa um importante avanço, pois possibilita o acesso a informações gerenciais em tempo real, bem como permite a otimização da rotina de trabalho dos farmacêuticos no âmbito estadual e no municipal.

Tal cenário é imprescindível para que o farmacêutico não restrinja sua ação ao gerenciamento dos medicamentos, mas atue como dispensador da atenção sanitária junto a outros membros da equipe de saúde mediante as diretrizes apontadas pela SAF/SES-MG. Neste contexto é fundamental o empenho dos municípios para efetivar a implantação do sistema em todas as unidades que distribuem e/ou dispensam medicamentos no âmbito do SUS.

Outro importante desafio é a atualização das relações de medicamentos disponibilizados à população. Conforme a Lei 12.401/2011, que regulamenta a Lei nº 8080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Mediante este cenário, é fundamental que as Secretarias de Saúde estaduais e municipais encaminhem as demandas para avaliação pela CONITEC, com o objetivo de disponibilizar uma relação de medicamentos resolutiva que possibilite o melhor tratamento para a população.

Distribuição de Medicamentos

Como estratégia de enfrentamento aos problemas anteriormente mencionados desenhou-se e estabeleceu-se o monitoramento frequente do processo de programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo. O objetivo desse processo é garantir a disponibilidade desses medicamentos à população e a eficiência em cada um dos subprocessos até a dispensação final, com vistas a proporcionar um acesso universal.

O fluxo inicia-se com a programação de medicamentos, o que subsidia a elaboração de cronogramas para aquisição. Cada medicamento é adquirido por intermédio de fontes orçamentárias distintas, podendo envolver recursos federais, estaduais e municipais. Após a aquisição dos itens passa-se às etapas de recebimento, armazenagem e distribuição dos medicamentos.

Para a distribuição é consolidada e analisada a solicitação de cada município, no caso de medicamentos básicos e estratégicos, e de cada Unidade Regional de Saúde, no caso de medicamentos de alto custo.

Principais resultados alcançados:

- No ano de 2011, até o mês de junho, foram distribuídas 1.119.572.853 unidades de medicamentos básicos aos municípios de acordo com a sua programação;
- Em relação aos medicamentos de alto custo, no mesmo período do resultado supramencionado, foi dispensado, por intermédio das unidades regionais de saúde, um total de 35.832.742 unidades de medicamentos de alto custo.

- Até dezembro de 2011, o projeto Farmácia de Minas inaugurou 300 farmácias e repassou incentivo financeiro a mais de 400 municípios para melhoria da assistência.

Visando qualificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais farmacêuticos e aprimorar a gestão da Assistência Farmacêutica no estado de Minas Gerais, a SAF oferece seminários anuais e cursos de capacitação.

PÚBLICO ALVO

A Secretaria de Estado de Saúde distribui medicamentos básicos e estratégicos para os 853 municípios mineiros. No âmbito do componente especializado, a SES-MG realiza o atendimento aos pacientes cadastrados nas Farmácias das regionais de saúde do estado, conforme critérios estabelecidos por meio de Portarias e Resoluções que regulamentam o componente.

METAS 2012-2015

- Promover o acesso e o uso racional de medicamentos, de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população, atingindo em 2015 o percentual de 86% de cobertura do estoque de medicamentos básicos distribuídos conforme a programação;
- Melhorar a infraestrutura das farmácias da rede pública de saúde do Estado de Minas Gerais e reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde, por meio da implantação de 550 novas unidades da Farmácia de Minas até 2015. Incentivo financeiro para a fixação de profissionais farmacêuticos nos municípios contemplados com a Rede Farmácia de Minas com recursos para manutenção de 850 unidades até o final do quadriênio;
- Implantar o SIGAF e desenvolver ferramentas que possibilitem a emissão de relatórios necessários à gestão eficiente da Assistência Farmacêutica, capacitando 800 municípios, até 2015, para utilização do SIGAF;

- Capacitar profissionais envolvidos nas atividades de Assistência Farmacêutica nos âmbitos estadual e municipal, oferecendo 8 cursos até 2015;
- Aprimorar a distribuição de medicamentos básicos aos 853 municípios, reduzindo a frequência de distribuição de trimestral para mensal a partir do segundo trimestre de 2013;
- Reduzir o tempo de avaliação dos processos de solicitação de medicamentos de alto custo de 25 para 15 dias, escalonadamente, até 2015.

Diretriz: Desenvolver os sistemas de regulação e auditoria para o efetivo funcionamento das redes de atenção.

ÁREA TEMÁTICA: Regulação e Auditoria

DESAFIO

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, em co-gestão com os municípios, pauta-se no objetivo de garantir à população de Minas Gerais o acesso oportuno aos serviços de saúde, promovendo a melhor resposta possível às suas necessidades. Para isso, conta com as pactuações entre gestores municipais (PPI) que definem as programações assistenciais, nas quais são estabelecidos quantos e a quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o Plano Diretor de Regionalização e as redes assistenciais implantadas em cada região.

Desde sua efetivação, o Sistema tornou-se uma importante ferramenta de gestão de saúde pública, de transparência e equidade do acesso, de monitoramento e avaliação dos recursos existentes, otimizando sua utilização, de qualificação e humanização das ações em saúde, de fortalecimento de políticas públicas (municipais e estaduais) implantadas e efetivadas, além de sinalizador de deficiências a serem corrigidas.

Dentre as deficiências apontadas, a que merece prioridade de gestão estadual é a deficiência de leitos, detectada principalmente: UTI (neonatal, infantil e adulto), ortopedia cirúrgica, neurocirurgia.

Em uma comparação entre os parâmetros que estimam a necessidade de leitos e a capacidade instalada nas regiões, observa-se que déficit de leitos SUS não complementares em 12 das 13 Regiões Ampliadas de Saúde do estado. Em relação aos leitos de UTI, a situação é a mesma, com um déficit de quase 330 leitos complementares no estado.

É importante destacar que, com a implementação do Sistema Estadual de Regulação em todas as Regiões Ampliadas de Saúde, houve aumentos significativos dos números de solicitações de internações feitas através desta ferramenta de gestão. Porém, esses aumentos não foram acompanhados, proporcionalmente, por novas habilitações/credenciamentos de leitos, principalmente os de Alta Complexidade.

RESPOSTA SOCIAL

A Regulação da Assistência, ao regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde dos usuários, constitui uma importante ferramenta de transformação da realidade e de gestão em saúde.

Entre os anos 2006 e 2007 foram implantadas e efetivadas 13 (treze) Centrais de Regulação Assistencial em pólos regionais de saúde. Dentre seus objetivos, estão a garantia do acesso à assistência hospitalar de média e alta complexidades, de forma equânime e mais próxima o possível da residência do usuário. Para isso, as Centrais funcionam com médicos reguladores plantonistas, coordenadores e equipe de apoio, 24(vinte e quatro) horas por dia, 07(sete) dias por semana. Utilizam, para operacionalização, o sistema SUSfácil/MG, além de protocolos clínicos e operacionais, dadas a capacidade institucional instalada (CNES) e as pactuações intermunicipais (PPI).

O Sistema Estadual de Regulação, que se integra no Programa Saúde Integrada, é uma estratégia de aprimoramento dos gastos públicos estaduais e municipais, através de processos assistenciais mais eficientes.

Segundo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU, 2011), a Regulação assistencial está garantindo o acesso à assistência hospitalar de média e alta complexidades de forma organizada e equânime no Estado de Minas Gerais.

Atualmente, além de garantir o acesso em tempo real, o Sistema conta com os módulos de “PPI eletrônica”, “Distribuição e autorização eletrônica de AIH” e

“Agendamento de procedimentos ambulatoriais” configurando-se, desta forma, como uma importante ferramenta de gestão pública em saúde.

Como resultados já alcançados pelo Programa, destacam-se:

- Implantação e efetivação de 13 Centrais Estaduais de Regulação em todas as Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais;
- Implantação e efetivação do Complexo Regulador nas Regiões Ampliadas Assistenciais Norte, Nordeste e Centro-Sul;
- Instrumentalização (adesão e capacitação) de gestores municipais para as funcionalidades do sistema SUSfácil/MG: remanejamento da PPI, controle da AIH eletrônicas e agendamento de procedimentos ambulatoriais;
- Implantação e efetivação de 14 Núcleos Regionais de Auditoria Assistencial em todas as Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Como estratégias de implementação para superação do desafio são propostas:

- Regulação do acesso às internações hospitalares da população de referência nos municípios mineiros;
- Ampliação das possibilidades de acesso à assistência hospitalar através dos Complexos Reguladores;
- Melhorar o tempo de resposta das Instituições hospitalares;
- Manutenção das Centrais Estaduais de Regulação em pólos regionais, bem como dos trabalhos nelas desenvolvidos;
- Aperfeiçoamento do *software* do Sistema Estadual de Regulação Assistencial: versão 3.0;
- Manutenção e garantia de continuidade de educação continuada, treinamentos técnicos a todos os usuários do Sistema;
- Apoio técnico as repactuações da PPI intermunicipais;
- Manutenção, garantia de continuidade e divulgação das ações de melhorias das práticas em Regulação implantadas, por meio de participação em reuniões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual, da Comissão Intergestores Regional, Conselhos de Saúde, prestadores, videoconferências e programas e cursos do Canal Minas Saúde;
- Promoção da integração entre todos os entes municipais no Sistema Estadual de Regulação;

- Auditoria dos sistemas municipais e prestadores de serviços de saúde sob gestão do Estado, vinculados ao SUS-MG, bem como consórcios intermunicipais, verificando a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados e subsidiando os respectivos gestores e gerentes no exercício de suas atribuições;
- Auditoria dos sistemas municipais e prestadores de serviços, públicos e privados, participantes dos programas de Governo do Estado de Minas Gerais, verificando a adequação, a resolubilidade, a qualidade dos serviços e a correta utilização dos recursos financeiros oriundos do SUS;
- Subsídios para estruturação, efetivação e revisão das redes assistenciais de saúde e demais instrumentos de planejamento no Estado de Minas Gerais;
- Divulgação de dados, informações e indicadores inerentes à Assistência à Saúde (Relatórios Quadrimestrais, Relatório Regional, Relatório de Evolução da Resolubilidade).

PÚBLICO ALVO

- Todos os cidadãos (potenciais usuários do SUS/MG);
- Gestores de Saúde (municipais, estaduais e de consórcios);
- Prestadores de serviços.

METAS 2012-2015

- Realização do processamento da produção hospitalar apresentada pelos municípios sob gestão financeira do Estado, obtendo como frequência 432.327 autorizações de internações hospitalares por ano (estimativa) até 2015;
- Realização do processamento da produção ambulatorial apresentada pelos municípios sob gestão financeira do Estado com a frequência de 110.000.000 procedimentos ambulatoriais por ano (estimativa) até 2015;
- Ressarcir a produção hospitalar financeira que extrapola o teto MAC definido na PPI Assistencial de MG, mediante mecanismos de regulação do Sistema Estadual de

Regulação em Saúde expressos nas Deliberações correlatas, até 2015, com 4 resoluções de ressarcimento publicadas por ano;

- Acompanhamento e divulgação dos dados e indicadores assistenciais, inclusive resultados de auditorias assistenciais realizadas, compras de leitos/procedimentos por necessidade e demandas judiciais e de transporte por UTI Móvel, com 3 divulgações por ano dos dados no Boletim Eletrônico Quadrimestral “Atualiza SUS”;

- Realização de Auditorias Assistenciais com conclusão de 60 Relatórios Preliminares por ano até 2015 (estimativa), como um das estratégias de controle interno das ações do SUS-MG.

Diretriz: Desenvolver os sistemas logísticos e sistemas de apoio visando possibilitar o efetivo funcionamento das redes de atenção.

ÁREA TEMÁTICA: Sistemas Logísticos e Sistemas de Apoio às Redes de Atenção à Saúde

DESAFIO

A principal estratégia do Governo de Minas na área da saúde é a constituição de redes de atenção, organizando e qualificando as unidades assistenciais nos três níveis de atenção. Para garantir a eficácia destas redes, não basta apenas a estruturação de serviços de saúde alocados em pontos estratégicos, mas também são necessários sistemas logísticos e de apoio eficientes para os usuários.

A condição fragmentada do sistema de saúde, coloca como desafio a implementação efetiva das redes de atenção. A falta do registro eletrônico dos pacientes gera retrabalho e custos altos ao sistema, uma vez que se fazem comuns consultas, exames e informações em duplicidade. O cenário atual é uma enorme pulverização de recursos e “deseconomia” de escala, tendo como consequência baixa qualidade, baixa resolutividade, elevação de custos e precariedade nos fluxos dos resultados dos exames de apoio diagnóstico para análises dos profissionais de saúde. O transporte eletivo em saúde no SUS é muito desorganizado. Não há um planejamento do sistema, as viagens fazem-se ponto a ponto de cada município-satélite ao município-pólo regional. Isso torna o sistema muito caro, uma vez que não há rotas pré definidas, os veículos são inadequados para o transporte em saúde e não há sistemas de gestão de frota. O sistema não opera com normas de segurança. Estima-se que um terço das consultas e exames especializados não são demandados, ainda que previamente agendados, o que implica altos custos indiretos.

A SES/MG e os Municípios de Minas Gerais trabalham desde 2006 na aquisição e implantação do Projeto Prontuário Eletrônico, hoje conhecido como Serviço de

Registro Eletrônico em Saúde, cujo principal objetivo é a disponibilização para as equipes de Sistema para Registro das consultas e atuações nas Unidades de Atenção Primária, bem como, aquisição de infraestrutura para que tal sistema possa funcionar.

Dentre as ações já desenvolvidas, instalamos a Base de Registros Eletrônicos em Saúde (B-RES) e seus serviços Web para sua atualização por meio dos diversos sistemas existentes além do que será adquirido. Realizamos também a implantação de rede de conectividade satelital totalmente privativa para os sistemas oficiais do SUS (Federais, Estaduais e Municipais).

RESPOSTA SOCIAL

Desenvolver os sistemas logísticos (Acesso regulado, Prontuário clínico, Cartão de identificação do usuário) e de apoio diagnóstico, de gestão para efetivo funcionamento das redes de atenção.

Sistema Estadual de Transporte em Saúde

Para que o cidadão tenha uma assistência contínua e integral, não basta apenas a existência de uma rede de serviços de saúde. Há, ainda, a necessidade de que meios de transporte estejam disponíveis para que as pessoas cheguem aos pontos de atendimento.

Com o intuito de organizar e integrar os municípios através de uma rede regional solidária e articulada, foi implantado, a partir de 2005, nas diversas Regiões de Saúde do Estado, o Sistema Estadual de transporte em Saúde – SETS. O SETS assegura um dos preceitos fundamentais do SUS, que é a garantia do deslocamento do cidadão aos serviços de saúde através de transporte eficiente e humanizado.

O SETS está estruturado para garantir o deslocamento dos pacientes, usuários do SUS aos centros de referências secundária e terciária através do módulo eletivo do SETS, dos materiais biológicos para exames laboratoriais, de servidores em serviços estratégicos e de resíduos sólidos de serviços de saúde.

Apoio Diagnóstico

Organizar a assistência laboratorial do SUS na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais (primeira fase - 2013) e no estado todo (segunda fase - 2015), considerando as diretrizes de organização das redes de atenção à saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, visando a qualificação dessa assistência e a avaliação, monitoramento e dos indicadores laboratoriais assistenciais e de gestão.

Frente a urgência da necessidade de intervenção para racionalização e otimização dos recursos do Apoio Diagnóstico, se faz imprescindível a criação de uma rede de Apoio Diagnóstico que tenha abrangência regional, que atenda vários municípios, gerando a escala necessária para automação e ganho em eficiência e economia através da realização de diagnósticos situacionais de competências locais, sensibilização de todos os atores envolvidos no processo.

Segundo os dados do DATASUS, o total de estabelecimentos cadastrados com o serviço para Diagnóstico por Laboratório Clínico no estado de Minas Gerais é de 2.457 (estaduais e municipais), compostos por laboratório de análises clínicas e postos de coleta de espécies biológicas.

Registro Eletrônico em Saúde

A SES / MG reuniu equipe de projeto para atingir os objetivos e superar os desafios listados. Estão em andamento as instalações de antenas satelitais, com meta de 150 instalações por mês para que sejam atingidas 1200 instalações em 2012. Para 2013 e 2014 existe esta mesma meta de 1200 instalações até que existam 3.600 antenas instaladas em todo o estado.

A aquisição do software para Registro Eletrônico em Saúde foi deflagrada através da contratação da PRODEMGE para proceder o processo licitatório. Este encontra-se em andamento. Os editais para aquisição de Service Desk e Infraestrutura estão em construção pela AGTI/SES.

A equipe do projeto está dedicada a contratar os serviços de implantação da solução, de auditoria e acompanhamento e de governança de artefatos de conhecimento. Além disso, a equipe se dedica a realizar as integrações dos diversos sistemas de saúde existentes com a base de registros eletrônicos.

A primeira integração acontece em 2012 do Sistema de Regulação com a B-RES. As demais deverão acontecer nos próximos meses de 2012, durante os anos de 2013, 2014 e 2015.

Serão adotadas as seguintes estratégias para superação dos desafios:

- 1) Adquirir solução de software para registro eletrônico em saúde nas intervenções da Atenção Primária com a população;
- 2) Adquirir implantação desta solução em todo o território estadual desde que acordado com o município;
- 3) Continuar a implantação das antenas de satélite para prover comunicação das unidades de saúde com o nível central e demais sistemas do SUS;
- 4) Adquirir serviço de acompanhamento e auditoria da implantação;
- 5) Adquirir serviço de governança de artefatos de conhecimento para permitir a correta interoperabilidade dos sistemas de saúde no estado, incluindo ferramenta, hospedagem, consultoria e treinamento;
- 6) Adquirir serviços de *servicedesk* e infraestrutura de TI para as Unidades de Saúde;
- 7) Adquirir serviço de gestão da mudança.

Call Center

O *Call Center* atua como forma de ouvir, aproximar e entender o cidadão. Ele levará informação, reduzirá as dúvidas e simplificará o acesso aos serviços.

Tele Minas Saúde

O Tele Minas Saúde busca melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos pontos de atenção à saúde, tornando-os mais resolutivos através de seu adensamento tecnológico e do apoio aos profissionais nas decisões clínicas, tendo

como consequência o fortalecimento dos vínculos entre usuários e equipes, ampliando o acesso da população aos serviços especializados de saúde e colaborando com a ampliação da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Para tanto é realizada a disponibilização de laudos e relatórios para diagnósticos e teleconsultoria, via *internet* ou outras ferramentas tecnológicas, em diversas especialidades da saúde (medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, entre outros), por meio da interação virtual entre os profissionais sediados nos municípios responsáveis pelo atendimento presencial aos usuários nas unidades de atenção primária à saúde (unidades prisionais, ESF, etc.), unidades de atenção secundária à saúde (centros de especialidades, centros Hiperdia, centros viva vida, hospitais em nível secundário, etc.), unidades de atenção terciária à saúde (hospitais de nível terciário, prontos socorros, UTIS, etc.) e nos tele centros (especialistas responsáveis pelos laudos, segundas opiniões, orientações e monitoramento).

Como estratégias de implementação estão previstas:

- Instalação de equipamentos para transmissão de dados e imagens;
- Manutenção dos equipamentos já instalados nos pontos de atenção do estado de Minas Gerais;
- Capacitação de equipe local para utilização dos equipamentos, ferramentas de suporte e manutenção dos serviços já implantados de segunda opinião clínica e laudos por telemedicina; expansão de pontos de atenção com acesso à segunda opinião clínica;
- Capacitação das novas equipes para utilização dos equipamentos e ferramentas para segunda opinião clínica e solicitação de laudos e relatórios;
- Implantação de pontos de atenção com prestação de serviço de laudos e relatórios por telemedicina;
- Implantação de pontos de assistência a pacientes de alto risco clínico com acesso à segunda opinião clínica, tele monitoramento, incorporação de novas tecnologias e capacitação de equipes centrais e locais para utilização dos equipamentos e ferramentas.

PÚBLICO ALVO

O público alvo são os setores da sociedade que fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração pública que são usuárias diretas dos serviços de Registro Eletrônico em Saúde com o objetivo de manter informações precisas e corretas dos usuários do SUS, e promover a melhoria na qualidade da atenção à saúde.

