PES

2020-2023

NOSSO COMPROMISSO É A SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Plano Estadual de Saúde 2020-2023

Versão final conforme aprovado pelo CES-MG em 14/12/2020

Governador de Estado

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva

Secretário de Estado Adjunto de Saúde

Luiz Marcelo Cabral Tavares

Chefe de Gabinete

João Márcio Silva de Pinho

Subsecretário de Gestão Regional

Darlan Venâncio Thomaz Pereira

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

André de Andrade Ranieri

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Marcilio Dias Magalhães

Subsecretário de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde

Juliana Ávila Teixeira

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Janaína Passos de Paula

Elaboração, Organização e Informações:
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Rodovia Papa João Paulo II, nº 4.143, 12º andar
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves
Bairro: Serra Verde - Belo Horizonte/MG - CEP: 31.630.900
Telefone: (31) 3916-0651

Versão final conforme aprovado pelo CES-MG em 14/12/2020

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS **7**

LISTA DE GRÁFICOS **8**

LISTA DE MAPAS **11**

LISTA DE QUADROS **12**

LISTA DE TABELAS **13**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS **14**

APRESENTAÇÃO **20**

SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE **24**

ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE 24

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) 25

Conselho Estadual de Saúde (CES) 31

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) 32

Fundação Ezequiel Dias (Funed) 33

Fundação Hemominas 35

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) 38

REGIONALIZAÇÃO, COOPERAÇÃO E GOVERNANÇA REGIONAL DO SUS/MG 41

O desenho da organização assistencial: Plano Diretor de Regionalização (PDR) 42

O desenho da estrutura administrativa descentralizada – Unidades Regionais de Saúde (URS) 43

O desenho territorial dos Consórcios Interfederativos de Saúde – CIS 44

ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE **49**

PERFIL DEMOGRÁFICO, GEOGRÁFICO, ECONÔMICO E SOCIAL 49

Aspectos Demográficos e Geográficos 49

Aspectos Socioeconômicos 56

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE 58

Mortalidade infantil 62

As causas evitáveis de óbitos infantis 62

Mortalidade materna 63

Morbidade hospitalar 65

Doenças Transmissíveis 68

Cobertura vacinal 89

Controle de Zoonoses 96
Agravos/doenças não transmissíveis 115
Violência e Acidentes 122
Emergências em Saúde Pública 126
ORGANIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 133
MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO PARA O ACESSO ADEQUADO E OPORTUNO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS 133
Regulação Assistencial em Minas Gerais 133
Capacidade instalada 136
Programação Pactuada Integrada – PPI/MG 140
Produção físico-financeira da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar 142
Tratamento Fora de Domicílio – TFD 143
Sistema Estadual de Transporte em Saúde 143
AS POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE DO SUS/MG 2020-2023 145
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 145
A organização da Assistência Farmacêutica 146
Desafios e Propostas 148
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 152
Políticas de Promoção da Equidade em Saúde 158
Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) 159
ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA 162
Redes de Atenção à Saúde (RAS) 162
Atenção Especializada 163
Saúde Bucal 165
Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças 168
Alta Complexidade 173
Atenção Psicossocial 178
Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência 179
Política de Atenção Hospitalar do Estado 190
Rede de Urgência e Emergência (RUE) 194
AS POLÍTICAS E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO SUS/MG 2020-2023 203
REDE DE GERENCIAMENTO DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE HUMANA 205
REDE DE VIGILÂNCIA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS 206

REDE DE VIGILÂNCIA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA 207
VIGILÂNCIA SANITÁRIA 208
REFERÊNCIAS 211
DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2020-2023 216
Diretriz 1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos 216
Diretriz 2: Fortalecer a atenção secundária e terciária, através da expansão da oferta e melhoria da qualidade de serviços regionalizados. 220
Diretriz 3: Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios 237
Diretriz 4: Recuperar o poder de gestão da Saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito 240
Diretriz 5: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS e a qualificação e valorização do trabalhador 240
Diretriz 6: Fortalecer as instâncias de controle social ampliando os canais de interação do usuário com garantia de transparência 249
PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 251
MATRIZ DE COERÊNCIA DO PES COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – AGENDA 2030 254
Diretriz 1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos 257
Diretriz 2: Fortalecer a atenção secundária e terciária, através da expansão da oferta e melhoria da qualidade de serviços regionalizados. 260
Diretriz 3: Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios 269
Diretriz 4: Recuperar o poder de gestão da Saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito 271
Diretriz 5: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS e a qualificação e valorização do trabalhador 272
Diretriz 6: Fortalecer as instâncias de controle social ampliando os canais de interação do usuário com garantia de transparência 277

MATRIZ DE COERÊNCIA DO PES COM OS PROGRAMAS E AÇÕES NO PPAG 278

ANEXO I - RECOMENDAÇÕES PROVENIENTES DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE 283

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Identidade Estratégica da SES-MG 29
Figura 2 - Mapa Estratégico da SES-MG 30
Figura 3 - Mapa Estratégico 2020-2024 da Fundação Hemominas 36
Figura 4 - Taxa de crescimento geométrico, Minas Gerais, 2010-2025 50
Figura 5 - Evolução dos municípios que decretaram SE ou ECP de 2009/2010 a 2017/2018 129
Figura 6 - Atividades realizadas por meio dos módulos funcionais do SUSFácil-MG. 134
Figura 7 - Etapas da Assistência Farmacêutica 146
Figura 8 - Impactos financeiros e assistências relacionados à Assistência Farmacêutica 148
Figura 9 - Organograma da SAF reestruturado em 2019 149
Figura 10 - Módulos de desenvolvimento da Política de Atenção Hospitalar 192
Figura 11 - Etapas da construção da Política Hospitalar 194
Figura 12 - Lógica do processo de monitoramento e avaliação das diretrizes propostas no PES 253
Figura 13 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 254
Figura 14 - Metas do Objetivo 3 da Agenda 2030 254

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de Fecundidade Total: Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais, 2010 e 2025 51
Gráfico 2 - Taxa Bruta de Natalidade, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025..... 51
Gráfico 3 - Taxa Bruta de Mortalidade, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025 51
Gráfico 4 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários, Minas Gerais, 2010 52
Gráfico 5 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários, Minas Gerais, 2025 52
Gráfico 6 - Índice de Envelhecimento, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025..... 54
Gráfico 7 - Razão de Dependência, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025 54
Gráfico 8 - Proporção de Analfabetos, Minas Gerais, 2010-2013 55
Gráfico 9 - Proporção do Nível de Instrução das pessoas de 25 anos ou mais de idade, Minas Gerais, 2018 .. 55
Gráfico 10 - Proporção de jovens de 15 a 29 anos com tipo de atividade, Minas Gerais, 2018 56
Gráfico 11 - Taxa de Mortalidade Geral, Minas Gerais e Brasil 2010-2018 58
Gráfico 12 - Mortalidade proporcional pelos 10 primeiros grupos de causas por Capítulo da CID-10, Minas Gerais, 2018 59
Gráfico 13 - Proporção das dez maiores categorias de causa de morte CID-10, Minas Gerias, 2018 59
Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos (NV) por Componentes, Minas Gerais, 2010-2018 62
Gráfico 15 - Distribuição Proporcional de Óbitos de Menores de Um Ano Segundo Classificação de Evitabilidade, Minas Gerais, 2018 63
Gráfico 16 - Razão de Mortalidade Materna e Meta Pactuada pelo Brasil nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Minas Gerais, 2010-2017 64
Gráfico 17 - Proporção de Óbitos Maternos Segundo Tipo de Causa Obstétrica, Minas Gerais, 2015 a 2018 . 64
Gráfico 18 - Distribuição proporcional pelos 10 primeiros grupos de causas da CID-10 por internações no SUS de residentes de Minas Gerais, ano de processamento 2018 65
Gráfico 19 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Segundo Faixa Etária, Minas Gerais, 2010 -2018 66
Gráfico 20 - Série história de casos confirmados de coqueluche, Minas Gerais, 2014-2019 68
Gráfico 21 - Distribuição de casos notificados e confirmados de sarampo, Minas Gerais, 2014-2019 69
Gráfico 22 - Distribuição de casos notificados e confirmados de rubéola, Minas Gerais, 2014-2019..... 71
Gráfico 23 - Distribuição de casos notificados e confirmados de Síndrome de Rubéola Congênita (SRC), Minas Gerais, 2014-2019 71
Gráfico 24 - Comparativo das taxas de incidência todas as etiologias meningites, outras etiologias e doença meningocócica, Minas Gerais, 2014-2018..... 72
Gráfico 25 - Comparativo das taxas de letalidade todas as etiologias meningites, outras etiologias e doença meningocócica, Minas Gerais, 2014 a 2018 73
Gráfico 26 - Frequência de casos confirmados e óbitos de meningite pneumocócica e cobertura vacinal pneumocócica, Minas Gerais, 1993 a 2018 73
Gráfico 27 - Número de surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar, número de pessoas expostas e de óbitos, por ano de ocorrência em Minas Gerais, 2007-2018 76
Gráfico 28 - Síndrome Gripal por Influenza, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019 77
Gráfico 29 - Síndrome Gripal por outros vírus respiratórios, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019 78
Gráfico 30 - Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019 78
Gráfico 31 - Síndrome Respiratória Aguda Grave por outros vírus respiratórios, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019 79
Gráfico 32 - Incidência (por 10.000 hab.) / Frequência de casos de HIV/AIDS, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, de 2014 a 2018 80
Gráfico 33 - Número de óbitos por HIV/AIDS, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2018..... 80
Gráfico 34 - Número de diagnósticos de HIV/Aids por transmissão vertical, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2014-2018 81
Gráfico 35 - Número de casos de Sífilis Adquirida, Congênita e Gestante, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2018 81

Gráfico 36 - Incidência (por 1.000 NV) /Frequência de casos de sífilis Congênita por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2018 82
Gráfico 37 - Frequência de casos de Hepatites Virais A, B e C por ano de notificação, Minas Gerais, 2014-2018 83
Gráfico 38 - Distribuição da taxa de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil habitantes), por sexo e faixa etária, em Minas Gerais, no ano de 2018 86
Gráfico 39 - Coeficiente de incidência por tuberculose, Minas Gerais, 2008-2018* 88
Gráfico 40 - Percentual de cura, abandono, óbito, transferência e em branco/ignorado dos casos novos de tuberculose pulmonares com confirmação laboratorial, Minas Gerais, 2008-2017 88
Gráfico 41 - Cobertura Vacinal (CV) contra a tuberculose (BCG) em < 1 ano. Minas Gerais, 2014-2018 90
Gráfico 42 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Oral de Rotavírus Humano (VRH) em < 1 ano, MG, 2014-201890
Gráfico 43 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Pentavalente em < 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018. 91
Gráfico 44 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Pneumocócica conjugada 10 valente (PnC 10v) em < 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018 92
Gráfico 45 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Meningococo C conjugada (MCC) em < 1 ano, MG, 2014-2018 93
Gráfico 46 - Cobertura vacinal da vacina poliomielite em menores de 1 ano, Minas Gerais, 2014-2018 94
Gráfico 47 - Cobertura vacinal da vacina febre amarela em menores de 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018 95
Gráfico 48 - Cobertura vacinal da vacina tríplice viral em crianças de 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018 95
Gráfico 49 - Notificações por esquistossomose, segundo evolução, Minas Gerais, 2018 102
Gráfico 50 - Frequência de atendimento antirrábico humano por regional de notificação, MG, 2010-2018. 105
Gráfico 51 - Série histórica da incidência de casos prováveis e óbitos por de dengue, Minas Gerais, 2010-2019 109
Gráfico 52 - Casos prováveis de dengue, Brasil, 1986-2018 110
Gráfico 53 - Monitoramento viral da dengue, 2010-2019, Minas Gerais 110
Gráfico 54 - Série de casos prováveis de dengue por semana epidemiológica, Minas Gerais, 2012-2019 111
Gráfico 55 - Frequência de notificações no SINAN de agravos de interesse a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Minas Gerais, 2010-2018 115
Gráfico 56 - Frequência de notificações no SINAN dos agravos* de interesse a Vigilância em Saúde do Trabalhador, por sexo. Minas Gerais, 2010-2018 116
Gráfico 57 - Frequência de notificações no SINAN das doenças de interesse a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Minas Gerais, 2010 -2018 116
Gráfico 58 - Frequência de notificações no SINAN de doenças* de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador, por sexo. Minas Gerais, 2010-2018 117
Gráfico 59 - Frequência de notificações no SINAN das doenças e agravos relacionados ao trabalho, por faixa etária. Minas Gerais, 2010-2018 117
Gráfico 60 - Distribuição das notificações no SINAN das doenças e agravos relacionados ao trabalho, por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2010-2018 119
Gráfico 61 - Internações Hospitalares no SUS por capítulo CID- 10 e Ano de atendimento. Minas Gerais, 2010-2018* 120
Gráfico 62 - Óbitos não fetais por ocorrência segundo capítulo CID-10 e Ano do Óbito. Minas Gerais, 2010-2018* 121
Gráfico 63 - Distribuição das internações hospitalares no SUS por Acidentes de Transporte Terrestre segundo categoria. Minas Gerais, 2010-2018 123
Gráfico 64 - Frequência de Notificação de Violência, segundo Tipo de Violências por ano de notificação, Minas Gerais 2010-2018 124
Gráfico 65 - Distribuição de Notificação de Lesão Autoprovocada por ano de notificação, Minas Gerais 2010 a 2018 125
Gráfico 66 - Número de acidentes com produtos perigosos (APP) segundo ano, Minas Gerais, 2012-2018 .. 126
Gráfico 67 - Principal modal com registro de ocorrências envolvendo produtos perigosos, Minas Gerais, 2018