Os que se beneficiam de forma direta e legítima dos produtos resultantes das ações são os cidadãos de Minas Gerais. De forma indireta, através a interferência e alteração no seu processo de trabalho estão todos os profissionais de saúde do Estado que desempenham funções públicas na Saúde. Também estão envolvidos na conquista destes desafios os funcionários das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Minas Gerais, os funcionários da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais - COSEMS MG, o Conselho Regional de Medicina - CRM, o Conselho Regional de Enfermagem - COREN, o Conselho Regional de Odontologia - CRO, o Conselho Regional de Farmácia - CRF, a UFMG através das escolas de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Ciência da Computação, as Associações de Médicos de Saúde da Família e todos os profissionais de saúde incluindo os agentes comunitários de saúde - ACS.

METAS 2012-2015

- Software de RES contratado até 2012;
- Instalar o software de RES, até 2015, em 3000 Unidades Básicas de Saúde;
- Obter, até 2015, instaladas 3600 antenas em Unidades Básicas de Saúde;
- Atingir o quantitativo de 150 sistemas enviando informações para a B-RES;
- Estender para 200 aos pontos de atendimento do Call Center até 2015;

- Realizar diagnóstico situacional da assistência laboratorial, definindo competências locais – municipais e regionais e sua relação com as redes de atenção;
- Sensibilizar 100% dos gestores de saúde, conselhos de saúde, usuários e prestadores para o modelo de reorganização da assistência laboratorial;
- Divulgação e implantação dos protocolos clínicos de exames laboratoriais na Atenção Primária à Saúde;
- Ampliação do Sistema Estadual de Transporte em Saúde para 100% das regiões de saúde;
- Ampliação do número de municípios atendidos com os seguintes serviços: segunda opinião para atenção primária, laudo por telemedicina para atenção primária, secundária e terciária, tele monitoramento de paciente grave;
- Atingir o quantitativo de 700 municípios atendidos pelo Tele Minas Saúde até 2015.

Diretriz: Fortalecer o complexo produtivo em saúde como vetor estruturante do desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde e contribuir para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação.

ÁREA TEMÁTICA: Produção, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

DESAFIO

FUNED

Contribuir efetivamente para a minimização das consequências do custo, tanto na aquisição de medicamentos quanto na ampliação da disponibilidade e o acesso. Reposicionar-se de forma a concentrar esforços na produção de produtos inovadores para o país, em função das exigências atuais de mercado e face aos objetivos estratégicos de governo.

Para isso, a Funed deve promover a evolução dos estudos em saúde por meio de pesquisas básicas e aplicadas para atualizações constantes de métodos, produtos e valoração de tecnologias existentes. Produzir novos conhecimentos de bioprospecção com a geração de novos produtos para serem utilizados no combate, prevenção e tratamento de diversas doenças.

Em relação à produção de serviços laboratoriais, o desafio é promover constantemente análises laboratoriais, além de pesquisar, padronizar e implantar metodologias de análise para diagnóstico de agravos e doenças de notificação obrigatória e de interesse da saúde pública, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

HEMOMINAS

Qualificar o acompanhamento dos pacientes que são, periodicamente, submetidos à atendimento médico, odontológico, fisiátrico e laboratorial. Otimizar os processos de hemoterapia com atividades de captação de doadores de sangue; triagem clínica; coleta de sangue de doador apto clínico; realização de exames laboratoriais imunohematológicos e sorológicos do sangue coletado; provas laboratoriais pré-transfusionais. Ampliar o desenvolvimento de pesquisas nas áreas de hemoterapia, hematologia e biologia molecular. A Fundação Hemominas tem como desafio também atuar na área de células e tecidos biológicos.

PPSUS

Ser ferramenta indutora para que os principais problemas de saúde da população figurem-se entre as linhas prioritárias de pesquisa no Estado de Minas Gerais.

RESPOSTA SOCIAL

FUNED

O Programa de desenvolvimento, produção e entrega de medicamentos e imunobiológicos tem como objetivo desenvolver, produzir e entregar medicamentos e imunobiológicos para a Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde contribuindo para a implementação das Políticas de Assistência Farmacêutica, do Programa Nacional de Imunização e do Programa de Medicamentos Estratégicos do Ministério da Saúde.

A inclusão da vacina contra meningite C no calendário nacional de imunização foi realizada em 2010, depois de uma iniciativa pioneira da Funed de transferir tecnologia para a produção da vacina. O acordo de transferência foi assinado em 2009 entre a companhia suíça Novartis e o Governo de Minas e permitiu a distribuição gratuita da meningocócica em todos os postos do Estado já a partir daquele ano. Em 2010, o produto também foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil. A meningite C é um problema de saúde pública, é uma doença de rápida evolução, potencial caráter epidêmico, grave e letal e que vem crescendo ano a ano. Diferentemente das vacinas meningocócicas mais antigas,

chamadas de polissacarídicas, a vacina meningocócica C conjugada disponibilizada pela Funed pode ser utilizada com eficácia e segurança já a partir dos dois meses de vida, proporcionando proteção imediata e de longa duração, por induzir uma memória imunológica vigorosa.

A partir de 2011 a fundação passou a ser responsável também pela produção e distribuição do medicamento Tenofovir 300 mg que integra o Programa Nacional de DST/AIDS, desenvolvido pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites virais/SVS/MS.

A Funed exerce papel fundamental no Sistema de Vigilância em Saúde no que se refere à avaliação de riscos emergentes e proposição de mecanismos de controle, a identificação das prioridades de intervenção e avaliação das medidas adotadas, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão para, deste modo, implementar ações de intervenção pertinentes e eficazes. Por meio do Laboratório Central, a fundação é responsável por promover continuamente a vigilância laboratorial da qualidade sanitária de produtos e serviços, entre eles alimentos, medicamentos, cosméticos e outros produtos sujeitos à vigilância sanitária, ambiental e à saúde do trabalhador. A Funed executa ainda ações de vigilância epidemiológica através do processo de investigação e inquérito e realização de exames para diagnóstico de doenças de notificação compulsória, avaliação de riscos ambientais, dentre outros.

A pesquisa existe desde a criação da Fundação Ezequiel Dias. Em relação à pesquisa em saúde, os resultados obtidos das pesquisas básicas e aplicadas possibilitarão a geração de novos bioprodutos com potencial medicamentoso para serem produzidos para o SUS, para novos registros de medicamentos e/ou para a transferência de tecnologia desenvolvida.

HEMOMINAS

A Fundação Hemominas desenvolve suas atividades com planejamento e qualidade, buscando cumprir sua missão de “Atuar na área de hematologia,

hemoterapia, células e tecidos com excelência e responsabilidade social”, para alcançar sua visão de futuro de “Ser reconhecida como organização de excelência mundial em serviços de saúde”.

A Hemominas é formada por uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada, sendo uma Administração Central Presidência com seus órgãos de assessoramento: Vice-Presidência, Gabinete, Procuradoria e Auditoria Seccional; três Diretorias como apoio Técnico Administrativo - Diretoria de Atuação Estratégica, Diretoria de Planejamento e Gestão e Finanças e Diretoria Técnico-Científica - e 23 Unidades Regionais, entre Hemocentros Regionais, Núcleos Regionais, Postos de Coletas e Agências Transfusionais.

A Fundação Hemominas tem como objetivo macro assegurar a unidade de comando e direção das políticas do Estado relativas à Hematologia e Hemoterapia, garantindo à população a oferta de hemocomponentes e hemoderivados de boa qualidade, além de atuar na área de células e tecidos biológicos.

Realiza assistência hematológica aos portadores de coagulopatias hereditárias (hemofilias A e B) e hemoglobinopatias. A maioria dos pacientes de coagulopatias hereditárias apresenta deficiência quantitativa ou qualitativa de um dos fatores da coagulação (fator VIII para a hemofilia A ou fator IX para a B). A deficiência de um desses fatores manifesta-se pela presença de sangramento espontâneo, em situações de trauma ou procedimentos cirúrgicos. O atendimento é realizado por meio de protocolo de tratamento baseado em manuais do Ministério da Saúde e da Federação Mundial de Hemofilia.

O tratamento baseia-se na reposição do fator de coagulação deficiente, administrado por meio de concentrados liofilizados em cada ocorrência de sangramento. Atualmente a Fundação Hemominas também realiza a profilaxia primária e secundária dos pacientes. A ação preventiva tem como objetivo diminuir as sequelas dessa doença promovendo o bem estar a longo prazo destes pacientes. Esses concentrados são provenientes de vários doadores de sangue e submetidos a processo industrial, para tornar inativos certos vírus transmissores

de doenças. Eles são disponibilizados pelo Ministério da Saúde a todos os pacientes do país.

Além de realizar o acompanhamento e tratamentos dessas doenças a Fundação Hemominas fornece hemocomponentes a estabelecimentos de saúde que realizam atendimento a pacientes que necessitam de suporte hemoterápico.

A utilização de tecidos biológicos aumenta a taxa de sobrevivência de determinados pacientes, melhora a qualidade de vida de outros e influem diretamente no tempo de internação hospitalar. A implantação do Centro de Tecidos Biológicos (Cetebio), no município de Lagoa Santa, Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), configura um importante passo no tratamento de enfermidades graves. Entre elas, as doenças hematológicas e imunodeficiências, a partir da disponibilização de hemácias raras e células progenitoras hematopoéticas. Prevê, também, a disponibilização de peças ósseas, valvas cardíacas e pele alógena para tratamento de politraumatismos, doenças cardiovasculares e queimaduras, constituindo-se como o maior banco de tecidos biológicos na América Latina.

O Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais – Cetebio é um centro multitecidos que têm como objetivo dotar a saúde pública do estado de Minas Gerais de procedimentos de alta complexidade, através da captação, seleção, coleta, processamento, armazenamento e distribuição de tecidos e materiais biológicos seguros e de alta qualidade técnica, retirados de doadores vivos e mortos, para os hospitais credenciados/autorizados pelo Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, tendo em vista a realização de transplantes e enxertias.

A estrutura técnica requerida para esse empreendimento é composta por um Banco de Sangues Raros, um Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, um Banco de Medula Óssea, um Banco de Pele, um Banco de Tecidos Musculoesqueléticos e um Banco de Válvulas Cardíacas.

A Hemominas também desenvolve pesquisas que podem ser feitas por seus próprios servidores ou por profissionais de outras instituições. As linhas de pesquisa delineadas na Fundação Hemominas são: hemoglobinopatias, hemostasia,

trombose e coagulação, doenças transmissíveis pelo sangue, virologia, transfusão de sangue e derivados, imunohematologia; doação de sangue e componentes; hemoderivados; saúde ocupacional e psicologia, gestão em saúde.

Para o quadriênio 2012 – 2015 foram previstos os objetivos:

- Garantir à população oferta de sangue e hemoderivados de boa qualidade;
- Garantir o atendimento a pacientes portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias;
- Garantir o fornecimento de hemocomponentes aos estabelecimentos de saúde contratantes;
- Fornecer bolsas de plasma para produção de hemoderivados;
- Oferecer tecidos biológicos seguros e de alta qualidade técnica para realização de procedimentos de alta complexidade no âmbito do sistema de saúde pública do Estado de Minas Gerais, através da implantação do Cetebio.

PPSUS

O Programa Pesquisa para o SUS surge em 2004 com o intuito de fortalecer o fomento descentralizado à pesquisa envolvendo parcerias dos âmbitos, federal e estadual. Essa parceria acontece por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE) do Ministério da Saúde, Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Com o objetivo de ampliar o desenvolvimento científico e tecnológico, visa investir na qualificação estratégica da inovação e excelência na área de saúde financiando pesquisas em temas prioritários para a saúde, contribuindo com o aprimoramento do SUS e promovendo o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde no Estado de Minas Gerais.

PÚBLICO ALVO

FUNED

População mineira em geral; usuários do SUS; além de consumidores de produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário tais como água de consumo humano, alimentos, medicamentos, usuários de serviços de saúde como hemodiálise e hemocentros.

HEMOMINAS

- Pacientes portadores de hemoglobinopatias, coagulopatias e com necessidades de atendimento hemoterápico;
- Empresa contratada pelo Ministério da Saúde para o processamento do Plasma e produção de hemoderivados;
- Estabelecimentos de saúde que realizam atendimento hemoterápico;
- Pacientes que necessitam de células e tecidos para tratamento de grandes queimaduras, politraumatismos, cânceres e doenças hematológicas.

PPSUS

- Pesquisadores vinculados à instituição sediada no Estado de Minas Gerais, que desenvolvam projetos compatíveis com o tema da proposta apresentada pelo PPSUS.

METAS 2012-2015

FUNED

- Produção de medicamentos (Farmácia de Minas), atingindo 1.500.000 unidades farmacêuticas produzidas até 2015;
- Produção e distribuição de imunobiológicos, com 40.000.000 doses de vacina e soros produzidos até 2015;

- Produção e distribuição de medicamentos (Programa Nacional de medicamentos), atingindo 143.000.000 unidades farmacêuticas produzidas até 2015;
- Construção das fábricas de vacinas e antirretrovirais, com 100% dos prédios construídos até 2015;
- Construção e adequação de unidades físicas (Instituto Octávio Magalhães), com 100% do prédio construído até 2015;
- Produção de 450.000 serviços laboratoriais por ano, até 2015;
- Manter o total de 30 projetos de pesquisa e desenvolvimento na área da saúde em execução até 2015.

HEMOMINAS

- Desenvolvimento do Programa de Sangue e Hemocomponentes;
- Ampliação, adequação e manutenção da infraestrutura física, aquisição de equipamentos e materiais permanentes;
- Desenvolvimento dos Processos Técnicos do Cetebio.

PPSUS

- Abertura de dois editais do Programa Pesquisa para o SUS até o ano de 2015.

Diretriz: Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

ÁREA TEMÁTICA: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

DESAFIO

A qualidade da atenção à saúde exige processos educacionais permanentes voltados para o desenvolvimento de competências profissionais por meio da aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de habilidades e atitudes capazes de aprimorar a prática e transformar os ambientes de trabalho.

A formação e a qualificação profissional não deve se resumir em ações educacionais pontuais e imediatas que visem solucionar problemas emergenciais, ao contrário, deve ser um processo educativo permanente, que promova o aperfeiçoamento profissional de cada trabalhador do SUS.

A implantação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde enfrenta vários desafios que devem ser superados para que ocorram mudanças efetivas e permanentes no processo de trabalho.

Dentre esses desafios, temos: a fragmentação das ações educacionais; a não priorização da metodologia de educação permanente no planejamento e na construção dos cursos ofertados; a alta rotatividade de profissionais em algumas regiões; a ausência de expertise em educação permanente; a disseminação insuficiente dos conceitos relativos à educação permanente; a necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente; falta de articulação entre a Política de Educação Permanente e a evolução na carreira profissional.

Ressalta-se, também como um desafio para a Política de Educação Permanente o enfrentamento da necessidade de instrumentalizar o controle social para o seu efetivo exercício.

Outro desafio é promover a integração das políticas de gestão de pessoas e o desenvolvimento de ações direcionadas ao fortalecimento da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, em especial, para os trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Minas Gerais tem como meta ser o melhor Estado para se viver até 2030. Para que isto ocorra, do ponto de vista da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, é necessário que Minas se torne o Estado onde se vive mais e melhor.

Devido às peculiaridades relativas ao sistema de saúde, alcançar esta visão de futuro não é uma tarefa simples. É necessário convergir os esforços do governo federal, do estado e também dos municípios e prestadores em torno de objetivos comuns.

Um importante mecanismo de fomento destas políticas é desenvolver atividades de informação, educação e comunicação que atinjam os profissionais e até mesmo os usuários do sistema de saúde em Minas Gerais.

Surge assim mais um desafio: como realizar ações educacionais que de fato tenham a capilaridade necessária e atinjam os profissionais de todos os municípios e os cidadãos?

RESPOSTA SOCIAL

Educação em Saúde

A Política de Educação Permanente em Saúde é um dos pilares para a qualificação e transformação das práticas de saúde. Seu objetivo final é contribuir para a melhoria da assistência em saúde e fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS, sendo, portanto, prioridade das três esferas do SUS. Desse modo, espera-se que as ações dessa política possam impactar na melhoria dos indicadores e condições de saúde da população, na oferta de serviços de maior qualidade e, principalmente, possa reconhecer e valorizar cada profissional que se responsabiliza pela saúde

dos cidadãos. Isso requer um processo educativo com capacidade de envolver os profissionais como sujeitos dessa mesma política. Para o quadriênio 2012-2015, foram previstos os seguintes objetivos estratégicos:

- Desenvolver capacidade de produção de conhecimento em educação permanente em saúde;
- Disseminar conhecimentos e experiências em educação permanente em saúde;
- Desenvolver mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação da política de educação permanente em saúde;
- Fortalecer o papel da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES como espaço privilegiado de proposição solidária e cooperativa de estratégias de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS;
- Fortalecer e efetivar o controle social;
- Aprimorar a gestão de recursos financeiros para a educação permanente em saúde;
- Consolidar o processo integrado, sustentável e permanente de qualificação dos trabalhadores do SUS em Minas Gerais priorizando os trabalhadores efetivos do SUS e a sua evolução na carreira profissional;
- Efetivar a educação permanente em saúde como estratégia prioritária para implementação das redes de atenção em Minas Gerais.

Gestão do Trabalho

Na perspectiva de atuação para o Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, busca-se dar continuidade às ações desenvolvidas para promover o fortalecimento das áreas responsáveis pela gestão do trabalho – no estado e municípios; promover estudos e pesquisas que possibilitem a construção de estratégias para promover a atração, fixação, desenvolvimento e valorização dos trabalhadores do SUS; contribuir para a ampliação dos espaços de discussão e democratização das relações de trabalho, incentivando a implementação e fortalecimento das Mesas de Negociação Permanente do SUS nos municípios; promover ações direcionadas para a redução da precarização dos vínculos do trabalho, para a construção e aprimoramento dos planos de carreiras, para a melhoria das condições e qualidade

de vida no trabalho, para a instituição de mecanismos que incentivem a produtividade baseada em resultados sociais; promover a integração das ações de gestão do trabalho com a Saúde do Trabalhador; e, buscar a integração das ações e responsabilidades tripartite para a consolidação da política de gestão do trabalho. Espera-se que tais esforços contribuam para a melhoria do desempenho institucional e valorização dos trabalhadores.

No âmbito do SUS:

- a) Realização de pesquisas e estudos sobre a gestão do trabalho e educação em saúde – diretamente realizadas ou por meio de instituições parceiras como a Escola de Saúde Pública e Observatório de Recursos Humanos;
- b) Finalizar estudos visando a implementação do Observatório de Recursos Humanos na SES, através da Escola de Saúde Pública;
- c) Promover o fortalecimento das unidades responsáveis pela gestão de pessoas da secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para que as mesmas possam contribuir para o fortalecimento das áreas correlatas das regionais e secretarias municipais de saúde;
- d) Realizar estudos para avaliação e implementação das opiniões advindas do controle social;
- e) Manutenção do fortalecimento do papel da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS como local mediático privilegiado de discussão das relações de trabalho entre gestores e trabalhadores;
- f) Incentivar a implementação das Mesas Municipais de Negociação Permanente do SUS;
- g) Implementar Plano de Desenvolvimento integrado, que promova a formação e qualificação dos trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais baseada no planejamento estratégico e gestão de competências;
- h) Promover o aprimoramento dos sistemas informatizados e base de dados correlatos a área de gestão de pessoas e gestão do trabalho e educação, visando a confiabilidade dos dados, informação com valor agregado e transparência.

- i) Fortalecer a participação na Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do CONASS.

No âmbito da SES/MG, especificamente:

- a) Implementar a gestão de pessoas por competências na SES/MG;
- b) Implementar a ISO 9001 nos processos da Diretoria de Administração de Pessoas da SES;
- c) Realização de pesquisas e estudos visando a constante atualização das informações sobre o perfil de trabalhador necessário para o cumprimento da missão institucional;
- d) Incentivar a prática de estágio para estudantes;
- e) Aprimorar o processo de avaliação de desempenho dos servidores;
- f) Desenvolver estudos e implementar sistema de avaliação das ações de desenvolvimento;
- g) Desenvolver ações que auxiliem na integração e a qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais;
- h) Desenvolver estudos para implementar sistema de dimensionamento de pessoal de acordo com o ambiente, processos de trabalho, competências e planejamento estratégico;
- i) Realização de concursos públicos e adoção de formas de contratação que minimizem a precarização dos vínculos;
- j) Manutenção dos esforços para o fortalecimento Câmara Técnica de Recursos Humanos do Sistema Estadual de Saúde de MG.