..... 127
Gráfico 68 - Número de municípios com decretos publicados por seca e estiagem, por ano, Minas Gerais, 2008-2018..... 128
Gráfico 69 - Número de municípios com eventos registrados por inundações por ano, de 2009-2018 128
Gráfico 70 - Percentual de Cobertura de Abastecimento-SISAGUA. Minas Gerais, 2018..... 130
Gráfico 71 - Solicitação de internação por macrorregião de saúde de origem no ano de 2018..... 135
Gráfico 72 - Número de internações realizadas por macrorregião de saúde no ano de 2018 136
Gráfico 73 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: novembro/2019) 141
Gráfico 74 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: dezembro/2019) 141
Gráfico 75 - Valor total da produção realizada nos estabelecimentos do SUSMG (janeiro e dezembro de 2018) 143
Gráfico 76 - Percentual de Cobertura por Equipes de Saúde da Família em Minas Gerais - Dezembro 153
Gráfico 77 - Cobertura por Equipes de Saúde Bucal em Minas Gerais - Dezembro..... 154
Gráfico 78 - Número de Municípios por percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família – setembro 2019 156

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Disposição territorial dos CIS de Minas Gerais 45
Mapa 2 - Disposição territorial dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) de Minas Gerais específicos para o gerenciamento do SAMU 46
Mapa 3 - Distribuição espacial dos casos confirmados de sarampo, municípios que notificaram casos e os silenciosos – Minas Gerais, SE 23-42, 2019 70
Mapa 4 - Distribuição do número de casos novos de Hanseníase, em residentes, no estado de Minas Gerais, notificados em 2018 84
Mapa 5 - Distribuição dos casos novos de tuberculose, por Unidade Regional de Saúde de residência, Minas Gerais, 2018 87
Mapa 6 - Classificação de áreas de transmissão de leishmaniose visceral, Minas Gerais, 2018 99
Mapa 7 - Locais Prováveis de infecção dos casos confirmados de Hantavírus (SCPH), Minas Gerais, 2018 ... 100
Mapa 8 - Área endêmica para a esquistossomose, Minas Gerais, 2018 101
Mapa 9 - Epizootias em primatas, segundo município de ocorrência, Minas Gerais, 2018-2019 103
Mapa 10 - Distribuição de casos confirmados de leptospirose, Minas Gerais, 2008-2017 106
Mapa 11 - Municípios com coleta de amostra e sorologia canina positiva para *Yersinia pestis* em áreas de foco natural de peste, Minas Gerais, 2002-2018* 108
Mapa 12 - Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2017 112
Mapa 13 - Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2018 112
Mapa 14 - Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2019 113
Mapa 15 - Óbitos não fetais por ocorrência segundo capítulo CID-10 e Ano do Óbito. Minas Gerais, 2010 e 2018* 121
Mapa 16 - Distribuição de óbitos, por residência, segundo Unidade Regional de Saúde e Ano da Internação. Minas Gerais, 2010 e 2018 123
Mapa 17 - Distribuição das notificações de Violência Sexual por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2010 e 2018 125
Mapa 18 - Percentual de Cumprimento - Parâmetro Básico: Cloro Residual Livre. Minas Gerais, 2018..... 131
Fonte: Elaboração própria. Dados: SISAGUA/Ministério da Saúde/11 de abril de 2019. Mapa 19 - Percentual de Cumprimento - Parâmetro Básico: Residual Desinfetante. Minas Gerais, 2018..... 131
Mapa 20 - Cobertura (%) por Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família nas Unidades Regionais do Estado de Minas Gerais – Setembro 2019 155
Mapa 21 - Distribuição espacial dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviços para o SUS-MG .. 191
Mapa 22 - Distribuição per capita dos recursos do Pro-Hosp (Incentivo e Gestão Compartilhada) nas Regiões de Saúde 191
Mapa 23 - Hospitais pertencentes ao Rede Resposta e PROURGE segundo Tipologia..... 198
Mapa 24 - Cobertura do SAMU 192 em Minas Gerais 201

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ranking dos principais grupos de causas de morte, segundo faixa etária, Minas Gerais, 2018 61
Quadro 2 - Série histórica de indicadores para o monitoramento da PFA, Minas Gerais, 2010-2018 74
Quadro 3 - Número de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar, por regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, 2010-2017 97
Quadro 4 - Número de estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais, por tipo de gestão – competência outubro de 2019 136
Quadro 5 - Quantidade de procedimentos de média e alta complexidade nos estabelecimentos do SUSMG 142
Quadro 6 - Distribuição das eCR em 15 municípios do estado de Minas Gerais 157
Quadro 7 - CEAE por área de abrangência 164
Quadro 8 - Procedimentos curetagem pós-abortamento/puerperal e esvaziamento de útero pós-aborto por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) 172
Quadro 9 - Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência 180
Quadro 10 - Status PAR – Minas Gerais, novembro 2019 196
Quadro 11 - Quantidade de UPA 24h por Macrorregião de Saúde 197
Quadro 12 - Quantidade de Hospitais do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências por Macrorregião de Saúde 197
Quadro 13 - Quantidade de Hospitais do PROURGE por Macrorregião de Saúde 198
Quadro 14 - Quantidade de Equipes do SAD por Macrorregião de Saúde 200
Quadro 15 - Quantidade de Leitos de Retaguarda no Estado de Minas Gerais 200
Quadro 16 - Instrumentos de planejamento governamental 251

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de municípios de Minas Gerais, segundo porte populacional, 2018 49
Tabela 2 - Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025.. 53
Tabela 3 - Frequência das Principais Causas de Internações de Residentes em Minas Gerais, segundo sexo, 2018 66
Tabela 4 - Número de casos de doenças diarreicas, população geral e taxa de incidência em Minas Gerais, 2013-2018..... 75
Tabela 5 - Situação Epidemiológica da hanseníase, Minas Gerais, 2013-2018..... 85
Tabela 6 - Frequência de casos novos confirmados e óbitos por LV segundo Macrorregião de saúde de residência, Minas Gerais, 2009-2019 98
Tabela 7 - Casos confirmados de febre amarela silvestre, segundo evolução, Minas Gerais, 2016/2017* e 2017/2018* 103
Tabela 8 - Cobertura da Campanha antirrábica animal, Minas Gerais, 2010-2018 104
Tabela 9 - Frequência de amostra animal encaminhada para o diagnóstico da *Yersina pestis* e índice de positividade, Minas Gerais, 2002 a 2018*..... 107
Tabela 10 - Casos prováveis de zika vírus por mês de início de sintomas, 2016-2019, MG*..... 114
Tabela 11 - Estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais credenciados para prestação de serviços ao SUS – por tipo de estabelecimento e RAS – competência outubro de 2019 137
Tabela 12 - Número de leitos de internação hospitalar e complementar – por RAS e tipo de gestão – competência outubro de 2019 139
Tabela 13 - Profissionais de saúde cadastrados como prestadores de serviços ao SUS – competência outubro de 2019 139
Tabela 14 - Organização da Assistência Farmacêutica por componentes 147

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – Acidentes por Animais Peçonhentos
ACEs – Cadastro do Agente de Combate a Endemias
ACRV – Áreas Com Recomendação de Vacinação
AE – Atenção Especializada
AF – Assistência Farmacêutica
AMIU – Aspiração Manual Intrauterina
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APP – Acidentes com Produtos Perigosos
APS – Atenção Primária à Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
ATEMB – Acidente de Trabalho com Exposição Materiais Biológicos
ATG – Acidentes de Trabalho Grave
ATT – Acidente de Transporte Terrestre
BCLH – Bancos de Coleta de Leite Humano
BMO – Banco de Medulas Ósseas
BNAFAR – Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica
BSCUP – Banco Sangue de Cordão Umbilical e Placentário
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CADCF – Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial
CAGEP – Casas de Apoio a Gestantes e Puérperas
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CASF – Centro de Apoio à Saúde da Família
CASMC - Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança
CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAE – Centro Estadual de Atenção Especializada
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CEPAI – Centro Psíquico da Adolescência e Infância
CER – Centro Especializado de Reabilitação
CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CES – Conselho Estadual de Saúde
CESTAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
Cetebio – Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CIB-SUS/MG – Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais
CIB Macro – Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional
CIB Micro – Comissão Intergestores Bipartite Microrregional
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças
CIES – Comissão de Integração Ensino Serviço
CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde

CIST – Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena
CMC – Centro de Mineiro de Controle de Doenças, Pesquisa e Vigilância em Saúde
CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral
CMRA – Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMT – Centro Mineiro de Toxicomania
CMV – Centro Mais Vida
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COES – Centro de Operação de Emergência em Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CQGI – Coordenação de Qualidade e Gestão da Informação
CPN – Centro de Parto Normal
CR – Central de Regulação
CSPD – Casa de Saúde Padre Damião
CSSFA – Casa de Saúde São Francisco de Assis
CSSFé – Casa de Saúde Santa Fé
CSSI – Casa de Saúde Santa Izabel
CV – Cobertura Vacinal
DAB – Departamento de Atenção Básica
DANVISAT – Doenças e Agravos de Notificação de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDA – Doença Diarreica Aguda
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DM – Doença Meningocócica
DNAISAJPPR – Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
DNPAV - Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância
DO – Declarações de Óbito
DRC – Doença Renal Crônica
DSB – Diretoria de Saúde Bucal
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos
DTHA – Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAPV – Eventos Adversos Pós-Vacinais
ECP – Estado de Calamidade Pública
ECR – Equipes de Consultório na Rua
ENPACS – Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESP-MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FEAL – Fundação Estadual de Assistência Leprocomanial
Feamur – Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência
FEAP – Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FGP – Fórum de Gestão Participativa
FIEMG – Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais
Fhemig – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FMB – Febre Maculosa Brasileira
Funai – Fundação Nacional do Índio
Funed – Fundação Ezequiel Dias
GAP – Grupos de Aperfeiçoamento da Prática
GCGP – Grupo Condutor de Gestão Participativa
GRS – Gerência Regional de Saúde
GTI-M – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HAC – Hospital Alberto Cavalcanti
HCM – Hospital Cristiano Machado
HEM – Hospital Eduardo de Menezes
Hemominas – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia
HGV – Hospital Galba Velloso
HIJPII – Hospital Infantil João Paulo II
HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana
HJK – Hospital Júlia Kubitscheck
HJXXIII – Hospital João XXIII
HMAL – Hospital Maria Amélia Lins
HPP – Hospitais de Pequeno Porte
HRAD – Hospital Regional Antônio Dias
HRBJA – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
HRJP – Hospital Regional João Penido
HRO – Hospitais Regionais para Odontologia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ICT – Instituição Científica e Tecnológica
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IE – Índice de Envelhecimento
INCA – Instituto Nacional de Câncer
IOM – Instituto Octávio Magalhães
IP – Intervenção Precoce
IRS – Instituto Raul Soares
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
JRRCPCD – Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros
LOA – Lei Orçamentária Anual
LPO – Laboratórios Públicos Oficiais
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
LV – Leishmaniose Visceral
MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MATT – Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre
MDDA – Monitorização da Doença Diarreica Aguda
MOV – Maternidade Odete Valadares
MS – Ministério da Saúde
NAF – Núcleo de Assistência Farmacêutica
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV – Nascidos Vivos
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMA – Otite Média Aguda
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACE – Postos Avançados de Coleta Externa
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído
PAR – Plano de Ação Regional
PAS 2020 – Programação Anual de Saúde 2020
PCDCH – Programa de Controle da Doença de Chagas
PCLH – Postos de Coleta de Leite Humano
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PE – Projeto Estratégico
PEAPS – Política Estadual de Atenção Primária à Saúde
PEATE-a – Potencial Evocado de Tronco Encefálico automático
PES – Plano Estadual de Saúde
PESI – Política Estadual de Saúde Indígena
PETAN – Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal
PFA – Paralisias Flácidas Agudas
PFC – Plasma Fresco Congelado
PI – Pactuação Interfederativa
PIB – Produto Interno Bruto
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PIT – Postos de Informação de Triatomíneos
PIPA – Programa de Intervenção Precoce Avançado
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade
PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNI – Programa Nacional de Imunização