Canal Minas Saúde

Criado como uma rede estratégica multimídia (Televisão, Rádio e Internet) da Secretaria de Estado de Saúde com a missão de implantar e desenvolver o Programa de Educação Permanente a Distância (PEPD), **o Canal Minas Saúde** como importante instrumento de capacitação dos profissionais de saúde, bem como de gestão para o Controle Social no SUS e para os secretários de saúde de

Minas Gerais. O PEPD tem o intuito de implementar atividades de informação, educação e comunicação como elementos imprescindíveis para consolidação do Sistema Único de Saúde e fortalecimento da cidadania no Brasil.

Mas, a experiência exitosa acabou por despertar novas vocações e novos públicos. É o caso da promoção à saúde focada para os usuários do SUS. Outro ponto importante diz respeito ao fortalecimento do Plano de Regionalização da Saúde e das Redes de Atenção à Saúde.

Com uma rede de recepção que aproxima-se dos 4.000 pontos.

Inovar para educar: a experiência do Canal Minas Saúde

Como instrumento de capacitação, o Canal Minas Saúde tem atuado nas seguintes áreas:

- Atenção à Saúde: Produção e transmissão de 52 aulas do Curso de Especialização em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde, 3 aulas sobre Influenza AH1N1 e 5 aulas do Curso de Classificação de Risco – Protocolo de Manchester.
- Vigilância em Saúde: Produção e transmissão de 3 aulas pela TV sobre Dengue.
- Gestão: Produção e transmissão de 9 aulas do Curso de Transferência de Recursos, Curso de Especialização em Gestão Regional, cursos de Gerência de Riscos para Hospitais, Telecurso SUS/SES, Telecurso de Ferramentas de Qualidade.

Como instrumento de promoção, o Canal Minas Saúde tem atuado nas seguintes áreas:

- Produção e transmissão de aulas sobre Sistemas de Controle da Nutrição, 26 programas Sala de Espera, 26 vídeos Sua Saúde, 26 vídeos Aconteceu Comigo, 26 vídeos Mitos e Verdades, 12 vídeos Alerta, 156 vídeos Fala Doutor, 26 vídeos Boa Prática, 26 vídeos Confidências.

- Transmissão das reuniões do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

O repositório das experiências: portal Minas Saúde

Na internet, o Canal Minas Saúde evoluiu e colocou à disposição do público, por meio do seu portal, novas oportunidades de aprendizagem e informação. Como um repositório de experiências, o Portal favorece a socialização do saber, do fortalecimento das equipes e da consolidação de um novo modelo de atenção à saúde. No portal, além dos serviços disponíveis encontra-se o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA): importante espaço que confere um grau maior de interatividade por meio de tutoria ativa junto aos alunos, proporcionando maior oportunidade de aprendizagem.

São objetivos do Canal Minas Saúde:

- Desenvolver a Educação Permanente a Distância;
- Propiciar o debate sobre políticas e programas da área de Saúde;
- Difundir informações, visando o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Favorecer a visibilidade do SUS junto à população;
- Promover e favorecer a troca de experiências e conhecimentos na área da Saúde;
- Difundir programas e vídeos educativos no sentido de fomentar a promoção a saúde e a prevenção das doenças pelos cidadãos;
- Difundir informações epidemiológicas, ambientais e sanitárias;
- Colocar à disposição dos usuários e dos profissionais do SUS, por meio de rádio, web e televisão, informações, notícias, entrevistas e vídeos educativos.

PÚBLICO ALVO

- Unidades de gestão de pessoas e os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, em especial, os servidores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Contudo, espera-se que tais ações reflitam positivamente para a implementação efetiva das políticas de saúde, o cumprimento da missão institucional e alcance da visão de futuro, resultando em servidores capacitados, motivados e a melhoria dos serviços prestados à população.

- Profissionais atuantes no SUS/MG, de nível médio, técnico e superior, como conselheiros de saúde, profissionais de saúde, profissionais da gestão e da assistência, prioritariamente efetivos, e outros profissionais que atuam diretamente no SUS/MG.

As ações de educação permanente serão identificadas e priorizadas a partir das necessidades locais regionais.

METAS 2012-2015

- Oferta de ações educacionais para todas as regiões de saúde correlacionadas à atenção à saúde das redes prioritárias implantadas;

- Elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em todas as regiões ampliadas de saúde do estado, contemplando as necessidades regionais e o controle social no SUS;

- Implantar a Política de Educação Permanente em Saúde para o controle social no SUS em Minas Gerais;

- Finalizar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários Estadual para os servidores da Saúde até 2015;

- Produção e transmissão de 67 aulas para cursos de pós-graduação da SESMG;

- Produção e transmissão de 192 aulas para cursos de capacitação;

- Produção de 2000 programas de áudio para rádio;

- Alimentação da grade de programação em 80% com produção de programas próprios;

- Transmissão das reuniões do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais;

- Transmissão de 100% dos grandes eventos ligados a SES e ao Controle Social no SUS;

- Implantação e monitoramento de 4 cursos de pós-graduação;

- Criação e desenvolvimento de 60 cursos de capacitação;

- Criação e desenvolvimento de capacitação para o Controle Social no SUS;

- Manutenção de 100% da interatividade e infraestrutura do Portal Minas Saúde;

- Acesso ao Canal Minas Saúde pelos Conselhos de Saúde.

Diretriz: Fortalecer a governança do Sistema Único de Saúde, através do aprimoramento das relações interfederativas, da valorização do controle social e da implementação de um novo modelo de gestão, com centralidade na garantia do acesso, foco em resultados e financiamento estável.

ÁREA TEMÁTICA: Governança

DESAFIO

O Sistema Único de Saúde possui um modelo de gestão extremamente complexo, tendo em vista os diversos atores envolvidos em sua concepção e execução. Para começar, os entes federados possuem autonomia (comando único) devido ao pacto federativo e, no entanto, devem exercer a gestão de forma compartilhada, já que atuam em benefício de uma mesma população.

Isso pressupõe o estabelecimento de relações interfederativas horizontais, sem nenhum tipo de hierarquia. Os gestores são responsáveis pela execução da política cuja formulação deve ser feita considerando as diretrizes estabelecidas conjuntamente com o Controle Social, que conforme a Lei 8142/1990 é realizado mediante as conferências de saúde e através dos conselhos de saúde e que, conforme a Lei Complementar 141 tem a prerrogativa de aprovar o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios Anuais de Gestão.

A propósito, a Lei 12.466/2011, o Decreto 7508/2011 e a Lei Complementar 141/2012, três das normativas mais recentes do SUS, trazem significativos avanços para a organização e o funcionamento do Sistema. Instâncias regionais como as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) precisam ser fortalecidas como um espaço de pactuação intergestores.

Cabe ressaltar ainda o importante papel exercido pelos consórcios de natureza pública no que tange a gestão de equipamentos de saúde de abrangência supra-

municipal, bem como o importante papel das Unidades Regionais de Saúde no apoio a organização das Redes de Atenção nas regiões de saúde e no apoio aos municípios.

Todos estes conceitos precisam estar articulados de forma a propiciar o avanço na Governança das Redes. Por Governança das Redes de Atenção à Saúde entende-se a capacidade de compartilhar a gestão destas redes entre diferentes atores sociais. Para tanto, deve-se buscar a construção de espaços permanentes de co-gestão solidária e cooperativa (mediante negociação e consenso) e a implementação de Instrumentos para resolução de problemas comuns de uma região.

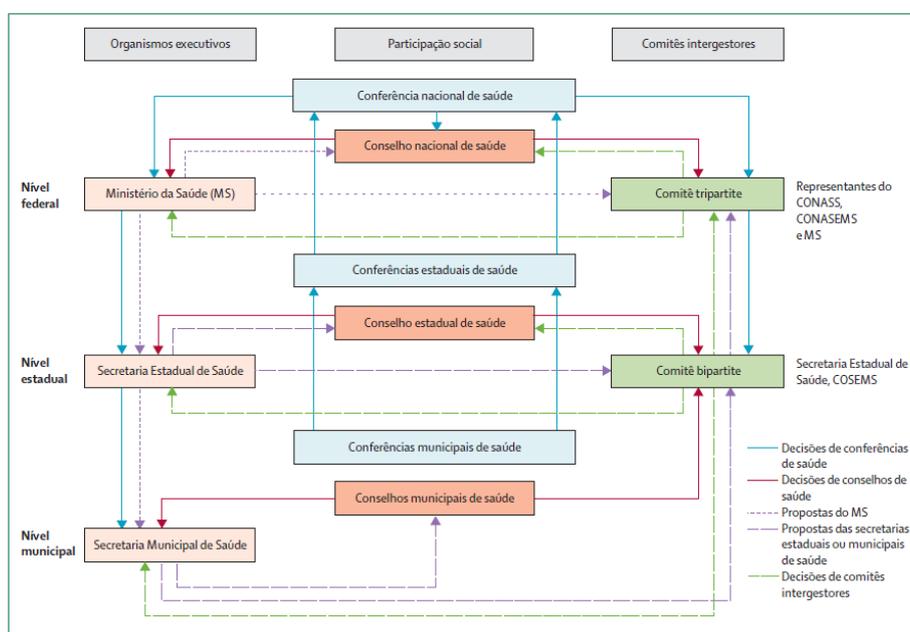
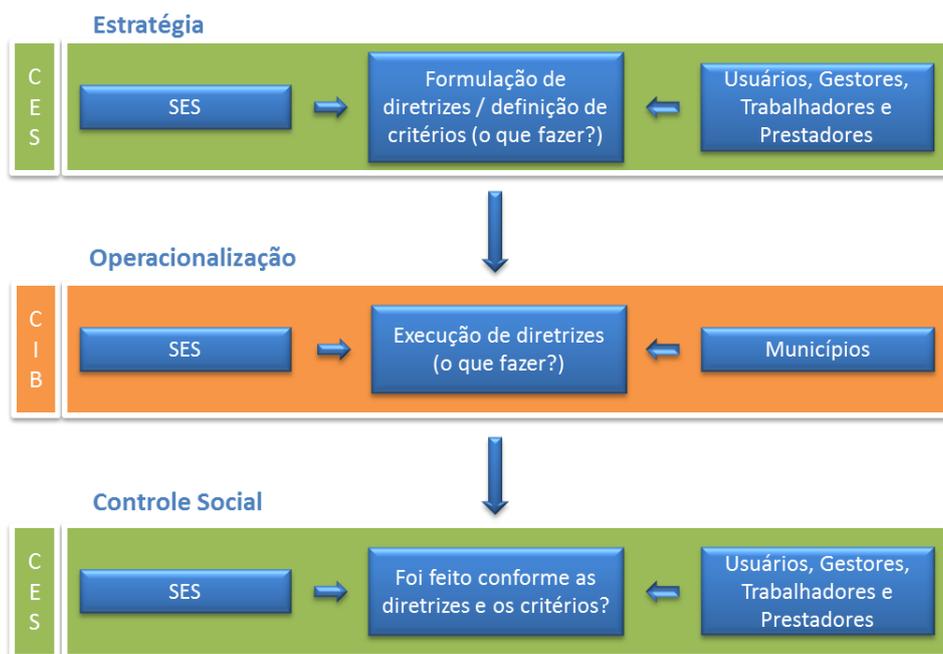


Figura 4: SUS formulação de políticas e participação no processo social
 CONNA=Conselho Nacional de Oficiais de Estado. CONASEMS=Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. COSEMS=Conselho Estadual dos Funcionários Municipais. Dados da referência 47.

RESPOSTA SOCIAL

Os avanços propostos com a implantação do modelo de atenção em redes, definido como estratégia em âmbito nacional com a publicação da Portaria 4279/2010, só serão efetivamente constituídos se implantarmos uma gestão em redes.

Isso pressupõe ações como o fortalecimento do controle social no SUS (Conselhos de Saúde) e das instâncias representativas dos gestores (como, por exemplo, o COSEMS), bem como a delimitação clara do papel de cada um destes atores.



Pressupõe também o fortalecimento de instrumentos de planejamento e contratualização que viabilizam o processo de governança do SUS.

Há que se considerar ainda importantes alternativas referentes ao modelo de gestão de serviços do SUS, como os consórcios, que devem estar sujeitos ao Controle Social e as regras vigentes do Sistema Único de Saúde. O consórcio intermunicipal de saúde pode representar para os municípios e, no caso de Minas Gerais, para o governo estadual, uma forma economicamente viável de prestação de serviços públicos, com a redução de seus custos operacionais.

Finalmente, faz-se necessário avançar no processo de fortalecimento das regiões de saúde, onde os serviços serão organizados visando os cidadãos.

PÚBLICO ALVO

As ações aqui propostas visam, em última instância, a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. Contudo, para que se alcance este objetivo, algumas ações propostas nesta diretriz serão dirigidas ao controle social – Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, as unidades regionais, a instância representativa da gestão

municipal – o COSEMS e aos consórcios e outros entes que surgem como alternativa para a gestão de alguns equipamentos de saúde.

METAS 2012-2015

- Instituir mecanismos para efetivar as ações de controle social em relação aos consórcios públicos de Saúde;
- Implantação dos Contratos Organizativos de Ações Públicas de Saúde em 100% das regiões do Estado, à partir de 2013;
- Implantação e implementação dos Colegiados Regionais de Conselhos de Saúde em 100% das regiões do Estado;
- Realizar processos de sensibilização e capacitação de conselheiros estaduais e municipais;
- Viabilizar nos aspectos estruturais e financeiros o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e dos Colegiados Regionais;
- Realizar processos de capacitação dos gestores municipais no que se refere a importância do controle social no SUS, a gestão financeira e orçamentária dos SUS e aos instrumentos de planejamento do SUS;
- Viabilizar o funcionamento e a atuação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde;
- Implantação do plano de fortalecimento dos Núcleos de Gestão Regional das Unidades Regionais de Saúde da SES/MG;
- Capacitar e qualificar os recursos humanos dos consórcios públicos que atuam na gestão de equipamentos de saúde;

- Desenvolver um sistema de apoio a gestão para os consórcios intermunicipais de saúde que possibilite a organização e controle, com precisão e uniformidade, dos dados orçamentários e contábeis dos CIS, além de informações básicas de saúde relativas aos CIS (inclusive produção de serviços);
- Estimular a adoção de modernas práticas de gestão pública pelos consórcios de saúde;
- Adequar os consórcios de natureza pública aos ditames da Lei Federal n.º 11.107/;
- Intensificar processos de auditoria nos consórcios;
- Fomentar a compatibilização da área de abrangência dos consórcios com os territórios sanitários regionais (PDR);
- Aperfeiçoar o processo de credenciamento dos consórcios no Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com as diretrizes do controle social;
- Estudar e propor modelos alternativos de gestão em conformidade com o estabelecido pelo Controle Social;
- Orientar os municípios para que 100% deles tenham Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão, elaborados e analisados pelos respectivos conselhos;
- Criar parâmetro de avaliação de qualidade das gestões municipais;
- Instituir incentivo estadual equivalente ao Bloco de Gestão para financiamento e estímulo ao funcionamento dos conselhos municipais, ouvidorias, dentre outros atores da gestão do SUS.

Diretriz: Qualificar os processos de apoio da Secretaria de Estado de Saúde e das Unidades Vinculadas, através da simplificação e do aprimoramento dos instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

ÁREA TEMÁTICA: Processos de Apoio

DESAFIO

Essa diretriz envolverá questões relacionadas à organização interna do Sistema Estadual de Saúde, buscando a efetividade na execução das ações de responsabilidade direta do governo estadual e da garantia de melhor controle da aplicação dos recursos transferidos aos municípios. As medidas decorrentes deverão manter relação sistêmica com os demais entes da federação, visando o aprimoramento do SUS.

O desafio de ser um apoio às demais áreas está em atuar em redes, de maneira articulada e integrada aos demais setores da Secretaria de Estado de Saúde, superando a fragmentação das atividades intersetoriais e garantindo a eficiência e a eficácia dos processos.

A partir do aprimoramento dos objetivos organizacionais e da estruturação de processos de planejamento nos vários espaços institucionais de decisão, bem como do debate sobre as políticas e construção de consenso, as medidas a serem adotadas buscarão favorecer o envolvimento dos atores estratégicos, de modo a promover maior democratização, participação e transparência.

Esta diretriz impõe ainda o objetivo de aprimorar a estrutura e a customização dos processos operacionais, bem como de monitorar e avaliar adequadamente as ações, visando racionalizar os recursos (sejam eles financeiros, de infraestrutura ou de força de trabalho), assegurar prioridades estratégicas e alcançar resultados ainda melhores para o SUS.

Ademais, destaca-se também a utilização de inovações de Tecnologia da Informação no intuito de fomentar o pleno funcionamento de sistemas corporativos, viabilizando uma gestão estratégica, organizada e eficiente, promovendo sucesso na tomada de decisões.

Nesse sentido, entre as iniciativas a serem implementadas, destacam-se:

- O acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS, com foco em resultados;
- A implementação de uma cultura voltada para a ouvidoria como instrumento de gestão, articulado às instâncias de controle social, e adequação dos sistemas de informação;
- O monitoramento das demandas recebidas pelo sistema integrado das ouvidorias de serviços de saúde, de modo a consolidá-las e transformá-las em indicadores quantitativos e qualitativos, disponíveis ao público em geral;
- O desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil do Fundo Estadual de Saúde;
- A implantação de ações voltadas ao desenvolvimento institucional e à modernização administrativa;
- A modernização do processo de acesso à informação institucional;
- O desenvolvimento e consolidação da política da gestão da informação do SUS para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão;
- A qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos.

RESPOSTA SOCIAL

Considerando sua finalidade enquanto área meio, responsável por acompanhar, coordenar e avaliar as atividades de gestão, planejamento e finanças da SES, pretende-se para o quadriênio 2012-2015 a continuidade das ações de integração com as demais áreas da Secretaria, promovendo de maneira cooperativa a potencialização dos resultados.

Além disso, pretende-se atuar de maneira conjunta aos mecanismos de auditoria internos e externos ao Órgão, para o adequado monitoramento das atividades e para a geração de informações que fortaleçam o controle, a transparência e o acesso.

Finalmente, tem-se como objetivo aproximar as ações do Sistema Estadual de Saúde aos cidadãos, através da implementação das ações de ouvidoria no SUS.

PÚBLICO ALVO

Considerando que o desenvolvimento das ações e serviços relacionados a esta diretriz é de responsabilidade da área meio, o público alvo é a própria Secretaria de Estado de Saúde, representada por suas diversas Unidades Administrativas. Apesar disso, é importante ressaltar que, por ser apoio, todas as demais ações de saúde perpassam pela área meio, cujos resultados otimizam e garantem as melhorias diretas à sociedade.

METAS 2012-2015

- Simplificar os processos de transferência de recursos, sobretudo as transferências fundo a fundo, com base na Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012;
- Implementar o Operador Logístico na Secretaria de Estado de Saúde – que será responsável por gerenciar e executar as atividades logísticas integradas do órgão, incluindo a armazenagem e gestão de armazém/estoque, distribuição e gestão de transportes e gestão integrada da operação logística de itens de medicamentos, vacinas, produtos para saúde, bens de consumo e patrimônio;
- Alinhar-se ao direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas, propiciando transparência e democratização das ações de governo, fortalecendo as ações de controle social;

- Estimular a implantação de ouvidorias nos municípios mineiros e promover a articulação das ouvidorias com o controle social;

- Dar continuidade às ações de racionalização na utilização de recursos orçamentários e financeiros disponíveis na SES – através do planejamento do consumo de produtos e serviços, bem como da utilização eficiente dos recursos destinados à saúde pública;

- Expandir a utilização da Videoconferência, ampliando o poder de comunicação de disseminação das políticas de Saúde em todo o Estado, além de diminuir gastos – gerando economia de recursos;

- Implantação de novidades tecnológicas – programas, ferramentas, *softwares*, etc. vislumbrando a melhoria da gestão estratégica, a automação dos processos, e o aumento da qualidade da comunicação interna e externa à SES. Como exemplo, temos: a Fábrica de CRM (*Customer Relationship Management – Gerenciamento do Relacionamento com o Cliente*) – para agilizar o atendimento do Gabinete às solicitações externas; a Fábrica de *Software* – com foco nas unidades administrativas, com a aquisição e licenciamento de softwares adequados, objetivando acelerar a produção de conteúdo de qualidade tanto técnico quanto gerencial; e a ferramenta de BI (*Business Intelligence – Inteligência para Negócios*) trazendo aos gestores maiores e melhores condições de análise dos dados e indicadores de saúde, consolidando num repositório único todas as informações da SES. Isto dentre outras ações.

ANEXOS

Anexo 1 –Outras redes temáticas componentes da Diretriz:

Fortalecer a atenção hospitalar e ambulatorial como pontos relevantes e resolutivos das redes de atenção à saúde, através da implantação de política de estímulo aos hospitais socialmente necessários, da implantação de novos centros especializados e do desenho de novas redes temáticas.

SAÚDE BUCAL

PROBLEMA

Dentro do entendimento da saúde bucal como qualidade de vida e fator de inclusão social e de construção da cidadania, destaca-se a importância de assegurar o acesso integral às ações e serviços de saúde bucal de qualidade a toda a população de nosso estado.

Dados epidemiológicos (SB Brasil 2003 e 2010) mostram que apesar de termos obtido avanços no quadro de saúde bucal em nosso país nos últimos sete anos, ainda encontramos grandes desafios a serem enfrentados:

- 56% das crianças de 12 anos apresentam a doença cárie, com uma média de 2 dentes atingidos, média de dentes atingidos por cárie sobe para 4,2 entre os adolescentes e para 16,9 entre os adultos, 13% dos adolescentes apresentam alguma perda dentária, 23% dos idosos apresentam necessidade de prótese total em uma arcada dentária e 15% nas duas.

RESPOSTA SOCIAL

Proposta de recurso Mensal de incentivo à Atenção Primária com adicional para equipe de saúde bucal completa

Dados assistenciais de saúde bucal do Estado de Minas Gerais mostram que a população coberta pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF) em MG é de 41,79% (DAB, MS, jun 2011), sendo que apenas 55,48% das equipes da ESF possuem profissionais de saúde bucal na sua composição. Sendo a ESF uma proposta de organização da atenção voltada para o aumento do acesso e qualificação da atenção, faz-se necessária uma política estadual que incentive os municípios a inserirem esses profissionais na equipe.

Previsão de financiamento tripartite dos CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)

Através de financiamento mensal do Estado correspondente a 50% do valor do repasse federal, estimular à regionalização dos serviços de média complexidade, cobrindo os vazios assistenciais e possibilitando o aumento do acesso da população aos serviços especializados de saúde bucal.

Financiamento da atenção em saúde bucal nos hospitais do programa PRO-HOSP

Na formação da rede de atenção em saúde bucal é indispensável fortalecer o atendimento hospitalar voltado para a cirurgia bucomaxilofacial, para a atenção integral a usuários em vulnerabilidade/necessidades especiais e para as urgências odontológicas fora dos horários de atendimento das unidades básicas de saúde.

Formação de auxiliar / técnico em saúde bucal

O profissional Técnico em Saúde Bucal (TSB), presente nas ESB Modalidade II, realiza ações clínicas, preventivas e de promoção à saúde que no seu conjunto representam um diferencial na organização da atenção em saúde bucal oferecida

pela equipe. Devido ao exposto, Torna-se necessária uma política de formação desses profissionais auxiliares em nosso estado.

Linha Guia de Saúde Bucal - consultoria para revisão do documento

Em 2006 foi elaborado pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal o documento “Atenção em Saúde Bucal” contendo as diretrizes para a organização da atenção em saúde bucal em nosso estado. Após cinco anos torna-se importante a revisão deste documento de modo que a nova publicação apresente as diretrizes atuais para atenção em saúde bucal, incluindo a proposta de rede de atenção.

OBJETIVOS

- Promover avanços na formação da rede de atenção em saúde bucal;
- Garantir a universalização do acesso à atenção primária em saúde bucal;
- Ampliar a cobertura das ESB na ESF;
- Reduzir os vazios assistenciais na atenção especializada em saúde bucal;
- Reduzir os vazios assistenciais na atenção hospitalar em saúde bucal;
- Garantir a qualificação da atenção em saúde bucal;
- Definir diretrizes para a atenção em saúde bucal;
- Formar profissionais auxiliares em saúde bucal;
- Obter dados epidemiológicos em saúde bucal em nosso estado.

METAS 2012-2015

- Introdução do adicional para equipe de saúde bucal completa no recurso mensal do Programa Saúde em Casa.
- Introdução do financiamento estadual dos CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) através de financiamento mensal.
- Introdução do financiamento estadual para a atenção hospitalar em saúde bucal nos hospitais do PRO-HOSP.
- Introdução da formação continuada de profissional auxiliar em saúde bucal.

- Introdução do Pra-Saúde Bucal, programa de educação permanente para os profissionais de saúde bucal do SUS/MG.
- Revisão da Linha Guia de Saúde Bucal.
- Manter o Financiamento Mensal às ESB da ESF – Programa Saúde em Casa, contemplando até 2015 2.522 equipes.
- Manter o Financiamento Estadual aos Centros de Especialidades Odontológicas, contemplando até 2015 108 CEOs.

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PROBLEMA

Apesar do Estado de Minas Gerais possuir quase que totalmente suas Redes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência implantadas conforme portarias do Ministério da Saúde, algumas questões necessitam de regularização/otimização, como: garantia de acesso aos serviços, carência de gestão profissional, carência de equipes multiprofissionais, baixo equipamento tecnológico, fragilidade da gestão clínica, insuficiência de recursos financeiros e deficiências no registro eletrônico clínico.

RESPOSTA SOCIAL

A Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD) é responsável pela implantação, implementação, fomentação de políticas públicas voltados para pessoas com deficiência e acompanhamento/regulação dos serviços que compõem as seguintes Redes Assistenciais de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Física, à Saúde Auditiva, ao Portador de Derivação Intestinal e/ou Urinária e à Saúde do Deficiente Intelectual e Autismo.

As referidas Redes são compostas por Serviços que possuem equipes multiprofissionais, que devem garantir conforme especificidade de cada área, o diagnóstico, adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, habilitação/reabilitação e acompanhamentos dos usuários. Sua missão é garantir atendimento integral e inclusão social.

Dentre as ações realizadas, destacam-se: acompanhamento de produção dos Serviços pelo sistema DATASUS, repasse de incentivo para construção e reforma de Serviços de atenção a pacientes ostomizados, compra das bolsas de ostomia para usuários do SUS-MG, custeio de maternidades referência do Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal, doação de equipamentos de emissão otoacústicas para o programa de triagem auditiva neonatal, o prêmio Fabio Lessa

de reconhecimento às boas práticas dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, vistoria técnica nos serviços integrantes das Redes

Principais resultados alcançados:

- Rede Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Física: 100% implantada conforme Portarias Ministeriais. Atualmente possui 20 serviços Reabilitação Física habilitados pelo Ministério da Saúde.
- Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva: 100% implantada conforme portarias do Ministério da Saúde, em fase de implementação pela SES-MG. Atualmente possui 15 Serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, 30 Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal (maternidades), 14 Juntas Reguladoras de Saúde Auditiva, 62 Juntas de Saúde Auditivas regionais, 368 Fonoaudiólogos Descentralizados, 04 Serviços de Implante Coclear.
- Rede Estadual de Atenção ao Paciente Portador de Derivação Intestinal e/ou Urinária: Possui 25 Serviços. Encontra-se em fase de implementação e revisão de suas diretrizes.
- Rede Estadual de Atenção à Saúde do Deficiente Intelectual e Autismo: Possui 135 Serviços (maioria Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE). Encontra-se em fase de revisão de diretrizes e nova forma de financiamento da Rede.

OBJETIVOS

- Modelagem das redes que ainda não possuem pontos de Atenção à Saúde definidos e pactuados;
- Elaborar e publicar linha guia de atenção à pessoa com deficiência;
- Financiar reformas, construções e compra de equipamentos para os Serviços de referência em atendimento às pessoas com deficiência;
- Co-financiar Serviço em Reabilitação;
- Reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde;
- Capacitar equipes de saúde envolvidas com o público referido;
- Estabelecer interfaces com setores envolvidos com essas redes;

METAS 2012-2015

- Credenciar novos Serviços em todas as Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência;
- Publicar linha guia e capacitar profissionais envolvidos;
- Melhorar a infraestrutura dos Serviços através de construção, reforma e/ou ampliação;
- Investimentos em tecnologias assistivas (parcerias);
- Manter 198 pontos de atenção das Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência Física, Saúde Auditiva, Deficiente Intelectual e Autismo, e ostomizado;

ATENÇÃO À SAÚDE PARA OS PRIVADOS DE LIBERDADE

PROBLEMA

Diante da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), conquistada a partir do estabelecimento da garantia constitucional do direito universal a saúde, tem-se vivenciado no Brasil a busca constante de inclusão de segmentos ainda socialmente marginalizados às ações e serviços prestados pelo sistema público de saúde.

A condição de privação de liberdade implica em uma ação diferenciada no que diz respeito à garantia do direito à assistência integral em saúde para a população que se encontra nela. Com o objetivo de se fazer valer a premissa constitucional, faz-se imprescindível a construção de uma estratégia que possa promover o acesso dos privados de liberdade aos serviços disponíveis na rede SUS de saúde, garantindo-lhe acima de tudo o direito a vida e à dignidade.

RESPOSTA SOCIAL

A Secretaria de Estado de Saúde - SES e a Secretaria de Estado de Defesa Social - SEDS/MG vêm trabalhando em parceria desde 2002 tendo como objetivo a melhoria da qualidade da assistência em saúde para população privada de liberdade, nas unidades prisionais e socioeducativas do Estado. Em reconhecimento a esta legítima e necessária parceria com a SEDS/MG, órgão responsável pela gerência e administração das unidades para implantação dos Planos Operativos Estaduais de Atenção à Saúde da População Prisional e Socioeducativo, no sentido de fortalecimento da mesma e visando maior efetividade nesse trabalho, a SES/MG criou dentro de sua estrutura, em novembro de 2007, uma Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade – Rede Saúde Livre.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade visa transformar o conceito social do acesso à assistência em saúde para as pessoas em privação de liberdade enquanto um privilégio, para uma compreensão de garantia da saúde

como direito de todos e dever do estado. Sua missão é promover o acesso dos privados de liberdade às redes de atenção à saúde do SUS através da ampliação e fortalecimento da atenção primária, bem como, da articulação e pactuação dos fluxos responsáveis para o atendimento aos privados de liberdade sob custódia do Estado.

Principais resultados alcançados:

- Criação da Coordenação de Saúde da Pessoa de Privada de Liberdade.
- Aprovação em CIB (Comissão Intergestores Bipartite) do Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde do Adolescente em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Internação e Internação Provisória de Minas Gerais – POE Socioeducativo.
- Regionalização da Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade de Minas Gerais.
- Participação nos trabalhos da *“Comissão Interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais”*.
- Habilitação de Minas Gerais na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei – PNAISARI.
- Elaboração e início da implantação do *“Plano de Ação para Assistência em Saúde Mental para os Sentenciados com Medidas de Segurança de Minas Gerais”* e do Dossiê *“Ação Coordenada Justiça/ Saúde Mental e Sociedade”*.
- Aprovação da Deliberação CIB-SUS/MG nº623 de 03 de fevereiro de 2010 – revisão financeira para a cobertura dos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na PPI, destinada à população penitenciária do Estado de Minas Gerais.

OBJETIVOS

- Viabilizar o acesso às ações de saúde, no âmbito individual e coletivo as pessoas em privação de liberdade.
- Estabelecer e implantar modelagem eficiente de gestão e gerência da atenção à saúde para a população privada de liberdade.

- Estabelecer, junto aos municípios, os fluxos de atendimento a população privada de liberdade nos pontos de atenção especializada ambulatorial e hospitalar.
- Incentivar a implantação das equipes de atenção primária prisional e socioeducativas e o credenciamento das mesmas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- Acompanhar implantação dos POEs Prisional e Socioeducativo.
- Estabelecer uma Política Estadual de Assistência e reinserção social das pessoas portadoras de transtorno mental com indicação e/ou medida de segurança.
- Conhecer a carga de doença existente na população que se encontra nas unidades prisionais de Minas Gerais, visando estabelecer estratégia de vigilância adequada.
- Formular e implantar da Política de Álcool e Outras Drogas para os privados de liberdade.

METAS 2012-2015

- Ampliar e fortalecer a Atenção Primária para a população Privada de Liberdade.
- Regular a assistência em saúde aos privados de liberdade.
- Promover a assistência em saúde mental de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.
- Realizar diagnóstico epidemiológico de saúde da população prisional de Minas Gerais.
- Capacitar os profissionais das 128 unidades prisionais no projeto “Fique Sabendo no Sistema Prisional”.
- Habilitar todos os municípios mineiros sede de unidades socioeducativas na PNAISARI.

ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

PROBLEMA

As áreas indígenas em Minas Gerais têm carência de infraestrutura em saneamento básico, cujas conseqüências geram morbidades graves que são apontadas como principais causas de óbitos na população indígena acometendo principalmente as crianças.

RESPOSTA SOCIAL

A Coordenadoria Estadual de Saúde Indígena, formalizada desde 2000, é responsável por apoiar diretamente a atenção à saúde das etnias indígenas do Estado através da Política Estadual de Saúde Indígena, em conformidade com a Política Nacional de Saúde Indígena. Esta política visa à aplicação de recursos de investimento e ao custeio das ações das equipes de saúde, a fim de estabelecer estratégias de melhoria e efetivação na atenção primária à saúde nas aldeias, indígena e garantia de acesso às Redes de Atenção à Saúde observando a sua especificidade cujos recursos são oriundos do Fundo Estadual de Saúde.

A principal atividade dessa política é o gerenciamento do Subsistema SUS (Sistema Único de Saúde) Indígena, em parceria e articulação com as Gerências Regionais de Saúde (GRS), com os órgãos responsáveis pelos indígenas (FUNAI e SESAI) e com os municípios nos quais se localizam reservas indígenas, tendo em vista garantir a estruturação do Sistema de Atendimento da Atenção Primária da Saúde às populações indígenas de Minas Gerais e a partir desse ano a estruturação das Redes em Saúde.

Dentre as ações realizadas, destacam-se: programa Reorientação da Assistência Farmacêutica Indígena e disponibilização (aquisição e distribuição) de cesta de medicamentos específicos da realidade indígena para pronto atendimento nas aldeias; repasse de incentivo financeiro para aquisição de material e equipamentos básicos e construção de Unidades de Saúde *in loco*; repasse de auxílio financeiro mensal às equipes de saúde indígena; fomento ao programa *Sistema viário indígena*

com doação de veículos (ambulância de pequeno porte, barco a motor onde o acesso é pelo rio, motocicleta para o Agente Indígena de Saúde, etc.) buscando economia de gastos e melhoria da logística das ações dentro e fora das aldeias; projeto Resgate e Documentação da Medicina Tradicional Indígena e Uso das Plantas Medicinais, além disso, são realizadas Oficinas/treinamentos/Capacitações das comunidades e equipes de saúde indígena em diversas temáticas da saúde, organização de serviços, ações de investimentos em Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena; na Saúde Mental Indígena com capacitações, recursos para aquisição de material recreativo e esportivo, construção de áreas sociais – Kuxex (pronuncia-se como cuthâ).

OBJETIVOS

- Reduzir as morbimortalidades específicas da população indígena.
- Minimizar as dificuldades de acesso às redes de Atenção à Saúde.
- Controlar o uso abusivo de álcool e o uso inadequado de medicamentos.

METAS 2012-2015

- Estabelecer tecnologia de planejamento e elaboração no instrumento de gestão do Subsistema SUS indígena de forma regionalizada e interinstitucional consoante com sua especificidade.
- Adequar a infraestrutura das aldeias à execução das ações básicas em saúde, com disponibilização de insumos, equipamentos e material permanente, investimento para a construção de unidades de saúde para o atendimento da atenção primária in loco.
- Adequação do sistema da assistência farmacêutica para a população indígena com o aprimoramento da proposta de reorientação da assistência farmacêutica indígena, além da disponibilização de elenco de medicamentos específicos.

- Fomentar a formação/capacitação das Equipes de Saúde Indígena e participação no processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS e de Saneamento – AISAN com enfoque na promoção e prevenção da saúde.

- Promover a Saúde Mental das etnias e das EMSI que atuam diretamente nas aldeias com o objetivo de reduzir o uso abusivo de álcool, depressão e suicídio, além da promoção da saúde.

- Resgatar e documentar o conhecimento da Medicina Tradicional indígena e uso de plantas medicinais das etnias.

- Desenvolver estudos, pesquisas, levantamentos, investigações e inquéritos epidemiológicos para análise de situação de saúde das comunidades indígenas e intervenção composta por ações de saneamento básico e educação em saúde.

- Supervisionar e assessorar num esforço de proporcionar maior visibilidade no direcionamento do fluxo das ações de saúde indígena e avaliação da qualidade da atenção do subsistema, além de promover assunção de compromisso técnico/político através de instrumentos reguladores de gestão criando uma responsabilidade sanitária ascendente.

- Manter o financiamento mensal de custeio/investimento repassado às equipes de saúde indígena.

- Realizar ações de Reorientação de Assistência Farmacêutica.

ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR

PROBLEMA

A avaliação real da extensão dos problemas visuais da população brasileira é deficitária em função da falta de dados epidemiológicos confiáveis. As políticas de saúde ocular são amparadas em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), das informações do IBGE e das informações oficiais dos bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS).

Minas Gerais enfrenta as mesmas dificuldades do restante do país. A falta de uma rede organizada e hierarquizada não tem permitido que se faça uma cobertura adequada, haja vista que dos 853 municípios mineiros, 677 não possuem qualquer tipo de atendimento Oftalmológico, o que caracteriza baixa cobertura de assistência oftalmológica no Estado.

RESPOSTA SOCIAL

Em maio de 2008, o Ministério da Saúde, por intermédio da portaria ministerial GM nº 957, instituiu a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, objetivando a promoção do atendimento integral em oftalmologia aos usuários do SUS. Esta foi regulamentada pela portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 288 de 19/05/2008 que criou os mecanismos para organização, hierarquização e implantação da Rede de Atenção em Oftalmologia no SUS.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Olhar Brasil, que cria um custeio extra para as consultas básicas relacionadas com necessidades refracionais, entregando óculos a todos que necessitem desta prótese.

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde criou uma força tarefa para a implantação desta política pública, tendo em nove meses de atuação mais de um milhão de consultas agendadas e 600 mil óculos projetados.

Outra iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde, realizada em parceria com os Gestores Municipais do SUS no Estado em 2009, teve como resultado a pactuação da organização da Rede de Oftalmologia no Estado, definindo critérios e normas

complementares à portaria federal para os serviços de oftalmologia no âmbito do SUS/MG.

Desde 2010, a Secretaria Estadual de Saúde de MG, por intermédio da Coordenadoria Estadual de Oftalmologia Social, vem exercendo atividades para implantar a Rede de Oftalmologia no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, com uma seqüência de três deliberações-resoluções CIB-SUS, com definição da metodologia desta implantação, financiamento, e chamamento público, com um mapeamento do Estado com a necessidade de cada região e uma análise da situação da assistência oftalmológica.

OBJETIVOS

- Proporcionar a identificação e correção de problemas visuais relacionados à refração facilitando o acesso da população-alvo à consulta oftalmológica básica e o fornecimento dos óculos.
- Distribuir os serviços da Rede Estadual em Oftalmologia observando a integralidade da assistência oftalmológica, considerando os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.
- Implementar a Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde GM 31128/2008, de 24/12/2008, contemplando ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual.
- Gerar conhecimento entre os profissionais da saúde e na população de cuidados voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam as alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas
- Desenvolver ações integradas, horizontalizadas, fortalecendo na atenção primária as ações preventivas e educação e saúde, bem como ser organizada para responder às demandas de diagnoses especializadas e tratamentos dentro do seu nível de complexidade e área de atuação, aceitando a atenção primária como sendo o elo da rede, e sendo o município de origem do cidadão o principal local de atendimento.