PNR/SUS – Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PNSF – Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSVA – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde
POEPS – Política Estadual de Promoção da Saúde
PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental
PPI – Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde
PROURGE – Programa de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE – Programa de Saúde da Escola
PVT – Projeto Vida no Trânsito
QBRN – incidentes/acidentes por agentes químicas, biológicas, radiológicas e nucleares
RADC – Redes de Atenção à Doenças Crônicas
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCPD – Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência
Redome – Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
REMEMG – Relação Estadual de Medicamentos
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RMM – Razão de Mortalidade Materna
RCPD – Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência de Minas Gerais
RSVO – Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis
RUE – Rede Urgência e Emergência
SAA – Sistema de Abastecimento de Água
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SADT – Serviço Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASA – Serviços de Atenção à Saúde Auditiva
SASPO – Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SE – Semanas Epidemiológicas
SE – Situação de Emergência
SERDI – Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual
SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SETS – Sistema Estadual de transporte em Saúde
SG – Síndrome Gripal
SGP – Sistema de Gerenciamento de Programa
SIASI – Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIASUS – Sistema de Informação Ambulatorial
SIC – Serviços de Implante Coclear
SIGAF – Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIPNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNC – Sistema Nervoso Central
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRC – Síndrome da Rubéola Congênita
SRF – Serviços de Reabilitação Física
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SRV – Serviços de Reabilitação Visual
SUBGR – Subsecretaria de Gestão Regional
SUBPAS – Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde
SUBSILS – Subsecretaria de Inovação e Logística
SUBVPS – Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
SUBREG – Subsecretaria de Regulação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVE DTHA – Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
SVEAPV – Sistema de Vigilância em Eventos Adversos Pós-Vacinais
SVEAST – Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
SVO – Serviço de Verificação de Óbito
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
TRS – Terapia Renal Substitutiva
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
USA – Unidades de Suporte Avançado de Vida
USB – Unidades de Suporte Básico de Vida
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
Vacina BCG – Vacina do Bacilo de Calmette e Guérin
Vacina Pneumo 10 – Vacina pneumocócica conjugada 10 valente
Vacina Meningo C – Vacina meningocócica C conjugada
VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional
VIP – Vacina Injetável Poliomielite
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador
VOP – Vacina Oral Poliomielite
VRH – Vacina Oral de Rotavírus Humano
Z-STORCH – Zika, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes

APRESENTAÇÃO

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

O Plano Estadual de Saúde é um importante instrumento de planejamento que explicita as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, compreendido entre 2020 e 2023. Este instrumento é tratado na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012:

> Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.
>
> § 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.
>
> § 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.
>
> § 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.
>
> § 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Para que as reais necessidades da população sejam atendidas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, considerou também em sua construção as diretrizes do Governo de Minas, o PMDI 2019-2030, o PPAG 2020-2023, os eixos e recomendações da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais realizada em 2017, os eixos e recomendações da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais realizada em 2017 e os eixos e recomendações oriundas da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, ocorrida no período de 25 a 27 de junho de 2019.

Assim, consideramos que a proposta do PES 2020 - 2023 deve traduzir avanços na implementação e consolidação de políticas que ampliem o acesso e qualidade no campo da promoção, prevenção, vigilância e atenção à saúde no SUS de Minas Gerais, com práticas de gestão qualificadas, participativa e de atuação intersetorial com os diversos atores que constroem e defendem esse Sistema, de modo a explicitar quais e como as propostas feitas para um longo prazo serão operacionalizadas. Apontar

prioridades na área da saúde e apresentar o detalhamento das ações orçamentárias que viabilizarão o cumprimento dos objetivos e metas para desenvolver o trabalho nos próximos anos.

O Sistema de Planejamento do SUS é composto pelos seguintes instrumentos:

- Plano de Saúde
- Programação Anual de Saúde
- Relatório Anual de Gestão

O **Plano de Saúde** deve apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de 4 anos expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Já a **Programação Anual de Saúde** deve operacionalizar as intenções expressas no Plano e tem como propósito determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da melhoria da gestão do SUS.

Os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde devem ser apresentados no **Relatório Anual de Gestão** que é o instrumento de prestação de contas e que orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no planejamento da instituição.

Todos estes instrumentos devem ser elaborados pelas esferas de gestão do SUS e devem ser compatíveis com seus respectivos Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Com a promulgação da Lei Complementar nº 141, em 13 de janeiro de 2012, que define as ações e serviços públicos de saúde que devem ser considerados na apuração dos recursos mínimos aplicados em saúde, foi necessária adequação do orçamento ao novo ordenamento jurídico. São consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas referentes:

I. à vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
II. à atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
III. à capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
IV. ao desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do SUS;
V. à produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: Imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI. ao saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII. ao saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII. ao manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX. ao investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X. à remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI. às ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII. à gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

RESOLUÇÃO CES/MG Nº 072, 14 DE DEZEMBRO DE 2020

Dispõe sobre a aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2020-2023 (PES), durante a 556ª Reunião Ordinária do CES-MG, realizada no dia 14 de dezembro de 2020.

O plenário do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, em sua 556ª Reunião Ordinária do CES-MG, realizada no dia 14 de dezembro de 2020,horário: 9h às 17h na plataforma virtual, no uso de suas competências regimentais e legais, conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990, Lei Federal 8.142 de 28/12/1990, e Decreto Estadual de nº 45.559, de 03/03/2011, Resolução 453 de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerando:

A Constituição Federal de 1988;

A Constituição do Estado de Minas Gerais;

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

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

A Portaria 2135 de 25/09/2003 estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

O Decreto Presidencial 7.508 de 28/06/2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

O Decreto Estadual 45.559 de 03/03/2011, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde – CES – e dá outras providências;

Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

A Lei Federal Complementar nº 141 de 16/01/2012, que Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Relatório Final da 1ª- Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais, 2017;

Relatório Final da 1ª- Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais 2017;

O Relatório Final da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2019;

Parecer do Grupo de trabalho 1, da Diretriz 1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos;

Parecer do Grupo de trabalho 2, da Diretriz 2: Fortalecer a atenção secundária e terciária, através da expansão da oferta e melhoria da qualidade de regionalizados;

Parecer do Grupo de trabalho 3, da Diretriz 3: Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios;

Parecer do Grupo de trabalho 4, da Diretriz 4: Recuperar o poder de gestão da Saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito;

Parecer do Grupo de trabalho 5, da Diretriz 5: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS e a qualificação e valorização do trabalhador ;

Parecer do Grupo de trabalho 6, da Diretriz 6:Fortalecer as instâncias de controle social ampliando os canais de interação do usuário com garantia de transparência.

Resolve: Aprovar as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2020-2023, com as seguintes recomendações:

Diretriz1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos.

1 – Aumentar a Cobertura das equipes de Atenção Básica. Metas para 2020: 89,48%, 2021: 90%, 2022: 90,40%, 2023: 90,90%.

Objetivo 1- Qualificar a atenção primária à Saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora de Rede de atenção à Saúde, ampliando o acesso com a resolutividade, equidade e integralidade.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
1	PI PES	Aumentar a cobertura das equipes de atenção básica	89,48%	90,00%	90,40%	90,90%	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção básica	89,13%	2018	Percentual	SES

6 – Número de municípios realizando tratamento de cessação do tabagismo na Atenção Primária à Saúde anualmente. 2020: 505, 2021: 629, 2022:723, 2023:853.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
6	PES	Ofertar "Cessação do Tabagismo" nas Unidades de Atenção Primária à Saúde com vistas a prevenção de morbimortalidade relacionadas ao consumo de tabaco	505	629	723	853	Número de municípios realizando tratamento de cessão do tabagismo na Atenção Primária à Saúde anualmente.	481	2019	Número	SES

Diretriz 5: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS e a qualificação e valorização do trabalhador.

Aumentar para 80% o percentual de colaboradores em exercício na SES-MG que participaram de uma ação de capacitação.

Objetivo 12- Capacitar, desenvolver e valorizar os servidores

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
102	PE PES	Aumentar para 80% o percentual de colaboradores em exercício na SES que participaram de uma ação de capacitação	80%	80%	80%	80%	Percentual de colaboradores que participam de uma ação de capacitação	0	2019	Percentual	SES

Diretriz 6: Fortalecer as instâncias de controle social ampliando os canais de interação do usuário com garantia de transparência.

Estimular a implantação de ouvidorias do SUS em Municípios Mineiros. Metas para 2020: 5 2021:13 2022: 20. 2023: 20, totalizando 58 ouvidorias novas no quadriênio 2020-2023, deliberadas em reunião.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
132	PE PES	Estimular a implementação de ouvidorias do SUS em municípios mineiros, obtendo a adesão de novos 58 municípios ao Sistema Estadual de Ouvidorias (SEOS) como ouvidorias Nível I. Foco em municípios com mais de 20 mil habitantes	5	13	20	20	Número de novos municípios com adesão ao SEOS	81	2019	Número	SES

Aprovada a alteração na descrição das atribuições da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais no Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2020-2023 :

A ESP-MG juntamente com a SES-MG deve buscar a integração do ensino – serviço – comunidade nos níveis de formação técnica, graduação e pós-graduação com a inserção de estudantes desde o início do curso nos cenários de práticas de saúde, de forma a viabilizar a interdisciplinaridade, priorizando a necessidade de cada região de saúde do Estado de Minas Gerais. Além disso, deve priorizar parcerias com Universidades Públicas para melhor aproveitamento de recursos, bem como temas de grande relevância para a saúde pública: atenção primária, principalmente referente à humanização, testagem rápida para sífilis e HIV/AIDS, Protocolo de Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual, organização da Cadeia de Custódia de Minas Gerais, populações expostas a agrotóxicos, emergências em saúde pública, gestão, fiscalização e controle social.

Ederson Alves da Silva
Vice-Presidente do CES-MG

Lourdes Aparecida Machado
Secretária Geral do CES-MG

_____ a Resolução CES-MG Nº 072/2020, conforme descrito acima.
(Homologo)

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva
Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais
Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

03 1442799 - 1

SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

A Lei nº 23.304/2019, que estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado prevê no Art. 46 as competências da SES-MG e no Art. 47 a estrutura básica da SES-MG:

A Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), de que trata o art. 46 da Lei 23.304, de 30 de maio de 2019, rege-se por este Decreto e pela legislação aplicável. A SES-MG tem por competência:

I – formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado, atuando em cooperação com os demais entes federados na prevenção, na promoção, na preservação e na recuperação da saúde da população;

II – gerenciar, coordenar, controlar e avaliar as políticas do SUS no Estado;

III – promover a qualificação dos profissionais do SUS, por meio da realização de pesquisas e atividades de educação em saúde;

IV – promover e coordenar o processo de regionalização e descentralização dos serviços e ações de saúde;

V – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, nutricional e de saúde do trabalhador;

VI – coordenar o monitoramento e a avaliação das formas de financiamento do SUS no Estado;

VII – fomentar o processo de organização e implantação das redes de atenção à saúde do SUS no Estado;

VIII – dar diretrizes, avaliar a execução das ações e serviços sob a responsabilidade das instituições que integram sua área de competência.

Integram a área de competência da SES-MG:

I – por subordinação administrativa, o Conselho Estadual de Saúde - CES;

II – por subordinação técnica, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP/MG;

III – por vinculação:

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

b) a Fundação Ezequiel Dias - Funed; e

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

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

A Secretaria de Estado de Saúde tem por competência apoiar os municípios no processo de planejamento, fortalecimento e gestão do SUS para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas no cidadão e em consonância com as especificidades regionais, com transparência e participação social.

Dentre as subsecretarias, cada uma tem uma função definida:

A **Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde** tem como competência elaborar, coordenar e monitorar as políticas e ações de saúde no âmbito do SUS/MG, com atribuições de:

I - promover a implantação e consolidação das redes de atenção à saúde;

II - coordenar e monitorar programas e ações de assistência à saúde;

III - promover a integração dos níveis de atenção à saúde, incluindo a assistência farmacêutica e promover a integralidade da assistência com ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso;

IV - promover ações de normalização, humanização e melhoria da qualidade dos serviços de saúde;

V - atuar junto à Subsecretaria de Gestão Regional para orientar as unidades regionais e os municípios na implementação das políticas de saúde no seu âmbito de competência.

A **Subsecretaria de Vigilância em Saúde** tem como competência coordenar as políticas de vigilância em saúde, incluindo a regulação sanitária, a intervenção e a atuação em condicionantes e determinantes da saúde, bem como a proteção à saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, com atribuições de:

I – realizar a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II - coordenar, no âmbito Estadual, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública a partir de análises e estudos técnicos, observado o Regulamento Sanitário Internacional;

III - construir e coordenar as redes de vigilância em saúde e participar da implementação das redes de atenção à saúde, visando a integralidade do cuidado;

IV - coordenar, no âmbito estadual, os processos de vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde;

V - coordenar, no âmbito estadual, outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade, em consonância com as Políticas Nacionais de Saúde;

VI - coordenar, monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;

VII - apoiar os municípios no fortalecimento da gestão de vigilância em saúde, e executar as ações de vigilância em saúde de forma complementar ou suplementar;

VIII - promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de vigilância em saúde;

IX - acompanhar e avaliar a rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância em saúde, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

X - realizar a gestão técnica-administrativa de ações e serviços de interesse à vigilância em saúde, visando organizar e coordenar atividades de vigilância em redes, pesquisa e controle das doenças e agravos, no âmbito da SES e suas vinculadas;

XI - coordenar, no âmbito estadual, outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade, em consonância com as Políticas Nacionais de Saúde;

XII - orientar, acompanhar e assessorar as ações e serviços, de natureza técnica, desempenhados pelas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde no âmbito de sua atuação;

XIII - gerir os recursos financeiros dos Blocos de Custeio e Investimento de Vigilância em Saúde;

XIV - atuar junto à Subsecretaria de Gestão Regional para orientar as unidades regionais e os municípios na implementação das políticas de saúde no seu âmbito de competência.