METAS 2012-2015

- Elaborar e propor instrumentos e estratégias para a execução das ações pelos municípios, relativos à captação de usuários, atendimento, processamento e pagamento pelas ações empreendidas;
- Formular, regular e fomentar a política estadual de saúde ocular de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população e de acordo com as premissas do SUS;
- Fomentar assistência em saúde ocular em áreas de vazão assistencial;
- Desenvolver programas de Educação continuada para os profissionais de saúde na área de abrangência de Saúde Ocular;
- Criar e fomentar a rede de urgência e emergência em oftalmologia como parte da rede de urgência do estado e junto à rede estadual de oftalmologia.
- Fortalecer ações intersetoriais, nas diferentes esferas de governo, e interno da SES para maior resolutividade, aproveitamento de recursos e satisfação do cidadão quanto ao modelo de gestão da assistência oftalmológica.
- Realizar o acompanhamento, controle e avaliação da implementação da assistência básica em oftalmologia nos municípios que aderirem ao Projeto Olhar Brasil nos 853 municípios do Estado.

DOENÇAS COMPLEXAS

PROBLEMA

A elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) tem sido uma estratégia do Ministério da Saúde para racionalizar a absorção de inovações biofarmacológicas, principalmente compra e dispensação de medicamentos de alto custo. Para isto, o Ministério da saúde visa o acesso da população a medicamentos, sendo seu financiamento através do pagamento dos procedimentos envolvidos em cada protocolo e isto não abrange o financiamento no que se refere ao diagnóstico, acompanhamento e monitoramento. Com isto, não é possível garantir, por exemplo, o uso racional de medicamentos, ou a qualidade dos serviços prestados, uma vez que não prevê este tipo de avaliação. O que tem previsto é avaliação de tipo cartorial: o paciente tem que garantir a continuidade do tratamento através de solicitações periódicas dos prestadores, e outras exigências que variam de acordo com as condições a que se referem (previstas na norma).

A garantia de acesso a medicamentos, insumos e procedimentos através da via judicial, garantia de um direito constitucional, repercute na política pública de saúde demandando novas formas de organização institucional, que visem ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, ao menor custo social. O que significa novas propostas organizacionais, novas definições para absorção e uso racional de inovações tecnológicas; e na busca de um maior investimento no desenvolvimento técnico-científico, através da articulação da assistência à saúde à pesquisa básica e aplicada.

RESPOSTA SOCIAL

Lançado em 2006, o núcleo Estadual de Doenças Complexas participa da estruturação de Centros de Referências e elaboração de linhas de cuidados para um conjunto de condições crônicas, fazendo interface com instituições, associações de pacientes e instâncias de deliberação do SUS. Exemplos de doenças atualmente sob acompanhamento direto: Fibrose Cística, Doença Falciforme,

Osteogenesis imperfecta, Mucopolissacaridoses, Doença de Gaucher, Doenças Neuromusculares, Hepatites Virais Crônicas.

Dentre as ações realizadas, destacam-se:

- Constituição da Comissão de Fibrose Cística (Resolução 501 de 2004);
- Importação da tecnologia para realização do teste de suor, considerada padrão-ouro internacionalmente, ainda não aprovada pela ANVISA, mas aprovada como parte de projeto de pesquisa, o que redundou na exclusão de 52 pacientes com diagnóstico positivo para FC, que vinham recebendo tratamento por via judicial (em um universo de cerca de 420 pacientes em MG);
- Custeio dos insumos para realização de provas de função pulmonar, equipamentos para fisioterapia respiratória, garantia de insumos nutricionais específicos e acesso a vias alternativas de nutrição, quando necessárias (nutrição enteral domiciliar); além da garantia de fluxos de dispensação ininterrupta dos medicamentos essenciais de acordo com a condição clínica dos pacientes. Apoio logístico para a realização de transplantes pulmonares na Fibrose Cística (duas ocorrências);
- Publicação dos: “Protocolo Clínico dos Centros de Referência de Minas Gerais”, trabalho conjunto com os Centros de Referência dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Minas Gerais, UF de Uberlândia, e UF de Juiz de Fora; e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais e posterior “Padronização dos cuidados na Fibrose Cística”, trabalho da Comissão Estadual de Fibrose Cística, na qual participa também a AMAM, representando as famílias e os pacientes.
- Credenciamento para os serviços de *Osteogenesis imperfecta* do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e gestões para o credenciamento do Hospital das Clínicas da UFMG
- Gestões para implantação das linhas de cuidados para as Hepatites Virais Crônicas, através de um trabalho de matriciamento para englobar diversas ações e tecnologias de comunicação voltadas para a prevenção até os eventos adversos mais graves como a cirrose hepática e lesões de outros órgãos (nefropatias, encefalopatias, etc.), o carcinoma hepatocelular, ou mesmo o transplante de fígado – e todos os cuidados necessários em todo o ciclo de vida dos portadores, inseridos

nas redes sociais em que estão inseridos – sempre em articulação com representações de pacientes.

OBJETIVOS

- Aumentar a qualidade dos serviços prestados nos Centros de Referência das doenças/condições crônicas buscando fortalecer relações interinstitucionais já existentes e buscar construir novas, onde e quando necessárias;
- Elaborar um sistema de monitoramento de controle e avaliação dos Centros de Referência junto com as instituições envolvidas e com representação de pacientes e gestores do SUS;
- Organizar da Rede de Doenças Complexas no Estado de Minas Gerais, trazendo a CNDC como organizadora uma Rede Temática, dentro do contexto maior da Rede em Saúde;
- Aumentar a qualidade dos serviços prestados nos Centros de Referência das doenças/condições crônicas buscando fortalecer relações interinstitucionais já existentes e buscar construir novas, onde e quando necessárias;

METAS 2012-2015

- Otimizar recursos e garantir segurança para aplicação de bio-fármacos injetáveis, dentro de uma linha de assistência farmacêutica integral;
- Propor um modelo de Centro de Diagnóstico Avançado para condições crônicas de origem genética;
- monitorar a assistência em rede para as doenças supracitadas;
- Definir as linhas de cuidados padronizados para as condições que forem sendo incorporadas aos pontos de rede, fazendo interface com profissionais das áreas e associações de usuários;
- Propor um modelo de acompanhamento e avaliação com representação de especialistas, sociedade civil e gestores, que possa atuar subsidiando as instâncias de deliberação do SUS, voltada para a qualificação das ações de descentralização e regionalização das linhas de cuidados, com descentralização de competências e responsabilidades, dentro de um modelo de pontos de redes inteligentes, buscando

otimizar os recursos existentes e orientar o desenvolvimento, absorção e exclusão de tecnologias.

- Implantação de pólos de aplicação de medicamentos injetáveis em todas as regiões de saúde e regiões ampliadas de saúde do Estado.

ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

PROBLEMA

Considerando as particularidades de saúde da população masculina, como os altos índices de morbimortalidade por determinadas enfermidades e agravos, é necessário implantar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada as especificidades desta população. O objetivo é apoiar ações e atividades de promoção de saúde facilitando e ampliando o acesso aos serviços de saúde, além de propiciar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento da população masculina.

RESPOSTA SOCIAL

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Minas Gerais iniciou-se com a implantação do projeto-piloto nos municípios (Belo Horizonte, Juiz de Fora e Patos de Minas) por meio de repasse de incentivo financeiro (Portaria N° 1008, de 4 de Maio de 2010).

O I Seminário de Atenção Integral à Saúde do Homem a Secretaria de Estado de Saúde (SES) promovido no dia 08/06/10, apresentou as políticas Nacional, Estadual e Municipal para Atenção Integral à Saúde do Homem. No evento compareceram técnicos do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais SES-MG que expuseram as ações para implantação e implementação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem.

OBJETIVOS

- Organizar e implantar a atenção integral à saúde do homem no âmbito do Estado;
- Contribuir para a mudança da percepção do homem em relação a sua saúde e à de sua família;
- Estimular a participação da população masculina nas atividades de prevenção de doenças comuns no homem;
- Implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens;
- Ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra agravos e enfermidades que acometem a população masculina;
- Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual e identidade de gênero nas ações socioeducativas.

METAS 2012-2015

- Fomentar e acompanhar a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular a implantação da política nos Municípios e prestar-lhes cooperação técnica e financeira, observadas as diversidades locais;
- Monitorar as ações e serviços relacionados com a política, avaliando seus impactos;
- Promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implantação da política;
- Elaborar e pactuar protocolos assistenciais em conformidade com as diretrizes da política, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;
- Estimular e apoiar, conjuntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão das questões referentes à política, garantida a participação de todos os setores da sociedade;
- Desenvolver ações educativas relacionadas à saúde do homem na rede estadual de ensino;

Anexo 2 – Deliberação de aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2012-2015



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS 1

DELIBERAÇÃO CESMG Nº 002 DE 2012

“Dispõe sobre aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2012/2015 e dá outras providências...”

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, no uso de suas atribuições constantes do Decreto nº 45.559, de 03 de março de 2011 do Governo do Estado de Minas Gerais e seu Regimento Interno de funcionamento, considerando:

- a Constituição Federal de 1988;
- a Constituição do Estado de Minas Gerais;
- a Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- 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;
- a Lei federal complementar 141 de 16 de janeiro de 2012;
- as discussões e decisões ocorridas em Plenário no Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais na reunião ordinária de 28 de setembro de 2012;
- o cumprimento de todos os trâmites acordado nesse plenário e que ouvido as áreas técnicas da SESMG e as entidades/fundações de saúde vinculadas à SESMG, quanto as ações e serviços públicos de saúde a serem prestados a população de Minas Gerais, com qualidade e eficácia, em consonância com emenda constitucional nº29/2000 e sua regulamentação através da lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, quanto a aplicação dos devidos recursos orçamentários e financeiros;
- Considerando que na busca pelo aprimoramento e na qualificação dos investimentos em saúde pública e que de acordo com as leis Federal 8.080/90, 8.142/90 e Lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, artigo 30, parágrafo 4º que diz: caberá aos Conselhos de Saúde deliberar as diretrizes para o estabelecimentos de prioridades.



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS 2

Delibera:

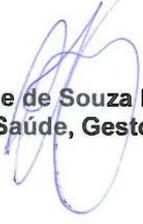
Art. 1º - Fica aprovado o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2012/2015

Art. 2º - Esta deliberação entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Belo Horizonte, 14 de novembro de 2012.


Geraldo Heleno Lopes
Vice-Presidente do CESMG

Homologo a Deliberação CESMG Nº 002/2012, conforme descrito acima.


Antonio Jorge de Souza Marques
Secretário de Estado de Saúde, Gestor do SUS/MG

Anexo 3 – Fator de alocação por município.

O fator de alocação – FA – foi construído a partir da associação de dois índices:

Índice de Necessidade em Saúde (INS) foi construído a partir de um conjunto de seis variáveis, que procuravam medir as condições epidemiológicas e socioeconômicas dos municípios. São as variáveis: mortalidade da criança, proporção de óbitos por causas mal definidas, taxa de fecundidade, taxa de alfabetização, percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que salário mínimo e proporção de pessoas que vivem em domicílios com coleta de lixo.

Índice de Porte Econômico (IPE) – corresponde ao valor per capita do Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço (ICMS) de cada município, trabalhado por uma expressão logarítmica. Este índice expressa a capacidade do município em financiar, com recursos próprios, os cuidados com a saúde de seus cidadãos.

O fator de alocação possibilitou a classificação dos municípios em ordem crescente, sendo utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde para definição de critérios para repasse de recursos aos municípios.

A distribuição foi dividida em quatro partes iguais (quartis) o que resultou em quatro grupos:

Grupo	Fator de alocação
1 (1º quartil)	1,0805 a 1,3364
2 (2º quartil)	1,3364 a 1,4392
3 (3º quartil)	1,4392 a 1,5893
4 (4º quartil)	1,5893 a 2

Os municípios classificados no Grupo 1 são aqueles que têm menor necessidade relativa de recursos financeiros, os do Grupo 4 são os que têm maior necessidade de aporte financeiro. Os 853 municípios mineiros encontram-se na listagem abaixo, classificados pelo Fator de Alocação.

Região Ampliada de Saúde	Região de Saúde	Município	Fator de Alocação	Grupo (Quartil)
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Abadia dos Dourados	1,36	2
Centro	Sete Lagoas	Abaeté	1,30	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Abre Campo	1,45	3
Leste do Sul	Ponte Nova	Acaiaca	1,55	3
Leste	Ipatinga	Açucena	1,70	4
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Água Boa	1,67	4
Triângulo do Sul	Uberaba	Água Comprida	1,36	2
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Aguanil	1,40	2
Nordeste	Águas Formosas	Águas Formosas	1,58	3
Nordeste	Pedra Azul	Águas Vermelhas	1,68	4
Leste	Resplendor	Aimorés	1,37	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Aiuruoca	1,36	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Alagoa	1,44	3
Sul	Pouso Alegre	Albertina	1,33	1
Sudeste	Além Paraíba	Além Paraíba	1,27	1
Sul	Alfenas/Machado	Alfenas	1,16	1
Centro Sul	Barbacena	Alfredo Vasconcelos	1,39	2
Nordeste	Almenara	Almenara	1,60	4
Leste	Governador Valadares	Alpercata	1,48	3
Sul	Passos/Piumhi	Alpinópolis	1,32	1
Sul	Alfenas/Machado	Alterosa	1,39	2
Leste do Sul	Manhuaçu	Alto Caparaó	1,43	2
Leste do Sul	Manhuaçu	Alto Jequitibá	1,44	3
Centro Sul	Barbacena	Alto Rio Doce	1,56	3
Leste	Resplendor	Alvarenga	1,64	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Alvinópolis	1,35	2
Jequitinhonha	Diamantina	Alvorada de Minas	1,86	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Amparo do Serra	1,59	4
Sul	Poços de Caldas	Andradas	1,22	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Andrelândia	1,42	2
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Angelândia	1,76	4
Centro Sul	Barbacena	Antônio Carlos	1,31	1
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Antônio Dias	1,63	4
Sudeste	Muriaé	Antônio Prado de Minas	1,46	3
Centro	Sete Lagoas	Araçaí	1,36	2
Sudeste	Santos Dumont	Aracitaba	1,53	3
Nordeste	Araçaí	Araçaí	1,58	3

Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Araguari	1,23	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Arantina	1,45	3
Leste do Sul	Viçosa	Araponga	1,61	4
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Araporã	1,23	1
Noroeste	Patos de Minas	Arapuá	1,28	1
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Araújos	1,37	2
Triângulo do Sul	Araxá	Araxá	1,22	1
Sul	Guaxupé	Arceburgo	1,22	1
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Arcos	1,15	1
Sul	Alfenas/Machado	Areado	1,34	2
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Argirita	1,38	2
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Aricanduva	1,74	4
Noroeste	Unaí	Arinos	1,57	3
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Astolfo Dutra	1,27	1
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Ataléia	1,69	4
Centro	Curvelo	Augusto de Lima	1,49	3
Sul	São Lourenço/Caxambu	Baependi	1,31	1
Centro	Sete Lagoas	Baldim	1,47	3
Oeste	Formiga	Bambuí	1,33	1
Nordeste	Almenara	Bandeira	1,77	4
Sul	Alfenas/Machado	Bandeira do Sul	1,30	1
Centro	Itabira	Barão de Cocais	1,25	1
Sudeste	Muriaé	Barão de Monte Alto	1,55	3
Centro Sul	Barbacena	Barbacena	1,26	1
Leste do Sul	Ponte Nova	Barra Longa	1,57	3
Centro Sul	São João del Rei	Barroso	1,20	1
Centro	João Monlevade	Bela Vista de Minas	1,35	2
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Belmiro Braga	1,39	2
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Belo Horizonte	1,10	1
Leste	Ipatinga	Belo Oriente	1,45	3
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Belo Vale	1,46	3
Nordeste	Araçuaí	Berilo	1,57	3
Norte	Salinas/Taiobeiras	Berizal	1,80	4
Nordeste	Águas Formosas	Bertópolis	1,78	4
Centro	Betim	Betim	1,08	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Bias Fortes	1,45	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Bicas	1,25	1
Centro	Sete Lagoas	Biquinhas	1,44	3
Sul	Três Pontas	Boa Esperança	1,31	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Bocaina de Minas	1,44	3

Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Bocaiúva	1,44	3
Oeste	Bom Despacho	Bom Despacho	1,27	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Bom Jardim de Minas	1,36	2
Sul	Passos/Piumhi	Bom Jesus da Penha	1,37	2
Centro	Itabira	Bom Jesus do Amparo	1,45	3
Leste	Caratinga	Bom Jesus do Galho	1,61	4
Sul	Pouso Alegre	Bom Repouso	1,45	3
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Bom Sucesso	1,39	2
Centro	Betim	Bonfim	1,49	3
Noroeste	Unaí	Bonfinópolis de Minas	1,46	3
Norte	Januária	Bonito de Minas	1,86	4
Sul	Pouso Alegre	Borda da Mata	1,29	1
Sul	Alfenas/Machado	Botelhos	1,33	1
Norte	Francisco Sá	Botumirim	1,76	4
Sudeste	Ubá	Brás Pires	1,55	3
Noroeste	Patos de Minas	Brasilândia de Minas	1,50	3
Norte	Brasília MG/S Francisco	Brasília de Minas	1,56	3
Sul	Itajubá	Brasópolis	1,36	2
Leste	Ipatinga	Braúnas	1,64	4
Centro	Betim	Brumadinho	1,27	1
Sul	Pouso Alegre	Bueno Brandão	1,37	2
Centro	Curvelo	Buenópolis	1,59	4
Leste	Ipatinga	Bugre	1,74	4
Noroeste	Unaí	Buritís	1,48	3
Norte	Pirapora	Buritizeiro	1,59	4
Noroeste	Unaí	Cabeceira Grande	1,52	3
Sul	Guaxupé	Cabo Verde	1,39	2
Centro	Sete Lagoas	Cachoeira da Prata	1,28	1
Sul	Pouso Alegre	Cachoeira de Minas	1,37	2
Nordeste	Pedra Azul	Cachoeira de Pajeú	1,65	4
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Cachoeira Dourada	1,31	1
Centro	Sete Lagoas	Caetanópolis	1,28	1
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Caeté	1,36	2
Sudeste	Carangola	Caiana	1,47	3
Leste do Sul	Viçosa	Cajuri	1,52	3
Sul	Poços de Caldas	Caldas	1,29	1
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Camacho	1,48	3
Sul	Pouso Alegre	Camanducaia	1,27	1
Sul	Pouso Alegre	CambuÍ	1,19	1
Sul	Três Corações	Cambuquira	1,33	1

Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Campanário	1,64	4
Sul	Três Corações	Campanha	1,29	1
Sul	Alfenas/Machado	Campestre	1,33	1
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Campina Verde	1,30	1
Norte	Brasília MG/S Francisco	Campo Azul	1,73	4
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Campo Belo	1,27	1
Sul	Alfenas/Machado	Campo do Meio	1,41	2
Triângulo do Sul	Uberaba	Campo Florido	1,25	1
Triângulo do Sul	Araxá	Campos Altos	1,37	2
Sul	Alfenas/Machado	Campos Gerais	1,38	2
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Cana Verde	1,45	3
Leste do Sul	Viçosa	Canaã	1,58	3
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Canápolis	1,29	1
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Candeias	1,37	2
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Cantagalo	1,67	4
Sudeste	Carangola	Caparaó	1,48	3
Centro Sul	Barbacena	Capela Nova	1,52	3
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Capelinha	1,62	4
Sul	Passos/Piumhi	Capetinga	1,33	1
Centro	Sete Lagoas	Capim Branco	1,39	2
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Capinópolis	1,32	1
Leste	Governador Valadares	Capitão Andrade	1,59	4
Norte	Francisco Sá	Capitão Enéas	1,60	4
Sul	Passos/Piumhi	Capitólio	1,31	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Caputira	1,57	3
Nordeste	Padre Paraíso	Caraí	1,75	4
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Caranaíba	1,61	4
Centro Sul	Barbacena	Carandaí	1,23	1
Sudeste	Carangola	Carangola	1,31	1
Leste	Caratinga	Caratinga	1,31	1
Jequitinhonha	Diamantina	Carbonita	1,59	4
Sul	Pouso Alegre	Careaçu	1,34	2
Nordeste	Nanuque	Carlos Chagas	1,50	3
Centro	Guanhães	Carmésia	1,57	3
Sul	Três Corações	Carmo da Cachoeira	1,43	2
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Carmo da Mata	1,35	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Carmo de Minas	1,41	2
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Carmo do Cajuru	1,27	1
Noroeste	Patos de Minas	Carmo do Paranaíba	1,33	1
Sul	Alfenas/Machado	Carmo do Rio Claro	1,32	1

Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Carmópolis de Minas	1,33	1
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Carneirinho	1,37	2
Sul	Lavras	Carrancas	1,38	2
Sul	Alfenas/Machado	Carvalhópolis	1,36	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Carvalhos	1,47	3
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Casa Grande	1,59	4
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Cascalho Rico	1,40	2
Sul	Passos/Piumhi	Cássia	1,30	1
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Cataguases	1,17	1
Centro	Itabira	Catas Altas	1,39	2
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Catas Altas da Noruega	1,66	4
Nordeste	Padre Paraíso	Catuji	1,79	4
Norte	Janaúba/Monte Azul	Catuti	1,79	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Caxambu	1,26	1
Centro	Sete Lagoas	Cedro do Abaeté	1,55	3
Leste	Mantena	Central de Minas	1,53	3
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Centralina	1,38	2
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Chácara	1,33	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Chalé	1,50	3
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Chapada do Norte	1,72	4
Noroeste	Unaí	Chapada Gaúcha	1,64	4
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Chiador	1,48	3
Centro Sul	Barbacena	Cipotânea	1,66	4
Sul	Passos/Piumhi	Claraval	1,35	2
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Claro dos Poções	1,65	4
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Cláudio	1,28	1
Sudeste	Ubá	Coimbra	1,41	2
Jequitinhonha	Diamantina	Coluna	1,65	4
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Comendador Gomes	1,17	1
Nordeste	Itaobim	Comercinho	1,66	4
Sul	Alfenas/Machado	Conceição da Aparecida	1,35	2
Centro Sul	São João del Rei	Conceição da Barra de Minas	1,53	3
Triângulo do Sul	Uberaba	Conceição das Alagoas	1,26	1
Sul	Itajubá	Conceição das Pedras	1,40	2
Leste do Sul	Manhuaçu	Conceição de Ipanema	1,58	3
Centro	Guanhães	Conceição do Mato Dentro	1,65	4
Oeste	Pará de Minas	Conceição do Pará	1,31	1
Sul	São Lourenço/Caxambu	Conceição do Rio Verde	1,38	2
Sul	Pouso Alegre	Conceição dos Ouros	1,27	1
Norte	Januária	Cônego Marinho	1,80	4

Centro	Vespasiano	Confins	1,29	1
Sul	Pouso Alegre	Congonhal	1,33	1
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Congonhas	1,22	1
Jequitinhonha	Diamantina	Congonhas do Norte	1,79	4
Triângulo do Sul	Uberaba	Conquista	1,27	1
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Conselheiro Lafaiete	1,27	1
Leste	Resplendor	Conselheiro Pena	1,41	2
Sul	Itajubá	Consolação	1,48	3
Centro	Contagem	Contagem	1,15	1
Sul	Três Pontas	Coqueiral	1,43	2
Norte	Coração de Jesus	Coração de Jesus	1,64	4
Centro	Sete Lagoas	Cordisburgo	1,49	3
Sul	Varginha	Cordislândia	1,42	2
Centro	Curvelo	Corinto	1,46	3
Leste	Governador Valadares	Coroaci	1,60	4
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Coromandel	1,34	2
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Coronel Fabriciano	1,31	1
Nordeste	Araçuaí	Coronel Murta	1,72	4
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Coronel Pacheco	1,35	2
Centro Sul	São João del Rei	Coronel Xavier Chaves	1,42	2
Oeste	Formiga	Córrego Danta	1,45	3
Sul	Pouso Alegre	Córrego do Bom Jesus	1,47	3
Oeste	Formiga	Córrego Fundo	1,26	1
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Córrego Novo	1,60	4
Jequitinhonha	Diamantina	Couto de Magalhães de Minas	1,58	3
Nordeste	Águas Formosas	Crisólita	1,77	4
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Cristais	1,39	2
Norte	Francisco Sá	Cristália	1,81	4
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Cristiano Ottoni	1,45	3
Sul	São Lourenço/Caxambu	Cristina	1,40	2
Centro	Betim	Crucilândia	1,48	3
Noroeste	Patos de Minas	Cruzeiro da Fortaleza	1,35	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Cruzília	1,37	2
Leste	Mantena	Cuparaque	1,55	3
Norte	Salinas/Taiobeiras	Curral de Dentro	1,71	4
Centro	Curvelo	Curvelo	1,34	2
Jequitinhonha	Diamantina	Datas	1,60	4
Sul	Itajubá	Delfim Moreira	1,45	3
Sul	Passos/Piumhi	Delfinópolis	1,40	2
Triângulo do Sul	Uberaba	Delta	1,24	1

Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Descoberto	1,34	2
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Desterro de Entre Rios	1,54	3
Centro Sul	Barbacena	Desterro do Melo	1,52	3
Jequitinhonha	Diamantina	Diamantina	1,43	2
Leste do Sul	Ponte Nova	Diogo de Vasconcelos	1,62	4
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Dionísio	1,55	3
Sudeste	Ubá	Divinésia	1,47	3
Sudeste	Carangola	Divino	1,45	3
Leste	Mantena	Divino das Laranjeiras	1,56	3
Centro	Guanhães	Divinolândia de Minas	1,62	4
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Divinópolis	1,18	1
Nordeste	Pedra Azul	Divisa Alegre	1,51	3
Sul	Alfenas/Machado	Divisa Nova	1,42	2
Nordeste	Almenara	Divisópolis	1,69	4
Noroeste	Unaí	Dom Bosco	1,56	3
Leste	Ipatinga	Dom Cavati	1,46	3
Centro	Guanhães	Dom Joaquim	1,76	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Dom Silvério	1,37	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Dom Viçoso	1,52	3
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Dona Eusébia	1,39	2
Centro Sul	São João del Rei	Dores de Campos	1,29	1
Centro	Guanhães	Dores de Guanhães	1,65	4
Oeste	Bom Despacho	Dores do Indaiá	1,37	2
Sudeste	Ubá	Dores do Turvo	1,53	3
Sul	Passos/Piumhi	Doresópolis	1,34	2
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Douradoquara	1,32	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Durandé	1,61	4
Sul	Varginha	Elói Mendes	1,28	1
Leste	Governador Valadares	Engenheiro Caldas	1,53	3
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Engenheiro Navarro	1,56	3
Leste	Caratinga	Entre Folhas	1,42	2
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Entre Rios de Minas	1,51	3
Sudeste	Ubá	Ervália	1,47	3
Centro	Betim	Esmeraldas	1,43	2
Sudeste	Carangola	Espera Feliz	1,40	2
Norte	Janaúba/Monte Azul	Espinosa	1,64	4
Sul	Pouso Alegre	Espírito Santo do Dourado	1,37	2
Sul	Pouso Alegre	Estiva	1,35	2
Sudeste	Além Paraíba	Estrela Dalva	1,42	2
Oeste	Bom Despacho	Estrela do Indaiá	1,42	2

Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Estrela do Sul	1,26	1
Sudeste	Muriae	Eugenópolis	1,42	2
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Ewbank da Câmara	1,40	2
Sul	Pouso Alegre	Extrema	1,15	1
Sul	Alfenas/Machado	Fama	1,42	2
Sudeste	Carangola	Faria Lemos	1,37	2
Jequitinhonha	Diamantina	Felício dos Santos	1,72	4
Nordeste	Almenara	Felisburgo	1,63	4
Centro	Curvelo	Felixlândia	1,44	3
Leste	Governador Valadares	Fernandes Tourinho	1,54	3
Centro	Itabira	Ferros	1,60	4
Sudeste	Carangola	Fervedouro	1,52	3
Centro	Betim	Florestal	1,34	2
Oeste	Formiga	Formiga	1,24	1
Noroeste	Unaí	Formoso	1,49	3
Sul	Passos/Piumhi	Fortaleza de Minas	1,24	1
Centro	Sete Lagoas	Fortuna de Minas	1,44	3
Nordeste	Araçuaí	Francisco Badaró	1,71	4
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Francisco Dumont	1,74	4
Norte	Francisco Sá	Francisco Sá	1,60	4
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Franciscópolis	1,83	4
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Frei Gaspar	1,71	4
Leste	Governador Valadares	Frei Inocência	1,53	3
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Frei Lagonegro	1,89	4
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Fronteira	1,24	1
Nordeste	Águas Formosas	Fronteira dos Vales	1,82	4
Norte	Salinas/Taiobeiras	Fruta de Leite	1,83	4
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Frutal	1,23	1
Centro	Sete Lagoas	Funilândia	1,47	3
Leste	Governador Valadares	Galiléia	1,51	3
Norte	Janaúba/Monte Azul	Gameleiras	1,86	4
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Glaucilândia	1,65	4
Leste	Resplendor	Goiabeira	1,52	3
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Goianá	1,42	2
Sul	Itajubá	Gonçalves	1,40	2
Leste	Governador Valadares	Gonzaga	1,74	4
Jequitinhonha	Diamantina	Gouveia	1,39	2
Leste	Governador Valadares	Governador Valadares	1,31	1
Norte	Francisco Sá	Grão Mogol	1,66	4
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Grupiara	1,44	3

Centro	Guanhães	Guanhães	1,42	2
Sul	Passos/Piumhi	Guapé	1,41	2
Leste do Sul	Ponte Nova	Guaraciaba	1,57	3
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Guaraciama	1,61	4
Sul	Guaxupé	Guaranésia	1,30	1
Sudeste	Ubá	Guarani	1,34	2
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Guarará	1,34	2
Noroeste	Patos de Minas	Guarda-Mor	1,42	2
Sul	Guaxupé	Guaxupé	1,23	1
Sudeste	Ubá	Guidoval	1,35	2
Noroeste	Patos de Minas	Guimarânia	1,35	2
Sudeste	Ubá	Guiricema	1,41	2
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Gurinhata	1,35	2
Sul	Pouso Alegre	Heliadora	1,44	3
Leste	Ipatinga	Iapu	1,54	3
Centro Sul	Barbacena	Ibertioga	1,53	3
Triângulo do Sul	Araxá	Ibiá	1,20	1
Norte	Pirapora	Ibiaí	1,66	4
Norte	Brasília MG/S Francisco	Ibiracatu	1,84	4
Sul	Passos/Piumhi	Ibiraci	1,36	2
Centro	Contagem	Ibirité	1,34	2
Sul	Poços de Caldas	Ibitiúra de Minas	1,34	2
Centro Sul	São João del Rei	Ibituruna	1,49	3
Norte	Brasília MG/S Francisco	Icaraí de Minas	1,82	4
Centro	Betim	Igarapé	1,34	2
Oeste	Pará de Minas	Igaratinga	1,29	1
Oeste	Formiga	Iguatama	1,22	1
Sul	Lavras	Ijaci	1,23	1
Sul	Três Pontas	Ilicínea	1,41	2
Leste	Caratinga	Imbé de Minas	1,61	4
Sul	Pouso Alegre	Inconfidentes	1,29	1
Norte	Salinas/Taiobeiras	Indaiabira	1,81	4
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Indianópolis	1,43	2
Sul	Lavras	Ingaí	1,32	1
Leste	Caratinga	Inhapim	1,49	3
Centro	Sete Lagoas	Inhaúma	1,36	2
Centro	Curvelo	Inimutaba	1,46	3
Leste	Ipatinga	Ipaba	1,56	3
Leste do Sul	Manhuaçu	Ipanema	1,40	2
Leste	Ipatinga	Ipatinga	1,13	1

Triângulo do Norte	Ituiutaba	Ipiacu	1,36	2
Sul	Pouso Alegre	Ipuiúna	1,36	2
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Iraí de Minas	1,36	2
Centro	Itabira	Itabira	1,25	1
Leste	Mantena	Itabirinha	1,51	3
Centro	Itabirito	Itabirito	1,23	1
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Itacambira	1,76	4
Norte	Januária	Itacarambi	1,65	4
Oeste	Itaúna	Itaguara	1,34	2
Nordeste	Padre Paraíso	Itaipé	1,67	4
Sul	Itajubá	Itajubá	1,19	1
Jequitinhonha	Diamantina	Itamarandiba	1,64	4
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Itamarati de Minas	1,21	1
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Itambacuri	1,55	3
Centro	Itabira	Itambé do Mato Dentro	1,65	4
Sul	São Sebastião do Paraíso	Itamogi	1,39	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Itamonte	1,26	1
Sul	São Lourenço/Caxambu	Itanhandu	1,26	1
Leste	Governador Valadares	Itanhomi	1,53	3
Nordeste	Itaobim	Itaobim	1,57	3
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Itapagipe	1,26	1
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Itapecerica	1,35	2
Sul	Pouso Alegre	Itapeva	1,30	1
Oeste	Itaúna	Itatiaiuçu	1,32	1
Sul	Passos/Piumhi	Itaú de Minas	1,10	1
Oeste	Itaúna	Itaúna	1,18	1
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Itaverava	1,63	4
Nordeste	Itaobim	Itinga	1,72	4
Leste	Resplendor	Itueta	1,44	3
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Ituiutaba	1,22	1
Sul	Lavras	Itumirim	1,40	2
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Iturama	1,29	1
Sul	Lavras	Itutinga	1,45	3
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Jaboticatubas	1,45	3
Nordeste	Almenara	Jacinto	1,69	4
Sul	São Sebastião do Paraíso	Jacuí	1,40	2
Sul	Pouso Alegre	Jacutinga	1,23	1
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Jaguaraçu	1,45	3
Norte	Janaúba/Monte Azul	Jaíba	1,64	4
Leste	Governador Valadares	Jampruca	1,74	4

Norte	Janaúba/Monte Azul	Janaúba	1,47	3
Norte	Januária	Januária	1,55	3
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Japaraíba	1,36	2
Norte	Brasília MG/S Francisco	Japonvar	1,77	4
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Jeceaba	1,54	3
Nordeste	Araçuaí	Jenipapo de Minas	1,81	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Jequeri	1,58	3
Norte	Coração de Jesus	Jequitaiá	1,62	4
Centro	Sete Lagoas	Jequitibá	1,51	3
Nordeste	Almenara	Jequitinhonha	1,62	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Jesuânia	1,41	2
Nordeste	Almenara	Joáima	1,62	4
Leste	Ipatinga	Joanésia	1,58	3
Centro	João Monlevade	João Monlevade	1,66	4
Noroeste	Patos de Minas	João Pinheiro	1,45	3
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Joaquim Felício	1,61	4
Nordeste	Almenara	Jordânia	1,66	4
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	José Gonçalves de Minas	1,72	4
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	José Raydan	1,78	4
Norte	Francisco Sá	Josenópolis	1,83	4
Centro	Betim	Juatuba	1,12	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Juiz de Fora	1,15	1
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Juramento	1,55	3
Sul	Guaxupé	Juruiaia	1,37	2
Norte	Manga	Juvenília	1,80	4
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Ladainha	1,81	4
Noroeste	Patos de Minas	Lagamar	1,40	2
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Lagoa da Prata	1,24	1
Norte	Coração de Jesus	Lagoa dos Patos	1,68	4
Centro Sul	São João del Rei	Lagoa Dourada	1,41	2
Noroeste	Patos de Minas	Lagoa Formosa	1,36	2
Noroeste	Patos de Minas	Lagoa Grande	1,47	3
Centro	Vespasiano	Lagoa Santa	1,23	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Lajinha	1,47	3
Sul	São Lourenço/Caxambu	Lambari	1,30	1
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Lamim	1,58	3
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Laranjal	1,35	2
Norte	Pirapora	Lassance	1,69	4
Sul	Lavras	Lavras	1,23	1
Oeste	Pará de Minas	Leandro Ferreira	1,44	3

Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Leme do Prado	1,61	4
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Leopoldina	1,25	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Liberdade	1,39	2
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Lima Duarte	1,37	2
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Limeira do Oeste	1,32	1
Norte	Brasília MG/S Francisco	Lontra	1,72	4
Leste do Sul	Manhuaçu	Luisburgo	1,60	4
Norte	Brasília MG/S Francisco	Luislândia	1,74	4
Sul	Lavras	Luminárias	1,37	2
Oeste	Bom Despacho	Luz	1,33	1
Nordeste	Águas Formosas	Machacalis	1,58	3
Sul	Alfenas/Machado	Machado	1,28	1
Centro Sul	São João del Rei	Madre de Deus de Minas	1,41	2
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Malacacheta	1,67	4
Norte	Janaúba/Monte Azul	Mamonas	1,76	4
Norte	Manga	Manga	1,69	4
Leste do Sul	Manhuaçu	Manhuaçu	1,31	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Manhumirim	1,39	2
Leste	Mantena	Mantena	1,44	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Mar de Espanha	1,33	1
Centro	Sete Lagoas	Maravilhas	1,38	2
Sul	Itajubá	Maria da Fé	1,49	3
Centro	Itabirito	Mariana	1,36	2
Leste	Governador Valadares	Marilac	1,67	4
Centro	Betim	Mário Campos	1,48	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Maripá de Minas	1,36	2
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Marliéria	1,51	3
Sul	Itajubá	Marmelópolis	1,48	3
Oeste	Bom Despacho	Martinho Campos	1,34	2
Leste do Sul	Manhuaçu	Martins Soares	1,44	3
Nordeste	Almenara	Mata Verde	1,71	4
Centro	Guanhães	Materlândia	1,72	4
Centro	Betim	Mateus Leme	1,31	1
Leste	Governador Valadares	Mathias Lobato	1,73	4
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Matias Barbosa	1,18	1
Norte	Janaúba/Monte Azul	Matias Cardoso	1,86	4
Leste do Sul	Manhuaçu	Matipó	1,43	2
Norte	Janaúba/Monte Azul	Mato Verde	1,57	3
Centro	Vespasiano	Matozinhos	1,17	1
Noroeste	Patos de Minas	Matutina	1,32	1

Oeste	Formiga	Medeiros	1,41	2
Nordeste	Itaobim	Medina	1,62	4
Leste	Mantena	Mendes Pimentel	1,58	3
Sudeste	Ubá	Mercês	1,43	2
Leste	Ipatinga	Mesquita	1,58	3
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Minas Novas	1,68	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Minduri	1,39	2
Norte	Brasília MG/S Francisco	Mirabela	1,64	4
Sudeste	Muriaé	Miradouro	1,39	2
Sudeste	Muriaé	Miraí	1,36	2
Norte	Manga	Miravânia	1,73	4
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Moeda	1,40	2
Oeste	Bom Despacho	Moema	1,37	2
Centro	Curvelo	Monjolos	1,68	4
Sul	Varginha	Monsenhor Paulo	1,27	1
Norte	Manga	Montalvânia	1,70	4
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Monte Alegre de Minas	1,40	2
Norte	Janaúba/Monte Azul	Monte Azul	1,59	4
Sul	Guaxupé	Monte Belo	1,30	1
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Monte Carmelo	1,27	1
Nordeste	Almenara	Monte Formoso	1,83	4
Sul	São Sebastião do Paraíso	Monte Santo de Minas	1,31	1
Sul	Pouso Alegre	Monte Sião	1,19	1
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Montes Claros	1,25	1
Norte	Salinas/Taiobeiras	Montezuma	1,80	4
Centro	Sete Lagoas	Morada Nova de Minas	1,41	2
Centro	Curvelo	Morro da Garça	1,68	4
Centro	Itabira	Morro do Pilar	1,66	4
Sul	Pouso Alegre	Munhoz	1,47	3
Sudeste	Muriaé	Muriaé	1,28	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Mutum	1,47	3
Sul	Guaxupé	Muzambinho	1,26	1
Leste	Governador Valadares	Nacip Raydan	1,85	4
Nordeste	Nanuque	Nanuque	1,46	3
Leste	Ipatinga	Naque	1,60	4
Noroeste	Unaí	Natalândia	1,50	3
Sul	Pouso Alegre	Natércia	1,33	1
Centro Sul	São João del Rei	Nazareno	1,36	2
Sul	Lavras	Nepomuceno	1,37	2
Norte	Salinas/Taiobeiras	Ninheira	1,72	4