A **Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde** tem como competência estabelecer as macro diretrizes para a regulação do acesso às redes de atenção à saúde e executar ações de programação, monitoramento, controle e avaliação assistencial do SUS, com atribuições de:

I - gerenciar o Sistema Estadual de Regulação, efetivando as ações assistenciais, em consonância com as competências de cada um dos entes federados;

II - subsidiar o planejamento, a organização e a programação físico-financeira da assistência ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade;

III - fomentar o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços, nas diferentes regiões do estado, em tempo oportuno, de forma ordenada, promovendo a equidade;

IV - coordenar os processos de inovação e implantação de tecnologias informacionais de tele regulação, em parceria com outras instituições;

V - promover, de modo suplementar, o acesso de usuários cadastrados no Sistema Estadual de Regulação Assistencial a serviços especializados e hospitalares, em caráter de urgência, atendendo a diretrizes técnicas que determinem tal necessidade e cumprir decisões judiciais;

VI - atuar junto à Subsecretaria de Gestão Regional para orientar as unidades regionais e os municípios na implementação das políticas de saúde no seu âmbito de competência.

A **Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde** tem como competência garantir a eficácia e a eficiência do gerenciamento administrativo, em consonância com as diretrizes estratégicas da SES-MG, com as atribuições de:

I - coordenar, em conjunto com a Assessoria Estratégica, a elaboração do planejamento global da SES;

II - coordenar a elaboração da proposta orçamentária da SES-MG, acompanhar a efetivação e respectiva execução financeira;

III - formular e implementar a Política de Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC - da SES-MG;

IV - zelar pela preservação da documentação e informação institucional;

V - planejar, coordenar, orientar e executar as atividades de administração do pessoal e desenvolvimento de recursos humanos;

VI - planejar, coordenar, orientar e executar as atividades de gestão de compras públicas, gestão logística e patrimonial, e de viagens a serviço e concessão de diárias ao servidor;

VII - coordenar, orientar e executar as atividades de administração financeira e contabilidade da SES-MG;

VIII - orientar, coordenar e realizar a implantação de normas, sistemas e métodos de simplificação e racionalização de trabalho;

IX - promover a integração de suas atividades com as entidades vinculadas.

§ 1º Cabe à Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde cumprir orientação normativa e observar orientação técnica emanadas de unidade central a que esteja subordinada tecnicamente nas Secretarias de Estado de Planejamento e Gestão e de Fazenda.

§ 2º A Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde atuará, no que couber, de forma integrada à Assessoria Estratégica da SES-MG.

§ 3º No exercício de suas atribuições, a Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde deverá observar as competências específicas da Coordenadoria Especial da Cidade Administrativa e do Centro de Serviços Compartilhados.

Além disso, compete à Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde a definição do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos, bem como o fomento à educação permanente com vistas à valorização dos profissionais.

A **Subsecretaria de Gestão Regional** tem como competência promover as ações de gestão regionalizada do SUS, com atribuições de:

I - planejar, orientar e monitorar estratégias administrativas para organização e operação das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde;

II - gerenciar o funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite do estado, edificando seu papel de colegiado permanente de pactuação do SUS;

III - promover a cooperação e o intercâmbio com as áreas e unidades executoras das políticas de saúde do sistema estadual e demais atores governamentais e não governamentais, para obtenção e disponibilização de dados e informações necessárias às comissões intergestores;

IV - realizar articulação interfederativa, promovendo aproximação e diálogo entre os atores municipais, estaduais e federais, na perspectiva de construir relações produtivas e planejamentos regionais;

V - coordenar estratégias para o desenvolvimento e consolidação das relações de cooperação intergovernamental, com ênfase para os consórcios interfederativos de saúde;

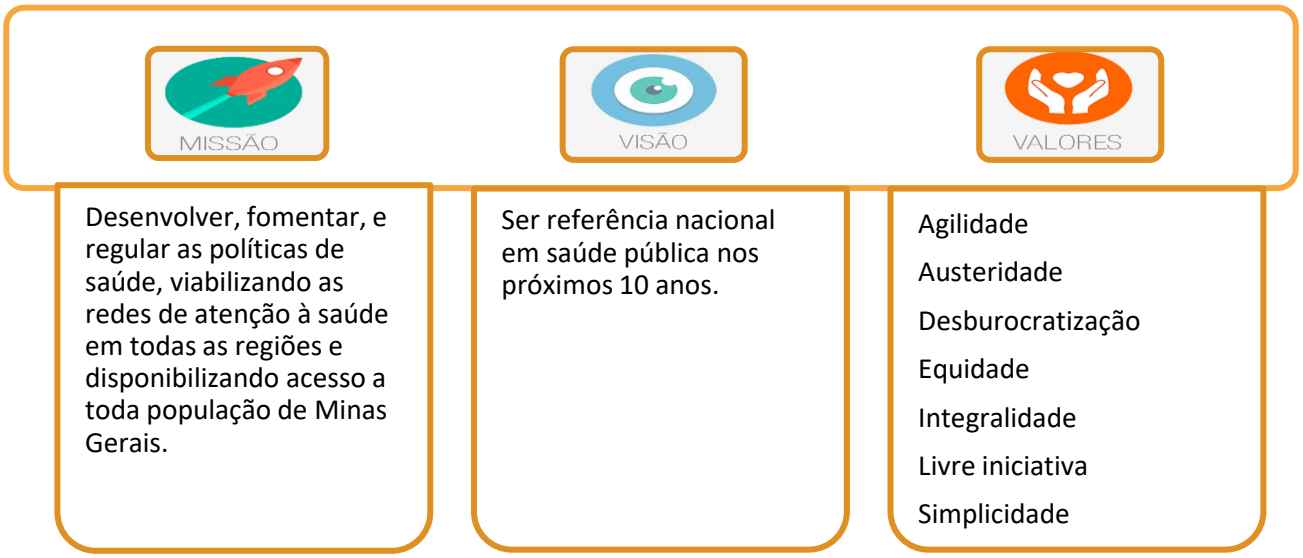
VI - coordenar a elaboração de estudos e análises assistenciais relacionados ao processo de regionalização e estruturação das redes de atenção à saúde;

VII - coordenar os processos de ajuste e revisão do Plano Diretor de Regionalização - PDR, fomentando sua aplicação como instrumento norteador das políticas do SUS no Estado.

Identidade Estratégica da SES-MG

A identidade estratégica traz três pilares capazes de conectar todos os colaboradores da SES-MG em torno de algo comum. Os pilares são:

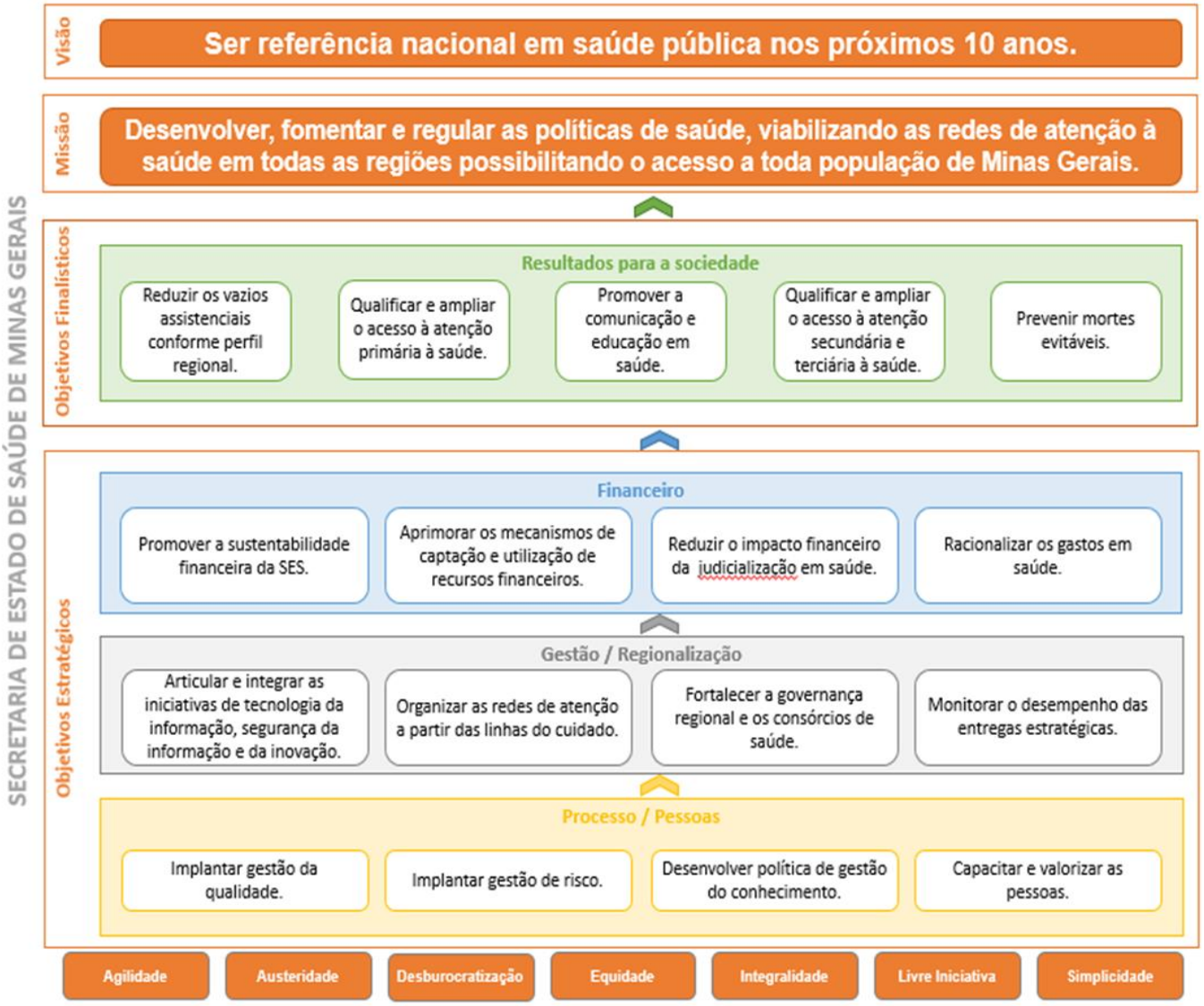
Figura 1 - Identidade Estratégica da SES-MG



Fonte: Elaboração própria.

Mapa Estratégico da SES-MG

Figura 2 - Mapa Estratégico da SES-MG



Fonte: Elaboração própria.

Conselho Estadual de Saúde (CES)

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

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

Atua na organização de debates quanto ao acompanhamento, monitoramento e fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS de Minas Gerais, produzindo deliberações, aprovando ou fazendo indicações das medidas corretivas que se fizerem necessárias e participando nas reuniões no Conselho Nacional de Saúde.

Conforme a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, trata-se de uma instância essencial para o funcionamento e fiscalização da implementação das políticas de saúde, importância essa destacada também no marco constitucional de 1988, que inaugura o princípio da gestão democrática e participativa nas políticas públicas de saúde.

O conselho é composto por 56 conselheiros usuários do SUS, 26 trabalhadores de saúde, 13 prestadores de serviços ao SUS e 13 gestores. Além da Secretaria de Estado de Saúde, fazem parte do CES movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde.

Os Conselhos de Saúde são o principal canal de participação popular nas decisões da administração pública que envolvem o SUS e por isso devem representar toda a diversidade social e cultural da sociedade. Por meio dos conselhos a população pode colaborar de forma participativa no planejamento e fiscalização das políticas públicas na área da saúde.

Para participar desta instância de caráter permanente e deliberativo no SUS, o cidadão deve ser indicado por entidades que representem seguimentos da sociedade, como movimentos sociais, organizações religiosas, entidades indígenas, associações de moradores, de idosos, de mulheres, de portadores de deficiências físicas, pastorais, entre outras. Cada Conselho de Saúde deve organizar uma eleição para que as entidades concorram e possam eleger um de seus representantes conselheiro de saúde.

Além da participação da sociedade civil, os Conselhos de Saúde devem ser compostos por representantes de entidades governamentais e representantes de entidades não-governamentais.

No entanto, os usuários do SUS são maioria nos conselhos, representando 50% do total de conselheiros. O cidadão que deseja integrar um conselho como representante da sociedade não pode ter nenhum vínculo empregatício na área da saúde, uma vez que os profissionais da saúde já possuem uma cota de representatividade garantida por lei.

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), criada em 1946, por meio do Decreto nº 1.751/1946, é a primeira Escola de Saúde Pública estadual no Brasil e hoje compõe o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais, com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), a Fundação Ezequiel Dias (Funed) e a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas).

Desde a sua criação, a Escola tem buscado, com esforço, dedicação e excelência, novos meios de cumprir seu objetivo traçado há mais de sete décadas: qualificar os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde pública em Minas Gerais.

A ESP-MG tem uma longa tradição na formação de sanitaristas, sobretudo após a criação do SUS, em 1990. A primeira edição do curso de especialização em Saúde Pública foi realizada em 1947, um ano após a criação da Escola. Nessa época o Brasil encarava surtos de esquistossomose e ancilostomose (amarelão).

A partir de 1948, a saúde passou a ser reconhecida como importante função administrativa de governo e a formação em Saúde Pública era voltada apenas para médicos, como diploma indispensável para ingresso na carreira de sanitarista da Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais. Com a criação do SUS em 1990, a Reforma Sanitária e a própria constituição da Saúde Coletiva, a formação desses profissionais ocorreu por meio da combinação entre formação acadêmica de diferentes modalidades (graduação e pós-graduação) e sua prática profissional.