Leste	Mantena	Nova Belém	1,68	4
Centro	João Monlevade	Nova Era	1,33	1
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Nova Lima	1,22	1
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Nova Módica	1,58	3
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Nova Ponte	1,28	1
Norte	Janaúba/Monte Azul	Nova Porteirinha	1,50	3
Sul	Guaxupé	Nova Resende	1,39	2
Oeste	Pará de Minas	Nova Serrana	1,22	1
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Nova União	1,51	3
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Novo Cruzeiro	1,78	4
Nordeste	Águas Formosas	Novo Oriente de Minas	1,71	4
Norte	Salinas/Taiobeiras	Novorizonte	1,65	4
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Olaria	1,53	3
Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Olhos-d'Água	1,65	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Olímpio Noronha	1,40	2
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Oliveira	1,30	1
Sudeste	Santos Dumont	Oliveira Fortes	1,45	3
Oeste	Pará de Minas	Onça de Pitangui	1,45	3
Leste do Sul	Ponte Nova	Oratórios	1,58	3
Sudeste	Carangola	Orizânia	1,63	4
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Ouro Branco	1,21	1
Sul	Pouso Alegre	Ouro Fino	1,23	1
Centro	Itabirito	Ouro Preto	1,25	1
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Ouro Verde de Minas	1,77	4
Norte	Salinas/Taiobeiras	Padre Carvalho	1,72	4
Nordeste	Padre Paraíso	Padre Paraíso	1,60	4
Norte	Janaúba/Monte Azul	Pai Pedro	1,84	4
Centro	Sete Lagoas	Paineiras	1,42	2
Oeste	Formiga	Pains	1,22	1
Centro Sul	Barbacena	Paiva	1,42	2
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Palma	1,42	2
Nordeste	Almenara	Palmópolis	1,71	4
Centro	Sete Lagoas	Papagaios	1,38	2
Oeste	Pará de Minas	Pará de Minas	1,21	1
Noroeste	Unaí	Paracatu	1,36	2
Sul	Alfenas/Machado	Paraguaçu	1,24	1
Sul	Itajubá	Paraisópolis	1,17	1
Centro	Sete Lagoas	Paraopeba	1,34	2
Sul	São Lourenço/Caxambu	Passa Quatro	1,26	1
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Passa Tempo	1,36	2

Centro	Itabira	Passabém	1,51	3
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Passa-Vinte	1,48	3
Sul	Passos/Piumhi	Passos	1,27	1
Norte	Brasília MG/S Francisco	Patis	1,80	4
Noroeste	Patos de Minas	Patos de Minas	1,25	1
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Patrocínio	1,29	1
Sudeste	Muriaé	Patrocínio do Muriaé	1,36	2
Leste do Sul	Viçosa	Paula Cândido	1,54	3
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Paulistas	1,64	4
Nordeste	Águas Formosas	Pavão	1,63	4
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Peçanha	1,67	4
Nordeste	Pedra Azul	Pedra Azul	1,59	4
Sudeste	Carangola	Pedra Bonita	1,68	4
Leste do Sul	Viçosa	Pedra do Anta	1,57	3
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Pedra do Indaiá	1,25	1
Sudeste	Carangola	Pedra Dourada	1,54	3
Sul	Itajubá	Pedralva	1,42	2
Norte	Januária	Pedras de Maria da Cruz	1,77	4
Triângulo do Sul	Araxá	Pedrinópolis	1,39	2
Centro	Vespasiano	Pedro Leopoldo	1,12	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Pedro Teixeira	1,50	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Pequeri	1,28	1
Centro	Sete Lagoas	Pequi	1,39	2
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Perdigão	1,24	1
Triângulo do Sul	Araxá	Perdizes	1,34	2
Sul	Lavras	Perdões	1,27	1
Leste	Ipatinga	Periquito	1,63	4
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Pescador	1,63	4
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Piau	1,44	3
Leste	Caratinga	Piedade de Caratinga	1,60	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Piedade de Ponte Nova	1,57	3
Centro Sul	São João del Rei	Piedade do Rio Grande	1,53	3
Centro	Betim	Piedade dos Gerais	1,49	3
Oeste	Formiga	Pimenta	1,33	1
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Pingo-d'Água	1,57	3
Norte	Brasília MG/S Francisco	Pintópolis	1,82	4
Oeste	Itaúna	Piracema	1,46	3
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Pirajuba	1,22	1
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Piranga	1,62	4
Sul	Itajubá	Piranguçu	1,40	2

Sul	Itajubá	Piranguinho	1,39	2
Sudeste	Além Paraíba	Pirapetinga	1,19	1
Norte	Pirapora	Pirapora	1,32	1
Sudeste	Ubá	Piraúba	1,39	2
Oeste	Pará de Minas	Pitangui	1,28	1
Sul	Passos/Piumhi	Piumhi	1,26	1
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	Planura	1,30	1
Sul	Alfenas/Machado	Poço Fundo	1,34	2
Sul	Poços de Caldas	Poços de Caldas	1,12	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Pocrane	1,60	4
Centro	Sete Lagoas	Pompéu	1,40	2
Leste do Sul	Ponte Nova	Ponte Nova	1,27	1
Norte	Pirapora	Ponto Chique	1,74	4
Nordeste	Itaobim	Ponto dos Volantes	1,81	4
Norte	Janaúba/Monte Azul	Porteirinha	1,66	4
Leste do Sul	Viçosa	Porto Firme	1,55	3
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Poté	1,71	4
Sul	Pouso Alegre	Pouso Alegre	1,16	1
Sul	São Lourenço/Caxambu	Pouso Alto	1,29	1
Centro Sul	São João del Rei	Prados	1,38	2
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Prata	1,31	1
Sul	São Sebastião do Paraíso	Pratápolis	1,28	1
Triângulo do Sul	Araxá	Pratinha	1,43	2
Sudeste	Ubá	Presidente Bernardes	1,54	3
Centro	Curvelo	Presidente Juscelino	1,63	4
Jequitinhonha	Diamantina	Presidente Kubitschek	1,68	4
Noroeste	Patos de Minas	Presidente Olegário	1,42	2
Centro	Sete Lagoas	Prudente de Moraes	1,31	1
Centro	Sete Lagoas	Quartel Geral	1,47	3
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Queluzito	1,48	3
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Raposos	1,42	2
Leste do Sul	Ponte Nova	Raul Soares	1,42	2
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Recreio	1,40	2
Leste do Sul	Manhuaçu	Reduto	1,51	3
Centro Sul	São João del Rei	Resende Costa	1,41	2
Leste	Resplendor	Resplendor	1,41	2
Centro Sul	Barbacena	Ressaquinha	1,44	3
Noroeste	Unaí	Riachinho	1,59	4
Norte	Janaúba/Monte Azul	Riacho dos Machados	1,75	4
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Ribeirão das Neves	1,38	2

Sul	Lavras	Ribeirão Vermelho	1,32	1
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Rio Acima	1,39	2
Leste do Sul	Ponte Nova	Rio Casca	1,39	2
Nordeste	Almenara	Rio do Prado	1,71	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Rio Doce	1,46	3
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Rio Espera	1,64	4
Centro	Betim	Rio Manso	1,50	3
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Rio Novo	1,33	1
Noroeste	Patos de Minas	Rio Paranaíba	1,35	2
Norte	Salinas/Taiobeiras	Rio Pardo de Minas	1,66	4
Centro	João Monlevade	Rio Piracicaba	1,41	2
Sudeste	Ubá	Rio Pomba	1,32	1
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Rio Preto	1,40	2
Centro	Guanhães	Rio Vermelho	1,72	4
Centro Sul	São João del Rei	Ritópolis	1,50	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Rochedo de Minas	1,38	2
Sudeste	Ubá	Rodeiro	1,31	1
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	Romaria	1,37	2
Sudeste	Muriaé	Rosário da Limeira	1,47	3
Norte	Salinas/Taiobeiras	Rubelita	1,75	4
Nordeste	Almenara	Rubim	1,71	4
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Sabará	1,27	1
Centro	Guanhães	Sabinópolis	1,59	4
Triângulo do Sul	Uberaba	Sacramento	1,24	1
Norte	Salinas/Taiobeiras	Salinas	1,47	3
Nordeste	Almenara	Salto da Divisa	1,69	4
Centro	Itabira	Santa Bárbara	1,31	1
Leste	Caratinga	Santa Bárbara do Leste	1,48	3
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Santa Bárbara do Monte Verde	1,46	3
Centro Sul	Barbacena	Santa Bárbara do Tugúrio	1,54	3
Centro Sul	São João del Rei	Santa Cruz de Minas	1,35	2
Norte	Salinas/Taiobeiras	Santa Cruz de Salinas	1,77	4
Leste do Sul	Ponte Nova	Santa Cruz do Escalvado	1,63	4
Leste	Governador Valadares	Santa Efigênia de Minas	1,67	4
Norte	Pirapora	Santa Fé de Minas	1,82	4
Nordeste	Águas Formosas	Santa Helena de Minas	1,73	4
Triângulo do Sul	Araxá	Santa Juliana	1,36	2
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Santa Luzia	1,25	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Santa Margarida	1,55	3
Centro	Itabira	Santa Maria de Itabira	1,44	3

Nordeste	Almenara	Santa Maria do Salto	1,63	4
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Santa Maria do Suaçuí	1,71	4
Sul	Poços de Caldas	Santa Rita de Caldas	1,33	1
Centro Sul	Barbacena	Santa Rita de Ibitipoca	1,38	2
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Santa Rita de Jacutinga	1,44	3
Leste	Caratinga	Santa Rita de Minas	1,34	2
Leste	Resplendor	Santa Rita do Itueto	1,55	3
Sul	Pouso Alegre	Santa Rita do Sapucaí	1,20	1
Noroeste	Patos de Minas	Santa Rosa da Serra	1,47	3
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Santa Vitória	1,33	1
Sul	Três Pontas	Santana da Vargem	1,38	2
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	Santana de Cataguases	1,41	2
Centro	Sete Lagoas	Santana de Pirapama	1,55	3
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Santana do Deserto	1,34	2
Centro Sul	Barbacena	Santana do Garambéu	1,52	3
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Santana do Jacaré	1,46	3
Leste do Sul	Manhuaçu	Santana do Manhuaçu	1,58	3
Leste	Ipatinga	Santana do Paraíso	1,35	2
Centro	Vespasiano	Santana do Riacho	1,59	4
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Santana dos Montes	1,61	4
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	Santo Antônio do Amparo	1,46	3
Sudeste	Além Paraíba	Santo Antônio do Aventureiro	1,42	2
Leste do Sul	Ponte Nova	Santo Antônio do Grama	1,50	3
Jequitinhonha	Diamantina	Santo Antônio do Itambé	1,78	4
Nordeste	Almenara	Santo Antônio do Jacinto	1,70	4
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	Santo Antônio do Monte	1,29	1
Norte	Salinas/Taiobeiras	Santo Antônio do Retiro	1,86	4
Centro	Itabira	Santo Antônio do Rio Abaixo	1,71	4
Centro	Curvelo	Santo Hipólito	1,68	4
Sudeste	Santos Dumont	Santos Dumont	1,33	1
Sul	Três Corações	São Bento Abade	1,48	3
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	São Brás do Suaçuí	1,43	2
Leste	Caratinga	São Domingos das Dores	1,58	3
Centro	João Monlevade	São Domingos do Prata	1,42	2
Leste	Mantena	São Félix de Minas	1,64	4
Norte	Brasília MG/S Francisco	São Francisco	1,67	4
Oeste	S Antônio Amparo/C Belo	São Francisco de Paula	1,46	3
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	São Francisco de Sales	1,35	2
Sudeste	Muriae	São Francisco do Glória	1,49	3
Sudeste	Ubá	São Geraldo	1,39	2

Leste	Governador Valadares	São Geraldo da Piedade	1,68	4
Leste	Governador Valadares	São Geraldo do Baixo	1,65	4
Noroeste	Patos de Minas	São Gonçalo do Abaeté	1,40	2
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	São Gonçalo do Pará	1,31	1
Centro	Itabira	São Gonçalo do Rio Abaixo	1,48	3
Jequitinhonha	Diamantina	São Gonçalo do Rio Preto	1,66	4
Sul	Varginha	São Gonçalo do Sapucaí	1,27	1
Noroeste	Patos de Minas	São Gotardo	1,28	1
Sul	Passos/Piumhi	São João Batista do Glória	1,26	1
Norte	Coração de Jesus	São João da Lagoa	1,71	4
Sul	Pouso Alegre	São João da Mata	1,37	2
Norte	Brasília MG/S Francisco	São João da Ponte	1,74	4
Norte	Manga	São João das Missões	1,82	4
Centro Sul	São João del Rei	São João del Rei	1,25	1
Leste do Sul	Manhuaçu	São João do Manhuaçu	1,54	3
Leste	Mantena	São João do Manteninha	1,54	3
Leste	Ipatinga	São João do Oriente	1,57	3
Norte	Coração de Jesus	São João do Pacuí	1,81	4
Norte	Salinas/Taiobeiras	São João do Paraíso	1,62	4
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	São João Evangelista	1,58	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	São João Nepomuceno	1,27	1
Centro	Betim	São Joaquim de Bicas	1,37	2
Sul	Passos/Piumhi	São José da Barra	1,37	2
Centro	Vespasiano	São José da Lapa	1,21	1
Leste	Governador Valadares	São José da Safira	1,74	4
Oeste	Pará de Minas	São José da Varginha	1,46	3
Sul	Itajubá	São José do Alegre	1,40	2
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	São José do Divino	1,62	4
Leste do Sul	Ponte Nova	São José do Goiabal	1,49	3
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	São José do Jacuri	1,63	4
Leste do Sul	Manhuaçu	São José do Mantimento	1,62	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	São Lourenço	1,22	1
Leste do Sul	Viçosa	São Miguel do Anta	1,53	3
Sul	Guaxupé	São Pedro da União	1,38	2
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	São Pedro do Suaçuí	1,66	4
Leste do Sul	Ponte Nova	São Pedro dos Ferros	1,47	3
Norte	Brasília MG/S Francisco	São Romão	1,67	4
Sul	Passos/Piumhi	São Roque de Minas	1,39	2
Sul	Pouso Alegre	São Sebastião da Bela Vista	1,31	1
Sudeste	Muriáé	São Sebastião da Vargem Alegre	1,54	3

Leste	Caratinga	São Sebastião do Anta	1,66	4
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	São Sebastião do Maranhão	1,88	4
Oeste	Divinópolis/S Antôn Monte	São Sebastião do Oeste	1,38	2
Sul	São Sebastião do Paraíso	São Sebastião do Paraíso	1,22	1
Centro	Itabira	São Sebastião do Rio Preto	1,72	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	São Sebastião do Rio Verde	1,35	2
Sul	Três Corações	São Thomé das Letras	1,41	2
Centro Sul	São João del Rei	São Tiago	1,42	2
Sul	São Sebastião do Paraíso	São Tomás de Aquino	1,34	2
Centro Sul	São João del Rei	São Vicente de Minas	1,32	1
Sul	Itajubá	Sapucai-Mirim	1,33	1
Leste	Governador Valadares	Sardoá	1,59	4
Centro	Contagem	Sarzedo	1,28	1
Leste do Sul	Ponte Nova	Sem-Peixe	1,61	4
Sul	Pouso Alegre	Senador Amaral	1,51	3
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	Senador Cortes	1,42	2
Sudeste	Ubá	Senador Firmino	1,42	2
Sul	Pouso Alegre	Senador José Bento	1,45	3
Jequitinhonha	Diamantina	Senador Modestino Gonçalves	1,60	4
Centro Sul	Cons Lafaiete/Congonhas	Senhora de Oliveira	1,60	4
Centro	Guanhães	Senhora do Porto	1,72	4
Centro Sul	Barbacena	Senhora dos Remédios	1,56	3
Leste do Sul	Manhuaçu	Sericita	1,60	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Seritinga	1,40	2
Centro	Guanhães	Serra Azul de Minas	1,78	4
Oeste	Bom Despacho	Serra da Saudade	1,47	3
Noroeste	Patos de Minas	Serra do Salitre	1,42	2
Nordeste	Nanuque	Serra dos Aimorés	1,60	4
Sul	Alfenas/Machado	Serrania	1,35	2
Norte	Janaúba/Monte Azul	Serranópolis de Minas	1,69	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Serranos	1,55	3
Jequitinhonha	Diamantina	Serro	1,63	4
Centro	Sete Lagoas	Sete Lagoas	1,19	1
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Setubinha	1,94	4
Sudeste	Ubá	Silveirânia	1,51	3
Sul	Pouso Alegre	Silvianópolis	1,35	2
Sudeste	J Fora/L Duarte/B Jardim	Simão Pereira	1,33	1
Leste do Sul	Manhuaçu	Simonésia	1,58	3
Leste	Governador Valadares	Sobralia	1,55	3
Sul	São Lourenço/Caxambu	Soledade de Minas	1,37	2

Sudeste	Ubá	Tabuleiro	1,38	2
Norte	Salinas/Taiobeiras	Taiobeiras	1,52	3
Leste do Sul	Manhuaçu	Taparuba	1,58	3
Triângulo do Sul	Araxá	Tapira	1,26	1
Oeste	Formiga	Tapiraí	1,52	3
Centro	B Horizonte/N Lima/Caeté	Taquaraçu de Minas	1,52	3
Leste	Governador Valadares	Tarumirim	1,55	3
Leste do Sul	Viçosa	Teixeiras	1,46	3
Nordeste	T Otoni/Malacac/Itambacur	Teófilo Otoni	1,38	2
Leste	Cel Fabriciano/Timóteo	Timóteo	1,15	1
Centro Sul	São João del Rei	Tiradentes	1,32	1
Noroeste	Patos de Minas	Tiros	1,32	1
Sudeste	Ubá	Tocantins	1,33	1
Sul	Pouso Alegre	Tocos do Moji	1,48	3
Sul	Pouso Alegre	Toledo	1,39	2
Sudeste	Carangola	Tombos	1,41	2
Sul	Três Corações	Três Corações	1,22	1
Centro	Curvelo	Três Marias	1,23	1
Sul	Três Pontas	Três Pontas	1,27	1
Leste	Governador Valadares	Tumiritinga	1,59	4
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Tupaciguara	1,34	2
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Turmalina	1,49	3
Sul	Pouso Alegre	Turvolândia	1,40	2
Sudeste	Ubá	Ubá	1,26	1
Norte	Brasília MG/S Francisco	Ubaí	1,73	4
Leste	Caratinga	Ubaporanga	1,52	3
Triângulo do Sul	Uberaba	Uberaba	1,13	1
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Uberlândia	1,11	1
Nordeste	Águas Formosas	Umburatiba	1,71	4
Noroeste	Unaí	Unaí	1,29	1
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	União de Minas	1,42	2
Noroeste	Unaí	Uruana de Minas	1,53	3
Leste do Sul	Ponte Nova	Urucânia	1,41	2
Norte	Brasília MG/S Francisco	Urucuia	1,68	4
Leste	Caratinga	Vargem Alegre	1,51	3
Sul	Passos/Piumhi	Vargem Bonita	1,45	3
Norte	Salinas/Taiobeiras	Vargem Grande do Rio Pardo	1,77	4
Sul	Varginha	Varginha	1,16	1
Noroeste	Patos de Minas	Varjão de Minas	1,44	3
Norte	Pirapora	Várzea da Palma	1,38	2

Norte	Brasília MG/S Francisco	Varzelândia	1,73	4
Noroeste	Patos de Minas	Vazante	1,35	2
Norte	Janaúba/Monte Azul	Verdelândia	1,84	4
Jequitinhonha	M Novas/Turmalina/Capelin	Veredinha	1,65	4
Triângulo do Sul	Uberaba	Veríssimo	1,28	1
Leste	Caratinga	Vermelho Novo	1,51	3
Centro	Vespasiano	Vespasiano	1,24	1
Leste do Sul	Viçosa	Viçosa	1,32	1
Sudeste	Muriaé	Vieiras	1,52	3
Nordeste	Araçuaí	Virgem da Lapa	1,65	4
Sul	São Lourenço/Caxambu	Virgínia	1,46	3
Centro	Guanhães	Virginópolis	1,52	3
Leste	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	Virgolândia	1,66	4
Sudeste	Ubá	Visconde do Rio Branco	1,30	1
Sudeste	Além Paraíba	Volta Grande	1,33	1
Sul	Itajubá	Wenceslau Braz	1,39	2