De lá para cá, cerca de 300 mil trabalhadores da saúde pública foram qualificados por meio de pós-graduação, cursos técnicos e cursos livres. As ações da Escola abrangeram todos os municípios mineiros de forma descentralizada, com o envolvimento de mais de 9 mil docentes, técnicos e auxiliares em suas atividades educacionais. A partir de 2019, destacam-se as ações realizadas na modalidade à distância, qualificando mais de 2.500 alunos.

As ações da ESP-MG são orientadas pela Educação Permanente em Saúde (EPS), política regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1996 de 2007 que visa à formação dos trabalhadores que atuam nos serviços que compõem o SUS, a partir da qualificação da produção do cuidado, da educação, da gestão e do controle social.

Nesse sentido, a ESP atua na qualificação dos profissionais do SUS, por meio de ações educacionais, presenciais e distância, de pós-graduação, formação técnica, cursos livres, seminários, dentre outros, tendo como referencial: a educação permanente em saúde; desenvolvimento de ações de

pesquisa, no âmbito do SUS, visando à produção de conhecimentos que tenham aplicação no sistema de saúde; desenvolvimento de projetos de cooperação para apoio técnico e institucional junto a entes governamentais e instituições, no âmbito do SUS e; produção de materiais técnicos, científicos e pedagógicos de interesse do SUS e voltados à disseminação e difusão do conhecimento em saúde pública.

Em 2017, com a reformulação da administração estadual, a ESP-MG subordina-se diretamente ao Gabinete do Governador do Estado e tecnicamente à SES-MG, renovando sua missão: "Fortalecer o SUS, produzindo e disseminando conhecimentos junto a usuários, trabalhadores e gestores, por meio de ações educacionais e de pesquisa com a Educação Permanente em Saúde como referencial político-pedagógico".

Com isso, a ESP juntamente com a SES deve buscar a integração do ensino – serviço – comunidade nos níveis de formação técnica, graduação e pós-graduação com a inserção de estudantes desde o início do curso nos cenários de práticas de saúde, de forma a viabilizar a interdisciplinaridade, priorizando a necessidade de cada região de saúde do Estado de Minas Gerais. Além disso, deve priorizar parcerias com Universidades Públicas para melhor aproveitamento de recursos, bem como temas de grande relevância para a saúde pública: atenção primária, principalmente referente à humanização, testagem rápida para sífilis e HIV/AIDS, Protocolo de Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual, organização da Cadeia de Custódia de Minas Gerais, populações expostas a agrotóxicos, emergências em saúde pública, gestão, fiscalização e controle social.

Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Fundada em 1907, a Fundação Ezequiel Dias (Funed) é entidade vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e age de forma integrada com todo o Sistema de Saúde Pública do Estado, na promoção e proteção da saúde.

Na área de Pesquisa e Desenvolvimento, a Funed é hoje reconhecida como um importante Instituto de Ciência e Tecnologia (ICT) do estado e mantém sua reconhecida tradição no desenvolvimento de pesquisa científica, principalmente no que diz respeito ao estudo de substâncias de origem natural, como venenos animais e extratos vegetais. Além disso, abrange outras áreas temáticas como tecnologia farmacêutica, biologia celular aplicada à oncologia, imunologia aplicada, doenças negligenciadas e pesquisas sobre a relação saúde e meio ambiente.

A Diretoria de Pesquisa conta com 13 grupos de pesquisa em atividade, cadastrados na plataforma do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), mais de 30 patentes depositadas e várias parcerias tecnológico-científicas nacionais e internacionais, buscando a transformação das pesquisas científicas em novos produtos, processos e negócios inovadores para o SUS. Além disso, é responsável pela formação de recursos humanos com um programa de pós-graduação em biotecnologia em saúde que atende as necessidades e formação de recursos humanos qualificados destinados às empresas de base tecnológica, universidades e Institutos de Ciência e Tecnologia (ICTs). Vale ressaltar que, para ampliar o acesso da população ao mundo

científico, a Funed é responsável pela difusão do conhecimento científico e tecnológico, por meio de ações de divulgação e popularização da Ciência realizando exposições de ciência nos municípios mineiros com o Programa Ciência em Movimento e o Programa Funed na Escola.

Outra área de atuação da Funed é a industrial. A Diretoria Industrial representa a Funed como um dos Laboratórios Públicos Oficiais (LPO) do Brasil, sendo responsável pelo desenvolvimento e produção de medicamentos no seu compromisso com a inovação e o fortalecimento do SUS. Com modernas unidades de produção de medicamentos e um dos maiores e mais bem equipados parques tecnológicos do Brasil, a Funed é a única produtora, no Brasil, da Talidomida, medicamento estratégico importante no contexto da Saúde Pública utilizado para atender aos programas de Hanseníase, Lúpus e AIDS do Ministério da Saúde (MS) como fornecedora exclusiva desse medicamento ao SUS. A Funed também é responsável pela entrega da vacina meningocócica C (MenC), sendo também a única fornecedora no Brasil. A produção da MenC é um produto do Projeto de Transferência de Tecnologia que tem o objetivo de consolidar a Funed enquanto produtora de biológicos. A vacina é utilizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) para um esquema vacinal de duas doses aos 3 e 5 meses de idade e uma dose de reforço aos 15 meses para prevenir a meningite C, doença que possui alta prevalência na faixa etária pediátrica, acarretando perdas motoras, neurossensoriais, além de alta mortalidade.

Em Minas Gerais, a Funed mantém também a exclusividade na produção de soros antipeçonhentos, antitóxicos e antivirais fornecidos ao MS para atender ao PNI. São produzidos 8 tipos de soros sendo 6 antipeçonhentos (cinco antiofídicos e um antiescorpiônico), 1 soro antitóxico (antitetânico) e 1 soro antiviral (antirrábico). Além dos produtos atualmente produzidos a Fundação trabalha com o desenvolvimento tecnológico com o objetivo de definir a formulação e o processo produtivo capazes de gerar, em escala industrial, um produto final com qualidade, segurança, eficácia terapêutica, estabilidade, custo e produtividade de forma a ampliar o portfólio de produtos Funed favorecendo maior acesso aos medicamentos atendendo às necessidades de tratamento de agravos e doenças da população brasileira.

A FUNED já é referência na produção de diversos medicamentos e almeja ter produção autossuficiente de medicamentos para o SUS.

Outro ramo de atividades da Funed é a Vigilância em Saúde. A Diretoria do Instituto Octávio Magalhães (IOM) representa o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de Minas Gerais, sendo referência regional, estadual, nacional e internacional, com dezenas de ensaios e exames laboratoriais reconhecidos e atestados por órgãos nacionais e internacionais de qualidade. É responsável pelas ações de vigilância epidemiológica, ambiental e controle de doenças, realizando o diagnóstico das doenças de notificação compulsória e imediata definidas pelo MS e pela SES-MG. Realiza diagnósticos laboratoriais de alta complexidade de diferentes doenças e agravos que acometem a população, como: dengue, febre amarela, Zika, Chikungunya, meningites, tuberculose, coqueluche, leptospirose, Influenza A H1N1, HIV/AIDS, hepatites, leishmaniose visceral humana e canina, doença de Chagas, dentre outros.

Além da vigilância epidemiológica, o IOM é responsável pelo monitoramento da qualidade de alimentos, água e produtos consumidos pela população do nosso Estado e também do território nacional. Realiza análises fiscais de produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário como: agrotóxicos em alimentos, água para consumo humano, água de hemodiálise, sangue de doadores, medicamentos, saneantes e cosméticos, produtos para a saúde, contaminantes metálicos, dentre outras. O LACEN participa de investigações de surtos e epidemias junto à SES-MG, MS, ANVISA e demais órgãos de Vigilância em Saúde.

Além disso, realiza pesquisas científicas aplicadas à Saúde Pública que contribuem para a melhoria das ações de promoção e proteção da saúde da população, bem como o desenvolvimento de novos produtos e serviços de forma a ampliar a oferta de serviços para a Vigilância em Saúde. Ainda, busca atender as necessidades geradas pela Vigilância em Saúde no campo laboratorial com desenvolvimento, padronização e implementação de novas metodologias laboratoriais, desenvolvimento de produtos para diagnósticos de uso in vitro, controle de qualidade de ensaios laboratoriais e acreditação como provedor de novos ensaios de proficiência.

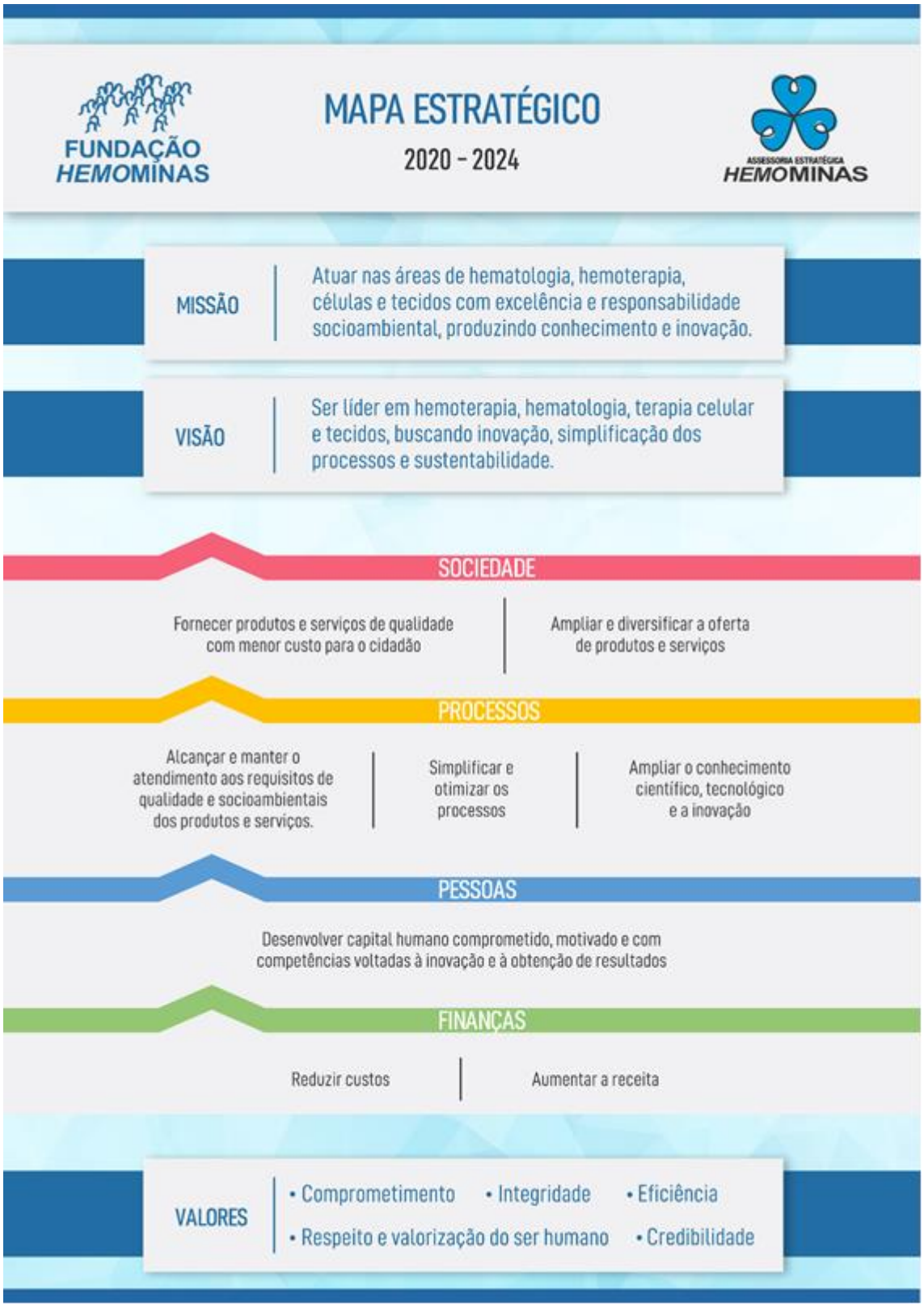
Com essa diversidade e complexidade de atividades, a Funed compõe uma instituição de relevância para o sistema público de saúde tanto estadual quanto nacional. Uma Fundação centenária de olho no futuro que valoriza e fomenta a educação contínua de seus servidores.

Fundação Hemominas

A Fundação Hemominas é uma fundação pública de direito público, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG). Suas atividades foram iniciadas em 1985 como Centro de Hematologia e Hemoterapia. Para atender às diretrizes do Programa Nacional do Sangue, expandiu suas atividades para todas as regiões do estado de Minas Gerais, transformando-se em fundação em 1989.

Objetivo macro: assegurar a unidade de comando e direção das políticas do estado relativas à Hematologia e Hemoterapia, garantindo à população a oferta de sangue e tecidos, componentes e hemoderivados de boa qualidade. (Fonte: Fundação Hemominas).

Figura 3 - Mapa Estratégico 2020-2024 da Fundação Hemominas



A Fundação Hemominas organiza-se por meio de uma rede descentralizada e integrada constituída por 30 unidades distribuídas nas regiões ampliadas do estado:

I. Administração Central;

II. 7 Hemocentros (Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Pouso Alegre, Uberaba e Uberlândia);

III. 9 Hemonúcleos (São João Del Rei, Sete Lagoas, Ponte Nova, Patos de Minas, Passos, Manhuaçu, Ituiutaba, Divinópolis, Diamantina);

IV. 4 Unidades de Coleta (Poços de Caldas, Betim, Estação BH, Hospital Júlia Kubitschek);

V. 1 Agência Transfusional (Frutal);

VI. 1 Unidade de Coleta e Transfusão (Além Paraíba);

VII. 6 Postos Avançados de Coleta Externa – PACE (Araguari, Bom Despacho, Lavras, Leopoldina, Muriaé e Barbacena);

VIII. 1 Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais / Cetebio.

Constituída por 21 unidades operacionais coordenadas pela Administração Central, um Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais – Cetebio, uma Agência Transfusional e 05 06 Postos Avançados de Coleta Externa (PACE); a Hemominas é organizada em uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada. Estas unidades estão localizadas em cidades-pólo do estado, realizando atividades, ações e procedimentos necessários e indispensáveis ao suprimento da demanda crescente e permanente de hemocomponentes e hemoderivados.

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

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

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

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

- Estudos, pesquisas e atividades de ensino: desenvolvimento de pesquisas nas áreas de hemoterapia, hematologia e biologia molecular; treinamento de recursos humanos, ensino, divulgação das informações e disseminação dos conhecimentos na comunidade científica e para a população.

- Tecidos Biológicos - Cetebio: coleta e criopreservação de células tronco hematopoéticas de sangue periférico (Banco de Medula Óssea - BMO) e de sangue de periférico (Banco Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - BSCUP); deseritrocitação e/ou desplasmatização das células progenitoras hematopoéticas; testes de quantificação de células CD34 positivas por citometria de fluxo, testes de controle de qualidade em bolsas contendo concentrado de linfócitos ou células progenitoras hematopoéticas. Todos esses serviços possibilitam a realização de transplantes de medula óssea dentro e fora do Estado. Mais dois bancos estão previstos para serem implantados em 2020, o Banco de Membrana Amniótica e de Colírio autólogo. No projeto do Cetebio há previsão de oferecer aos cidadãos mineiros, e mesmo em nível nacional, uma grande variedade e quantidade de outros tecidos e células para realização de transplantes, tais como os de pele e tecidos musculoesqueléticos.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), tem como finalidade a prestação de serviços de saúde e assistência hospitalar, no âmbito regional e estadual, em níveis secundários e terciários de complexidade, por meio de uma estrutura hospitalar organizada e vinculada ao SUS. A formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela SES-MG, também são responsabilidades da instituição.

Histórico

Uma das mais plurais redes hospitalares do Brasil, a Fhemig inicia sua trajetória há mais de 40 anos quando, com a publicação da Lei Estadual nº 7.088, de 03 de outubro de 1977, o Poder Executivo estadual se viu autorizado a unificar a Feamur (Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência), a Feap (Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica) e a Feal (Fundação Estadual de Assistência Leprocomanial) em uma única e robusta Fundação: a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

A Fhemig se organiza em torno de 20 unidades assistenciais localizadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte e no interior do Estado de Minas Gerais, além do MG Transplantes. Também compõe

sua estrutura a Administração Central, o Polo de Ambulâncias e a Central de Distribuição, localizados na capital do Estado.

Estrutura da Fhemig

A Fhemig atualmente é subdividida em agrupamentos denominados Complexos Assistenciais que estão representados nas ações da FHEMIG no PPAG, são eles:

I. Complexo de Urgência e Emergência: Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Maria Amélia Lins (HMAL).

II. Complexo de Saúde Mental: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), Hospital Galba Velloso (HGV) e Instituto Raul Soares (IRS).

III. Complexo de Reabilitação e Cuidados Integrados: Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), Casa de Saúde Padre Damião (CSPD), Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), Casa de Saúde Santa Fé (CSSFé) e Hospital Cristiano Machado (HCM).

IV. Complexo de Hospitais de Referência: Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRBJA) e Hospital Regional João Penido (HRJP), Hospital Eduardo de Menezes (HEM) e Maternidade Odete Valadares (MOV).

V. Complexo de Especialidades: Hospital Júlia Kubitscheck (HJK) e Hospital Alberto Cavalcanti (HAC).

VI. Sistema Estadual de Transplantes: MG Transplantes.

Missão

Oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado e integral ao usuário do SUS.

Visão

Ser reconhecida como referência no atendimento de média e alta complexidade, associado à eficiência de sua gestão.

Valores

I. Humanização

II. Ética

III. Eficiência

IV. Integralidade

V. Equidade

VI. Agilidade

VII. Qualidade

REGIONALIZAÇÃO, COOPERAÇÃO E GOVERNANÇA REGIONAL DO SUS/MG

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde definiram a descentralização e a regionalização como diretrizes dos processos de organização político-territorial para a construção do SUS. A descentralização caracteriza-se pela transferência de poder decisório a governos subnacionais para escolher seus governantes, comandar sua administração e gerir sua estrutura tributária e financeira. Nesse processo, a descentralização refletiu numa responsabilização maior dos Estados e Municípios, com ênfase para esses últimos.

Frente à existência de múltiplos atores municipais autônomos com diferentes portes populacionais, às diferentes condições político-institucionais dos entes federados no Brasil (União, Estados e Municípios) e à concentração geográfica das ações e serviços de saúde de maior complexidade, a regionalização se constituiu como diretriz para otimização da capacidade instalada, racionalização da assistência, interação de sistemas municipais, prevenção do rompimento de barreiras e alcance de diferenciais de acesso. A regionalização pressupõe a definição de bases territoriais e populacionais para planejamento da assistência à saúde que ultrapassam os limites administrativos e geográficos, exigindo intensa interação entre os governos. Nos termos de Lima *et al* (2012), a regionalização é um processo político decorrente das relações constituídas entre diferentes atores (governos, sociedade civil, instituições) num dado território. Ainda segundo os autores, para sua efetivação, requer a definição de estratégias e instrumentos de planejamento, gestão, regulação e financiamento da rede de ações e serviços em saúde.

Nesse contexto de necessidade de interligação da cadeia de serviços entre dois ou mais municípios para possibilitar acesso e qualidade, ratifica-se a natureza regional do sistema de saúde e o imperativo de uma governança também regional. A governança pode ser entendida como mecanismo de coordenação e cooperação entre atores uma vez que ela "é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado." (RONDINELLI, 2006 *apud* MENDES, 2009 *apud* PEREIRA *et al*, 2014, p.225)

A governança regional, por sua vez, valoriza a região como espaço de intervenção e articulação política e social. Nos termos de Pereira et al (2014), a conciliação das especificidades municipais com as políticas públicas de saúde é uma das principais tarefas da governança regional e exige articulação intensa e transparente dos partícipes e das estruturas de poder, independentemente de seu porte político, econômico ou demográfico.

A importância recente da governança regional se fundamenta: (1) na definição, inclusive pela legislação do SUS, da região como mecanismo de coordenação de ações e políticas de saúde; (2) na existência de múltiplos desenhos territoriais derivados da dinâmica entre os atores e/ou os territórios e não de limites geográficos; e (3) na necessidade de cooperação entre os envolvidos na organização das regiões e atratividade de incentivos financeiros. Para compreender um pouco

melhor a organização da gestão regional no Estado de Minas Gerais e a complexidade do sistema a nível estadual, registra-se a existência de três tipos de desenhos territoriais que fundamentam territórios de planejamento, de administração descentralizada estadual e de consorciamento:

I. O desenho da organização assistencial, consubstanciado no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR);
II. O desenho da estrutura administrativa descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), materializada nas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e nas Gerências Regionais de Saúde (GRS); e
III. O desenho territorial dos Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS) que, apesar de não se constituírem numa definição institucional, representam estratégias de cooperação com alto impacto na prestação de serviços de saúde e gerência de programas e projetos.

A diversidade de desenhos territoriais existentes e a responsabilidade adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na direção da política pública de saúde influenciam os processos de descentralização e regionalização do SUS e, por isso, faz-se necessário uma análise mais detida desses arranjos e maior aprofundamento na apresentação dos mecanismos de governança regional.

O desenho da organização assistencial: Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Estado de Minas Gerais é caracterizado por diversas diferenças regionais, apresentando municípios com baixo índice de desenvolvimento humano e municípios com indicadores socioeconômicos mais favoráveis. Esta realidade é evidenciada por meio da distribuição dos serviços de saúde entre os municípios.

Para melhor dirimir essas diferenças é necessária a elaboração de políticas públicas que busquem melhorar as condições do acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento estruturador de planejamento estratégico que constitui um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde. O PDR encontra-se embasado na literatura técnica internacional, em estudos e pesquisas de avaliação da distribuição espacial tendo em vista economias de escala e escopo e no potencial dos municípios frente às condições de saúde da população existentes em nosso Estado.

O PDR consolidou-se como sendo um projeto estruturador de governo, estabelecendo bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes de atenção ao construir uma "tipologia" de serviços com observância das diretrizes de hierarquização e das economias de escala e escopo. Esta tipologia orienta a definição dos territórios para a descentralização, incorporação de tecnologias, 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.

Nestes termos, orienta futuros planos de investimentos e necessidades de habilitação de prestadores, priorizando e orientando regiões e seus polos com base em indicadores de

resolubilidade e cobertura. Para que seu caráter orientador seja mantido são necessárias revisões periódicas do instrumento e, neste momento, foi aprovado o oitavo ajuste do PDR.

As discussões para a atual proposição se iniciaram há dois anos, com a publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.448, de 15 de fevereiro de 2017, que instituiu uma comissão para conduzir os trabalhos e apresentar uma proposta de ajuste. De 2017 até outubro de 2019, foram desenvolvidos inúmeros estudos e realizadas diversas análises, com intuito de que a concepção e avaliação do instrumento favorecesse as inter-relações entre municípios e regiões, assim como a integração dos atores envolvidos na proposta de organização do SUS no Estado.

A proposta aprovada por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3013, de 23 de outubro de 2019, consiste na definição de 14 Macrorregiões, com 18 Polos Macros, 3 Polos Macros Complementares, 2 Polos Macros Complementares de Apoio e 89 Microrregiões, com 107 Polos Micros. A Deliberação CIB-SUS/MG nº 3013, de 23 de outubro de 2019, contendo a nova configuração das regiões de saúde, entrará em vigor aos 2 de janeiro de 2020.

Para este ajuste, a Comissão Intergestores Bipartite do SUS do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) aprovou objetivos e critérios que orientaram alguns estudos e propostas para necessárias descentralizações, considerando a agregação da demanda por territórios, o nível de atenção à saúde, densidade populacional, os polos com potencial para adequada oferta de serviços, por nível de atenção, sempre tendo em vista melhor ordenamento das linhas de cuidado.

Outras regiões de grande extensão territorial e populacional ainda precisam de ajustes futuros, devendo assim ser realizada readequação com este propósito. Desta forma, o monitoramento das resolubilidades esperadas por nível de atendimento estará apontando as necessidades de descentralização e expansão de serviços, mas sempre tendo como fundamento as negociações com os gestores e demais atores envolvidos.

O desenho da estrutura administrativa descentralizada – Unidades Regionais de Saúde (URS)

As Unidades Regionais de Saúde (URS) se constituem nas sedes físicas da SES-MG descentralizadas dentro do Estado de Minas Gerais, representadas pelas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Essa divisão administrativa foi estabelecida em lei e implantada antes do PDR com o objetivo de apoiar a gestão do SUS, tendo em vista a extensão territorial do Estado e quantitativo de municípios.

Atualmente, essas estruturas encontram-se formalmente previstas na Lei nº 23.304, de 30 de maio de 2019, que trata da regulamentação geral da estrutura do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais. Encontra-se em vias de publicação a regulamentação específica das URS e a proposta é de que tenham por competência gerir, implementar e monitorar as políticas e ações no âmbito de sua área de abrangência, fortalecendo a governança regional do SUS.

Para tanto, as URS possuem estruturas físicas próprias e a figura de um dirigente para orientar administrativamente a equipe, fazendo gestão de pessoas, de material, de patrimônio, de consumo, de administração contábil e orçamentária necessárias ao seu funcionamento.

Cada uma das URS possui uma área de abrangência e respectivos municípios adscritos conforme especificidade regional, a fim de facilitar e agilizar a comunicação, o atendimento e a governança do espaço regionalizado.

Por fim, também compete às URS a articulação política e técnica com atores regionais do SUS, dentre eles, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), o Ministério Público e os CIS.

O desenho territorial dos Consórcios Interfederativos de Saúde – CIS

Nos últimos anos, o SUS vem passando por diversas mudanças em sua organização, com destaque para o acelerado processo de descentralização das políticas e ações de saúde e para o estabelecimento de estratégias, normas e diretrizes de organização dos serviços, com o objetivo de aproximar e efetivar cada vez mais a sua oferta ao conjunto de cidadãos. Dentre essas estratégias, destacam-se os CIS, que objetivam minimizar as dificuldades enfrentadas pelos entes federados na gestão e execução dos serviços e das políticas de saúde.

Os CIS constituem importante instrumento para o planejamento local e regional em saúde no qual os entes federados consorciados disciplinarão sobre o fomento e a utilização dos serviços de saúde necessários ao seu território e à microrregião.