Anexo 4 – Mapa Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



Anexo 5 – Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
População	2007 a 2011	<p>Todos os dados de população foram obtidos a partir do existente nas páginas de <u>População Residente</u> no sítio do Datasus. São estimativas elaboradas pelo IBGE no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento, pela Coordenação de População e Indicadores Sociais, para os anos de 2007 a 2009. Como qualquer projeção, há uma margem de erro. Esta margem de erro é maior para municípios de pequeno contingente populacional, principalmente ao estratificar os dados por idade e sexo.</p> <p>Para o ano de 2010, são utilizados os dados do Censo 2010; para o ano de 2011, serão também utilizados os dados do Censo 2010, até serem divulgadas as estimativas para 2011.</p>			
Prioridades do pacto pela vida					
Prioridade I: Saúde do idoso					
1.Tx internação fratura fêmur (Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur)	2007 a 2011	Número de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência. Fonte: SIH/SUS	Total da população com 60 anos ou mais, no mesmo período de tempo e local considerados no numerador Fonte: Estimativas populacionais	10.000	Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.
Prioridade II: Controle do câncer de colo de útero e mama					
2.Razão exames citopatológicos (Razão entre exames	2007 a 2011	Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa	População feminina, nesta faixa etária, em determinado local e ano		Data de atualização da base de dados: 15/05/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano)		etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano Fonte: Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO)	Fonte: Estimativas populacionais		
3.%Seguim lesões AG colo útero (Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero)	2007 a 2011	Nº de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau com seguimento informado, em determinado ano e local Fonte: Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) Módulo Seguimento	Nº total de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau, em determinado ano e local Fonte: Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) Módulo Seguimento	100	Situação da base de dados em 25/05/2012.
4.Rz mamografias realizadas (Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano)	2008 a 2011	Número de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local (residência) e ano. Fonte: SIA/SUS	População feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano Fonte: Estimativas populacionais	-	Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.
Prioridade III: Redução da mortalidade infantil e materna					
5.Taxa mortalidade infantil (Taxa de Mortalidade)	2007 a 2011	Número de óbitos de crianças residentes com menos de um ano de idade	Números de nascidos vivos de mães residentes Fonte: SINASC	1.000	Para municípios com mais de 80.000 habitantes.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
Infantil)		Fonte: SIM			Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
5.Número de óbitos infantis (Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de um ano de idade)	2007 a 2011	Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de um ano de idade Fonte: SIM	-		Para municípios com menos de 80.000 habitantes. Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
5a.Taxa mortalidade neonatal (Taxa de Mortalidade Neonatal)	2007 a 2011	Nº. de óbitos de menores de 28 dias Fonte: SIM	Números de nascidos vivos de mães residentes Fonte: SINASC	1.000	Para municípios com mais de 80.000 habitantes. Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
5a.Número de óbitos neonatais (Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de	2007 a 2011	Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade Fonte: SIM	-		Para municípios com menos de 80.000 habitantes. Dados de 2011 preliminares, com

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
idade)					situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
5b.Taxa mortalid pós-neonatal (Taxa de Mortalidade Pós-neonatal)	2007 a 2011	Número de óbitos de residentes 28 a 364 dias de vida completos Fonte: SIM	Números de nascidos vivos de mães residentes Fonte: SINASC	1.000	Para municípios com mais de 80.000 habitantes. Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
5b.Número óbitos pós-neonatais (Número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completos)	2007 a 2011	Número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completos Fonte: SIM	-		Para municípios com menos de 80.000 habitantes. Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
6.%Óbit mulh id fértil invest. (Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados)	2007 a 2011	Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária de 10 a 49 anos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM Fonte: SIM	total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária de 10 a 49 anos residentes Fonte: SIM	100	Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012. Para 2007 e 2008, o critério utilizado foi se o

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
					óbito foi ou não investigado, conforme informação constante no SIM; a partir de 2009, o critério utilizado se o óbito foi ou não registrado no módulo de investigação do SIM.
7.Incidência sífilis congênita (Incidência de sífilis congênita)	2007 a 2011	Número de casos de Sífilis congênita residentes em determinado local e diagnosticados no ano Fonte: SINAN	-		Situação da base nacional em 10/05/2012.
Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids					
8.Tx letalidformgrav dengue (Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)	2007 a 2011	número de óbitos confirmados de FHD/SCD + DCC Fonte: SINAN	número de casos confirmados de FHD/SCD + DCC Fonte: SINAN	100	Situação da base nacional em 15/05/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
9.%Cura casos novos hanseníase (Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes)	2007 a 2011	Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação. Fonte: SINAN	Total de casos novos de hanseníase residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes Fonte: SINAN	100	Situação da base nacional em 10/05/2012.
10.%Cura casos novos TBC CNP+ (Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera)	2007 a 2011	Número de casos novos (CNP+) curados de tuberculose no período avaliado Fonte: SINAN	Número de casos novos pulmonares positivos (CNP+) de tuberculose no período avaliado Fonte: SINAN	100	Situação da base nacional em 10/05/2012.
11.IPA de malária (Índice Parasitário Anual (IPA) de malária)	2007 a 2011	Número de exames positivos de malária registrados por local provável de infecção Fonte: SIVEP-Malária e SINAN	população residente na área Fonte: Estimativas demográficas	1.000	Calculado apenas para os estados e municípios da Amazônia Legal. Situação da base de dados nacional em 09/03/2012.
12.Prop amostr vírus influenza (Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado)	2007 a 2011	Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF. Fonte: SIVEP- GRIPE	Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF Fonte: SIVEP- GRIPE	100	Situação da base de dados em 30/05/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
13.%casos hepat B confsorolog (Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia)	2007 a 2011	Número de casos confirmados de hepatite B (HBsAg reagente e HBsAg não reagente/inconclusivo + anti-HbcIgM reagente) em determinado período. Fonte: SINAN	número de casos de hepatite B com classificação final "confirmação laboratorial" em determinado período de tempo Fonte: SINAN	100	Situação da base nacional em 10/05/2012.
14.Tx incidênc aids (<5 anos) (Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade)	2007 a 2011	Número de casos de AIDS diagnosticados em menores de 5 anos em um determinado ano e local de residência Fonte: SINAN/SISCEL/SICLOM/SIM	população total residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano Fonte: Estimativas demográficas	100.000	Situação da base nacional em 17/05/2012.
Prioridade V: Promoção da saúde					
15.%Ativ física suficiente (Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos)	2007 a 2011	número de adultos (>= 18 anos) com atividade física suficiente no tempo livre Fonte: VIGITEL	número de adultos (>= 18 anos) residentes na respectiva cidade Fonte: VIGITEL	100	Apenas para capitais e Distrito Federal
16.%Tabagismo (Prevalência de tabagismo em adultos)	2007 a 2011	número de adultos (>= 18 anos) fumantes por cidade Fonte: VIGITEL	número de adultos (>= 18 anos) residentes na respectiva cidade Fonte: VIGITEL	100	Apenas para capitais e Distrito Federal
Prioridade VI: Fortalecimento da atenção básica					

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
17.%População cadastrada ESF (Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família)	2007 a 2011	População cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica em determinado local e período Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB ou sistema vigente	Base demográfica do IBGE Fonte: Estimativas populacionais	100	Situação da base nacional em 08/05/2012.
18.%NV c/7+ consultpré-natal (Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal)	2007 a 2011	Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal em determinado local e período Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - SINASC	Número de nascidos vivos, no mesmo local e período Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - SINASC	100	Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
19.Tx internação diabete melit (Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações)	2007 a 2011	Número de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos, em determinado local de residência e período. Fonte: SIH/SUS	População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período Fonte: Estimativas populacionais	10.000	Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.
20.Tx internação AVC (Taxa de Internações por acidente vascular cerebral (AVC))	2007 a 2011	Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos, em determinado local de residência e período.	População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período Fonte: Estimativas populacionais	10.000	Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
		Fonte: SIH/SUS			
21.%crianças <5a c/baixo peso (Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade)	2007 a 2011	Número de crianças menores de cinco anos com peso para idade abaixo de -2 escores-z (percentil 3) Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN	Número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN	100	Situação da base de dados em 25/05/2012.
22.%fam. Bolsa Família acomp. (Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica)	2007 a 2011	Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência consolidada Fonte: SISVAN - Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do programa bolsa família	Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência consolidada Fonte: SISVAN - Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do programa bolsa família	100	Dados de 2011 até a 2ª vigência. Data de consolidação da base de dados: 16/01/2012.
41.Cobert equip Saúde Bucal. (Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família)	2007 a 2011	Número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas (modalidades I e II) x 3.450 pessoas Fonte: Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS	População no mesmo local e período Fonte: Base demográfica do IBGE	100	Dados de 2007 a 2011 correspondentes ao mês de dezembro. Situação da base de dados nacional em 25/05/2012. Nota: os dados de população utilizados são

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
					os existentes no Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS
42.Média escov dental superv. (Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada)	2008 a 2011	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período, dividido pelo período Fonte: Fonte: SIA/SUS	Base demográfica do IBGE Fonte: Estimativas populacionais	100	Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.
Prioridade VII: Saúde do trabalhador					
23.Notific Saúde Trabalhador (Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04)	2008 a 2011	Número absoluto de notificações realizadas relativas aos 11 (onze) agravos constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004 Fonte: SINAN	-		Situação da base nacional em 10/05/2012.
23a.% var notific Saúde Trab (Percentual de variação do número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da	2009 a 2011	Diferença entre o número absoluto de notificações realizadas no ano e o número absoluto de notificações realizadas em 2008, relativas aos 11 (onze) agravos	Número absoluto de notificações realizadas em 2008, relativas aos 11 (onze) agravos constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004	100	Situação da base nacional em 10/05/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
Portaria GM/MS Nº. 777/04)		constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004 Fonte: SINAN	Fonte: SINAN		
Prioridade VIII: Saúde mental					
24.Taxa de cobertura CAPS (Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes)	2007 a 2011	[(nºCAPS I x 0,5)+(nºCAPS II)+(nºCAPS III x 1,5)+(nº CAPSi)+(nºCAPSad)] Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	População Fonte: Estimativas populacionais	100.000	Para municípios com mais de 20.000 habitantes. Dados de 2007 a 2011 correspondentes ao mês de dezembro. Situação da base de dados nacional em 25/02/2012.
Prioridade IX: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência					
25.Núm. Serv. Reabilit. Visual (Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde)	2007 a 2011	Nº absoluto (total) de serviços de reabilitação visual habilitados por UF Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	-		Apenas para Estados e Distrito Federal Dados de 2007 a 2011 correspondentes ao mês de dezembro. Situação da base de dados nacional em 25/02/2012.
Prioridade X: Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência					

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
26.%Munic c/PrevViolimplant (Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas)	2007 a 2011	Número de Municípios prioritários da UF com Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados Fonte: DASIS/SVS, questionário FORMSUS.	Número total de municípios prioritários da UF, questionário FORMSUS.	100	Em nível municipal, contém 100 para municípios prioritários com rede de prevenção de violências, zero para municípios prioritários sem tal rede e "... " para municípios não prioritários. Dados de 2011 atualizados em 02/01/2012.
27.%Munic c/notifviolimplant (Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas)	2007 a 2011	No. de municípios prioritários com Notificação Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e ou outras Violências implantada Fonte: SINAN	Nº de municípios prioritários Fonte: SINAN	100	Em nível municipal, contém 100 para municípios prioritários com notificação de violências, zero para municípios prioritários sem tais notificações e "... " para municípios não prioritários. Dados de 2011 atualizados em 02/01/2012.
Prioridade XI: Saúde do homem					
28.Munic/UF	2010	Número de estados e	-		Apenas para estados,

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
c/estr.Saúde Homem (Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.)		municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais Fonte: CIB			Distrito Federal e municípios selecionados. O valor 1 indica que o estado ou município foi selecionado e tem estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais; o valor 0 indica que o município não foi selecionado ou não tem estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais. Situação da base nacional em 05/05/2011.
29.Núm cirurgprostatsuprapúb (Número de cirurgias de ProstatectomiaSuprapública por local de residência)	2007 a 2011	Número absoluto de cirurgias de ProstatectomiaSuprapública por residência. Fonte: SIH/SUS			Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
29a.%var númcirurgprostat (Percentual de variação do número de cirurgias de ProstatectomiaSuprapúbica por local de residência em relação ao ano anterior)	2008 a 2011	Varição do número absoluto de cirurgias de ProstatectomiaSuprapubica por residência em relação ao ano anterior. Fonte: SIH/SUS	Número absoluto de cirurgias de ProstatectomiaSuprapubica por residência no ano anterior. Fonte: SIH/SUS		Data de atualização da base de dados: 25/04/2012.
Responsabilidades do pacto de gestão					
I: Responsabilidades gerais da gestão do SUS					
30.% DNC encerr oportunamente (Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação)	2008 a 2011	Nº de casos de DNC encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados em determinado ano Fonte: SINAN	Nº de casos de DNC, residentes em determinado local e notificados em determinado ano Fonte: SINAN	100	Situação da base nacional em 16/05/2012.
31.%Óbitos causa definida (Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida)	2007 a 2011	Número de óbitos não fetais com causa básica definida Fonte: SIM	Total de óbitos não fetais residentes Fonte: SIM	100	Dados de 2011 preliminares, com situação da base de dados nacional em 21/05/2012.
32.Cobert vacinal tetraivalente (Cobertura Vacinal com a	2007 a 2011	Nº de crianças menores de um ano de idade vacinadas com terceiras doses da vacina	População < 1 ano de idade Fonte: SINASC, conforme consta nas bases de dados	100	Data de atualização da base de dados: 02/03/2012.

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano)		DTP+Hib Fonte: PNI	do SI-PNI		
33.%Amostra coli total (Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais)	2008 a 2011	Número de amostras de coliformes totais realizadas pela vigilância. Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua	total de amostras de coliformes totais obrigatórias de acordo com a diretriz nacional Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua	100	Situação em março/2012.
34.%munic c/pactvig.sanitária (Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária)	2007 a 2011	Nº de municípios que pactuaram ações estratégicas Fonte: Anvisa	Nº total de municípios Fonte: Anvisa	100	Em nível municipal, contém 100 para municípios com ações estratégicas de vigilância sanitária ou zero para municípios sem tais ações. Dados de 2011 atualizados em 28/05/2012.
II: Responsabilidades na regionalização					
35.%CGR constituídos (Percentual de Colegiados	2007 a	Número de Colegiado de Gestão Regional intraestadual	número de regiões de saúde existente no estado de	100	Apenas para estados. Situação em

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT)	2011	constituído Fonte: CIT	acordo com o Plano Diretor de Regionalização Fonte: CIT		Junho/2012.
III: Responsabilidades no planejamento e programação					
36a.UF RelatGestaoapro (Número de estados com relatórios anuais de gestão apreciados nos Conselhos Estaduais de Saúde)	2008 a 2011	Número de estados com Relatórios de Gestão Estadual aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde Fonte: CIT	-		Em nível estadual, contém 1 para estados com relatórios de gestão aprovados ou zero para estados sem tais relatórios aprovados. Dados informados em Junho/2012.
36b.%Munic RelatGestaoapro (Proporção de municípios com relatórios anuais de gestão apreciados nos Conselhos Municipais de Saúde)	2008 a 2011	Número de Municípios com Relatórios de Gestão Municipal aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde Fonte: CIT	Número de Municípios Fonte: CIT	100	Em nível municipal, contém 100 para municípios com relatórios de gestão aprovados ou zero para municípios sem tais relatórios aprovados. Dados informados em Junho/2012.
IV: Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria					
37.Índice aliment regular	2007	Nº de bases CNES enviadas	12	100	Dados de 2007 a partir

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
CNES (Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES))	a 2011	Fonte: CNES			de julho. Situação da base nacional em 25/05/2012.
V: Responsabilidades da educação na saúde					
38.%CIES em funcionamento (Percentual de Comissões de Integração Ensino - Serviço (CIES) em funcionamento por estado)	2010	Número de CIES em funcionamento Fonte: CIB	Número de CIES constituídos Fonte: CIB	100	Apenas para Estados e Distrito Federal. Situação em dezembro de 2010.
VI: Responsabilidades na participação e controle social					
39.Implant ouvidoria UF e cap (Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais)	2010 a 2011	Ouvidorias implantadas Fonte: Secretarias de Saúde dos estados, DF e capitais	-		Situação em 04/01/2012.
40.--- (Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em	N/D	Número de conselheiros estaduais/municipais capacitados por ano Fonte: Sistema de Informações sobre Conselhos	Total de conselheiros estaduais/municipais Fonte: Sistema de Informações sobre Conselhos de Saúde -		Apenas para Estados, Distrito Federal e municípios prioritários

Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011					
Indicador (abreviatura)	Anos	Numerador	Denominador	Unidade	Observações
2009.)		de Saúde – ParticipanetSUS	ParticipanetSUS		

Convenções adotadas nas tabelas:

-: dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento ou dado numérico não informado. Exemplos de situações em que ocorre:

- não houve ocorrências;
- não aplicável, como para dados anteriores à criação do município;
- dados ainda não recebidos.

...: dado numérico não aplicável ou não disponível, quando o denominador do indicador é igual a zero.

(0, 0,00, etc.): dados numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo. Exemplo: média de visitas = 0,003; como o indicador tem com duas decimais, é exibido o valor 0,00.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012)

Anexo 6 – Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2012 – MINAS GERAIS

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
1	MEDIA DA ACAO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	3,34	%
2	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA	80,00	%
3	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENCAO BASICA	67,00	%
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BASICAS DE SAUDE BUCAL	55,00	%
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
5	PROPORCAO DE SERVICOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	66,00	%
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
6	NUMERO DE UNIDADES DE SAUDE COM SERVICIO DE NOTIFICAO DE VIOLENCIA IMPLANTADA	1.080	N ABSOLUTO
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Objetivo Nacional 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
7	RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULACAO FEMININA NA MESMA FAIXA ETARIA	0,65	RAZAO
8	RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULACAO DA MESMA FAIXA ETARIA.	0,36	RAZAO
9	SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO	60,00	%
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.			

Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
10	PROPORCAO DE PARTOS NORMAIS	46,00	%
11	PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM NO MINIMO 7 CONSULTAS DE PRE-NATAL.	70,00	%
12	NUMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDENCIA	83	N ABSOLUTO
13	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	3,00	/1000
14	PROPORCAO DE OBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	40,00	%
15	PROPORCAO DE OBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS	60,00	%
16	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	235	N.Absoluto
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Objetivo Nacional - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
17	COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,70	/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
Objetivo Nacional - Melhorar as condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
18	TAXA DE INTERNACAO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	24,40	/10.000
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
19	COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB)/PENTAVALENTE EM CRIANCAS MENORES DE UM ANO	95,00	%
20	PROPORCAO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	73,00	%
21	PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSEIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	%
22	PROPORCAO DE REGISTRO DE OBITOS COM CAUSA BASICA DEFINIDA	90,00	%
23	PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	80,00	%
24	PROPORCAO DE MUNICIPIOS QUE NOTIFICAM DOENCAS/AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DA POPULACAO RESIDENTE	75,00	%
25	TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.	1,50	/100.000

26	PERCENTUAL DE MUNICIPIOS QUE EXECUTAM AS ACOES DE VIGILANCIA SANITARIA CONSIDERADAS NECESSARIAS A TODOS OS MUNICIPIOS	100,00	%
28	NUMERO ABSOLUTO DE OBITOS POR DENGUE	21	N ABSOLUTO
Objetivo Nacional 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
29	PERCENTUAL DE REALIZACAO DAS ANALISES DE VIGILANCIA DA QUALIDADE DA AGUA, REFERENTE AO PARAMETRO COLIFORMES TOTAIS.	20,00	%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.			
Objetivo Nacional - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
30	PERCENTUAL DE COMISSOES DE INTEGRACAO ENSINO-SERVICO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO.	100,00	%
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Objetivo Nacional - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
31	PROPORCAO DE MUNICIPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	0,82	%

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.218, de 21 de agosto de 2012.

Anexo 7 – Funcionograma

Plano Estadual de Saúde (2012-2015)