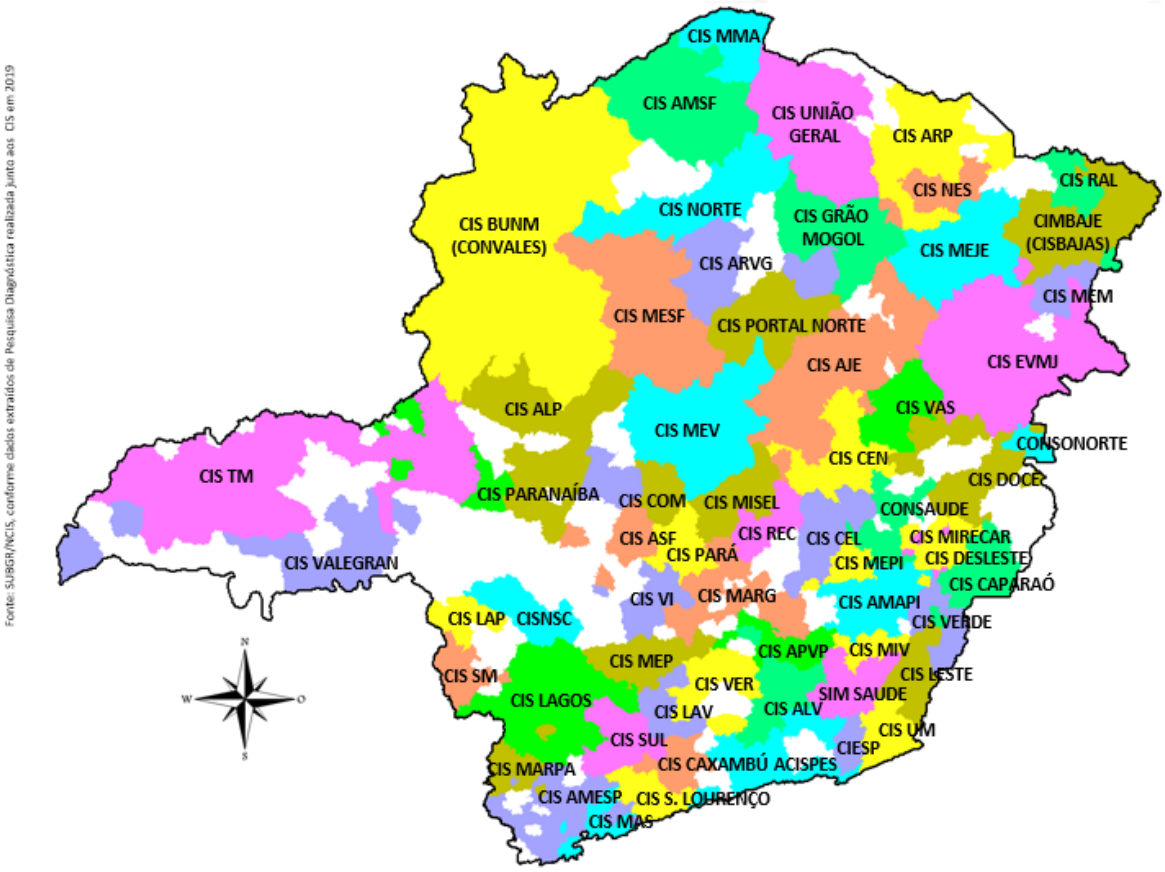
Os CIS são formalizados a partir de iniciativa autônoma de entes federados que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações, promovendo um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis.

Os CIS também são utilizados para gerenciamento de programas do governo estadual e, até outubro de 2019, atuam nas políticas: (1) de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – Regional, componente da Rede de Urgência e Emergência; (2) do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), de controle, qualidade e a humanização do transporte dos usuários do SUS; e (3) do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), de ampliação do acesso da população aos serviços de atenção especializada ambulatorial.

Atualmente, Minas Gerais conta com 74 CIS, sendo 61 generalistas e 13 temáticos (gestão do SAMU 192). Os CIS generalistas possuem abrangência regional e objetivam a prestação de serviços assistenciais, sobretudo a realização de procedimentos de média complexidade ambulatorial. Numericamente, para se ter dimensão da expressividade desse desenho territorial, tem-se aproximadamente 800 municípios consorciados que atendem uma população aproximada de 17 milhões de habitantes, sendo ofertado mais de 2 milhões de exames e consultas especializadas por

ano. A título de ilustração, o Mapa 1 apresenta a distribuição dos consórcios generalistas no Estado com registro da sigla que corresponde à sua identificação.

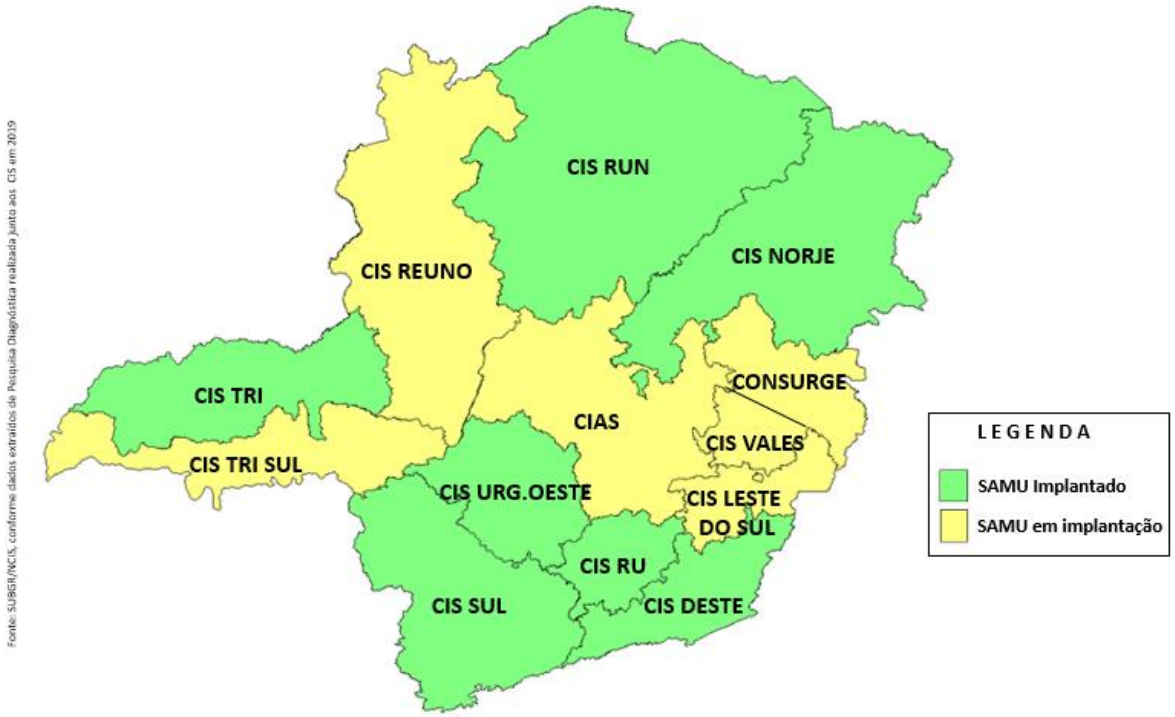
Mapa 1 - Disposição territorial dos CIS de Minas Gerais



Fonte: Pesquisa diagnóstica, 2019.

Os CIS temáticos, por sua vez, possuem abrangência macrorregional e objetivam o gerenciamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – Regional, componente da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais. A título de ilustração, o Mapa 2 apresenta a distribuição dos consórcios temáticos no Estado com registro da sigla que corresponde à sua identificação.

Mapa 2 - Disposição territorial dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) de Minas Gerais específicos para o gerenciamento do SAMU



Fonte: Pesquisa diagnóstica, 2019.

O gerenciamento de programas da SES-MG e a operacionalização dos serviços ofertados pelo CIS implicam, normalmente, em economia de escala e escopo que contribui para que o consorciamento seja uma alternativa viável para prestação de serviços à população, redução da sobrecarga do município e a ociosidade de equipamentos e unidades de saúde. Os CIS além de se constituírem como importantes parceiros do governo na oferta de serviços de saúde à população, também são compartes da gerência operacional das redes de atenção à saúde. Esse desenho vem se consolidando e ganhando contornos institucionais a partir do reconhecimento da sua importância na operacionalização de políticas de saúde mais eficientes e eficazes.

Estruturas de governança do SUS

Para o sistema de saúde funcionar adequadamente e definir suas regras de operacionalização, são necessários mecanismos de governança que permitam a participação dos entes federados em razão da interdependência deles na prestação de serviços de saúde à população. Em Minas Gerais, as comissões intergestores são os principais mecanismos de interface entre os entes municipais e o ente estadual.

Essas comissões constituem-se como instâncias de pactuação consensual entre os entes federados para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Para facilidade e funcionalidade do gerenciamento, foram concebidas comissões em três tipos de territórios: (1) a Comissão

Intergestores Bipartite do SUS do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), a nível estadual; (2) as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB Micro), a nível das microrregiões definidas no PDR; e (3) as Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais (CIB Macro), a nível das macrorregiões definidas no PDR.

Nesse sentido, a governança está toda estruturada na organização assistencial da saúde de forma a criar espaços que privilegiem a discussão de acesso, prestação de serviços e políticas públicas de saúde em detrimento de questões administrativas. Esse entendimento decorre do papel definido para cada comissão no Regimento Interno, ou seja, das competências de cada uma das comissões desenhadas na normativa que orienta o funcionamento e a organização dessas instâncias.

A CIB-SUS/MG, instituída pela Resolução SES-MG nº 637, de 25 de junho de 1993, se constitui como instância colegiada entre gestor estadual e gestores municipais para a articulação, negociação, pactuação e deliberação dos aspectos operacionais e da regulamentação das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS. Isso significa que a CIB-SUS/MG é a instância que dita as regras a nível estadual, não podendo nenhum território dentro de Minas Gerais atuar em desacordo com as pactuações firmadas nesse colegiado.

A CIB Micro tem por finalidade o fortalecimento da identidade sanitária regional, por meio do debate dos problemas comuns, na busca por soluções conjuntas, do compartilhamento de recursos, culminando na consolidação das ações e serviços de saúde ofertados à população. Por sua vez, a CIB Macro tem o objetivo de promover a integração de todos os níveis de ações e serviços de saúde oferecidos, por meio da constituição das redes de atenção à saúde e do compartilhamento de recursos, para a configuração de uma região sanitária resolutiva com garantia de acesso a uma saúde resolutiva, que entregue valor e qualidade à população.

A partir da divisão das responsabilidades, a estrutura de governança garante sua articulação e interdependência, bem como permite a participação de todos os atores do SUS mais próximo do seu espaço geográfico.

Cabe destacar que, além das comissões estaduais, existe a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância de gestão nacional entre os gestores federal, estaduais e municipais. Essa comissão dita as regulamentações gerais do sistema que devem ser observadas por todas as instâncias de pactuação subnacionais.

Por fim, as Comissões Intergestores de Minas Gerais são regidas conforme regimento interno aprovado na CIB-SUS/MG e seu funcionamento se organiza por meio de reuniões mensais. Para seu funcionamento, cada comissão possui apoio técnico-operacional de uma Secretaria Executiva, responsável pelo gerenciamento das pautas e formalização dos consensos.

Essas estruturas de governança são ferramentas gerenciais importantes no âmbito da política pública de saúde e promovem o fortalecimento do sistema, por meio da responsabilização dos entes federados na consolidação do SUS.

Um olhar para o futuro da gestão regional

Diante da complexidade dos desenhos territoriais da saúde em Minas Gerais e da amplitude de partícipes na gestão do sistema, tem-se como um grande desafio do SUS a redução das diferenças entre os recortes geográficos sem prejuízo da lógica e do propósito estruturador de cada uma das divisões. De maneira mais clara, é imperativo aproximar a divisão administrativa da SES-MG da definição do PDR e também dos contornos dos CIS para aprimorar os processos de gestão e a governança regional.

Num cenário ideal, a sobreposição dos desenhos territoriais permitirá conciliar as discussões assistenciais, administrativas e da prestação de serviços num mesmo espaço e com os mesmos atores, sem necessidade de retrabalho e de costura das negociações em outros fóruns.

Conforme foi explicitado, as comissões intergestores constituem as estruturas de governança regional mais fortalecidas do sistema e têm sua organização fundamentada no PDR. Sendo assim, a proximidade dos demais desenhos territoriais com o PDR otimizará os espaços de deliberação, reduzindo o tempo de debate e possibilitando maior agilidade nas decisões.

Apesar de ser impossível a sobreposição completa dos desenhos territoriais, a SES-MG, os municípios e os demais atores interessados devem reunir esforços para facilitar a gestão do SUS em Minas Gerais a partir da tentativa de aproximação dos territórios, sempre garantindo a especificidade e os critérios de cada um dos arranjos vigentes.

ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

PERFIL DEMOGRÁFICO, GEOGRÁFICO, ECONÔMICO E SOCIAL

Aspectos Demográficos e Geográficos

O estado de Minas Gerais está localizado na região Sudeste do país, sendo o quarto estado com a maior extensão territorial, possuindo uma área de 586.521,12 km², e o segundo em contingente populacional, com população residente total estimada para 2018 em 21.040.662 habitantes, o que implica uma densidade demográfica de 35,87 habitantes por km². Além disso, apresenta a maior quantidade de municípios entre os estados brasileiros, com 853 municípios.

Com relação aos aspectos geográficos, a topografia mineira é bastante acidentada, sendo que alguns dos picos mais altos do país encontram-se em seu território. O estado também abriga nascentes de alguns dos principais rios do Brasil, colocando-o em posição estratégica no que se refere aos recursos hídricos nacionais. Seu clima é tropical, variando de frio e úmido no Sul até semiárido em sua porção setentrional. Todos esses fatores aliados propiciam a existência de uma rica fauna e flora distribuídas nos biomas que cobrem o estado, especialmente o cerrado (observado em 50% do território) e a mata atlântica.

A capital mineira é Belo Horizonte, localizada na região metropolitana do Estado, apresentando uma extensão territorial de 331,401 km². Possui a maior população do Estado, com 2.501.576 habitantes (2018), sendo o 6º município mais populoso do país.

Além de Minas Gerais contar com enorme quantidade de municípios, é importante salientar que mais da metade (55,8%) deles possuem população de até 10.000 habitantes, e somente trinta e dois deles contam com população acima de 100.000 residentes, representando aproximadamente 45,6% de toda a população do Estado (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de municípios de Minas Gerais, segundo porte populacional, 2018

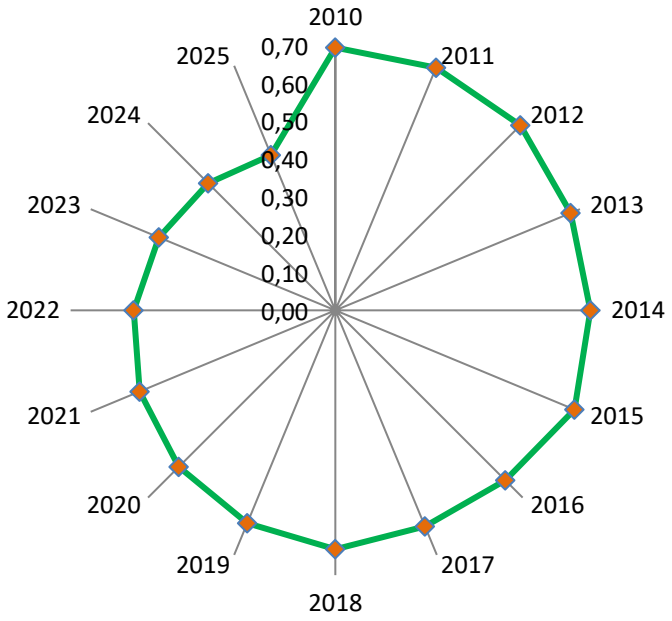
Classes de tamanho populacional	Nº de municípios	População (habitantes)
< 5.000 habitantes	233 (27,3%)	834.409 (4,0%)
5.001-10.000 habitantes	243 (28,5%)	1.690.904 (8,0%)
10.001-20.000 habitantes	193 (22,6%)	2.699.667 (12,8%)
20.001-50.000 habitantes	113 (13,2%)	3.406.653 (16,2%)
50.001-100.000 habitantes	39 (4,6%)	2.832.805 (13,5%)
100.001-500.000 habitantes	28 (3,3%)	5.168.021 (24,6%)
Mais de 500.000 habitantes	4 (0,5%)	4.408.203 (21,0%)
Total	**853 (100,0%)**	**21.040.662 (100,0%)**

Fonte: IBGE/ Estimativas de populacional.

Conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2025 a população será de 21.834.171 habitantes, sendo 10.746.964 (49,22%) de homens e 11.087.207 (50,78%) de mulheres, mantendo assim proporções semelhantes às evidenciadas em 2010 (ano censitário). Quanto à taxa de crescimento geométrico da população, estima-se que para 2025, estará em 0,44%, apresentando um decréscimo de 37,14% em relação à taxa obtida em 2010.

O declínio das taxas de crescimento populacional é resultante de um conjunto de fatores, determinado principalmente pela redução ou estabilidade nos níveis da fecundidade, pela redução da taxa bruta de natalidade e pelo aumento da mortalidade. Essa taxa subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas específicas, principalmente no dimensionamento da rede física, revisão de metas e previsão de recursos (Figura 4).

Figura 4 - Taxa de crescimento geométrico, Minas Gerais, 2010-2025

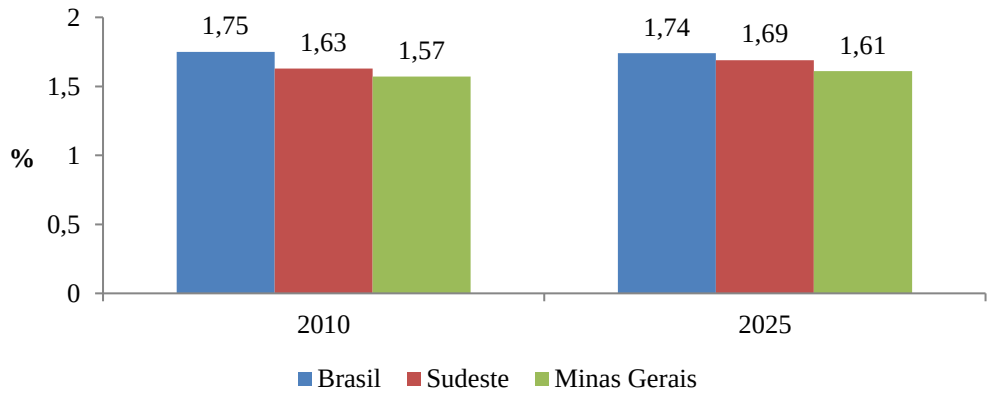


Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

O processo de transição demográfica em curso no país caracteriza-se pela queda da fecundidade, porém, conforme projeção do IBGE, o ano de 2025 apresenta uma taxa um pouco maior para a Região Sudeste e para Minas Gerais, mantendo-se estável no país. As taxas brutas de natalidade, conforme a projeção mencionada, se mantêm em decréscimo, ao contrário das taxas brutas de mortalidade, que vêm apresentando um aumento do ano de 2010 em relação a 2025 (gráficos 2 e 3). Verifica-se a diminuição do segmento jovem da população e a elevação relativa da população idosa.

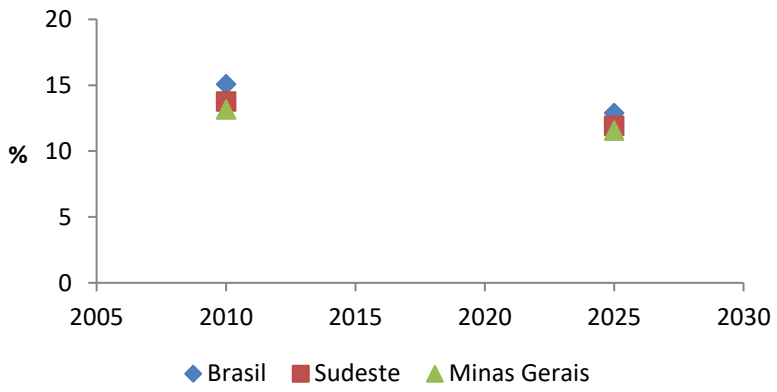
Em Minas Gerais, a taxa de fecundidade era de 1,57 no ano de 2010 e, para 2025, a média de filhos nascidos vivos por mulher, segundo a projeção do IBGE será de 1,61. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. Essa tendência também é observada em todo o país e na região Sudeste no mesmo período (gráfico 1).

Gráfico 1 - Taxa de Fecundidade Total: Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais, 2010 e 2025



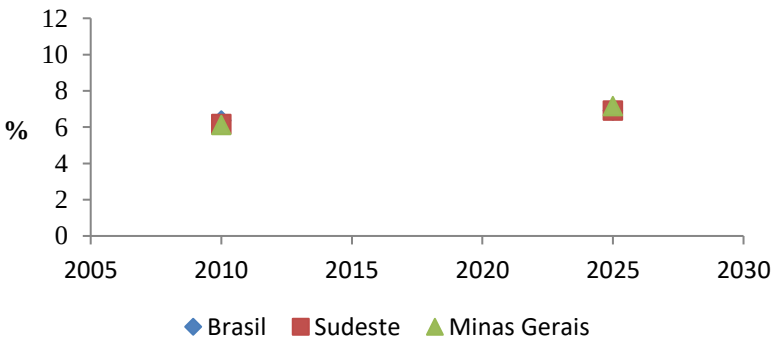
Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Gráfico 2 - Taxa Bruta de Natalidade, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Gráfico 3 - Taxa Bruta de Mortalidade, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025



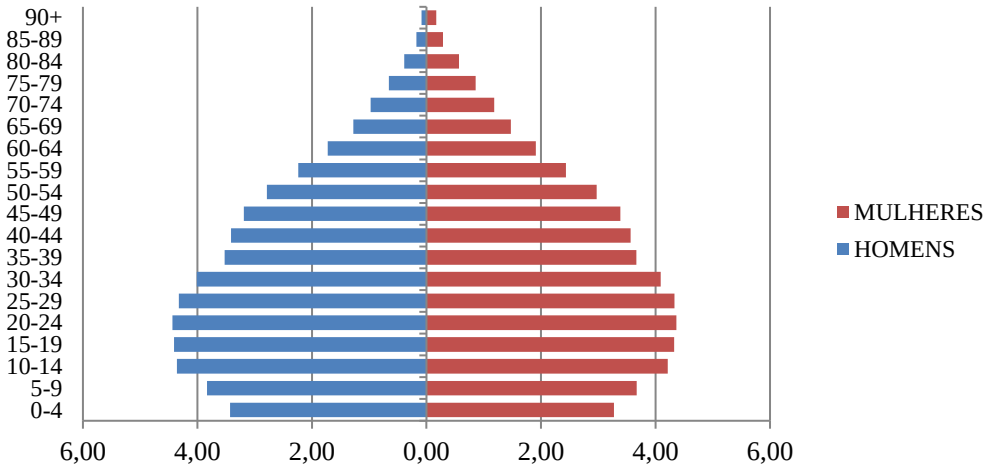
Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Uma ilustração gráfica muito utilizada para visualizar a distribuição de diferentes grupos etários em uma população e mudanças demográficas ao longo do tempo é a pirâmide populacional, conhecida

também como pirâmide demográfica. Há algumas décadas, o Brasil e Minas Gerais vêm passando por um estreitamento contínuo na base da pirâmide etária, decorrente do envelhecimento populacional e da redução das taxas de mortalidade infantil e fecundidade.

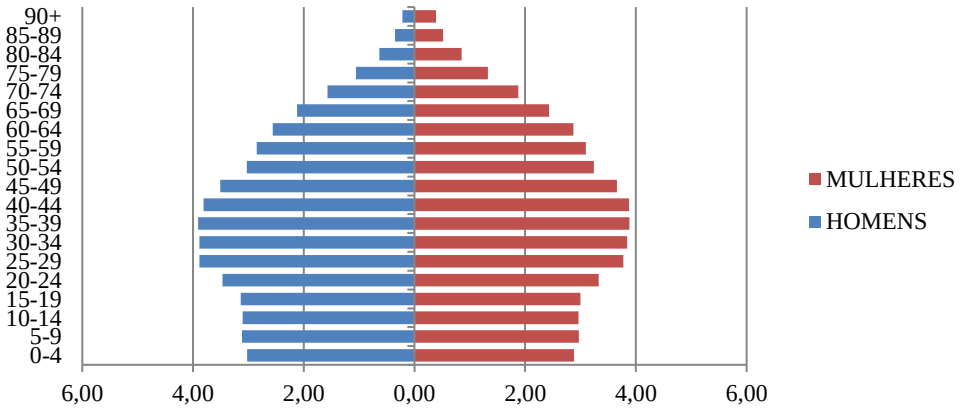
A estrutura etária da população mineira vem se modificando ao longo das décadas em função da queda da fecundidade e da elevação da expectativa de vida. Houve uma elevação do índice de envelhecimento, tendo os indivíduos com 60 anos ou mais apresentado um aumento de 59,8% no período de 2010 a 2025, enquanto a participação dos indivíduos menores de 15 anos teve um decréscimo de 21,4% no mesmo período.

Gráfico 4 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários, Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE/Censos Demo Figuras 2010.

Gráfico 5 - Pirâmide etária, distribuição por sexo, segundo grupos etários, Minas Gerais, 2025



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Ao longo dos últimos anos, a população brasileira está vivendo cada vez mais. De acordo com os últimos dados, os mineiros estão vivendo, em média, 76 anos, porém com diferenças significativas entre os sexos: as mulheres vivem mais. Em geral, Minas Gerais apresenta valores superiores aos do país, ficando, contudo, abaixo da média da região Sudeste. Entre 2010 e 2025 no Estado, conforme projeção do IBGE, haverá um aumento absoluto de 3,36 anos de vida para a mulheres 3,96 para os homens. Observa-se que para a Região Sudeste e Brasil esse aumento se destaca para os homens com 4,59 e 4,17 anos respectivamente comparando os mesmos anos analisados (Tabela 2).

Quanto à Razão de Sexo, no ano 2010 foi de 97,02 homens para 100 mulheres e para 2025 de 96,9 para 100 mulheres, o que evidencia a tendência de alteração do padrão de sexo do Estado. Sabe-se que o decréscimo do número de homens em relação ao número de mulheres é reflexo da sobre mortalidade masculina, sobretudo entre as faixas etárias jovens e adultas, em decorrência do aumento da incidência de óbitos por causas violentas.

Tabela 2 - Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025

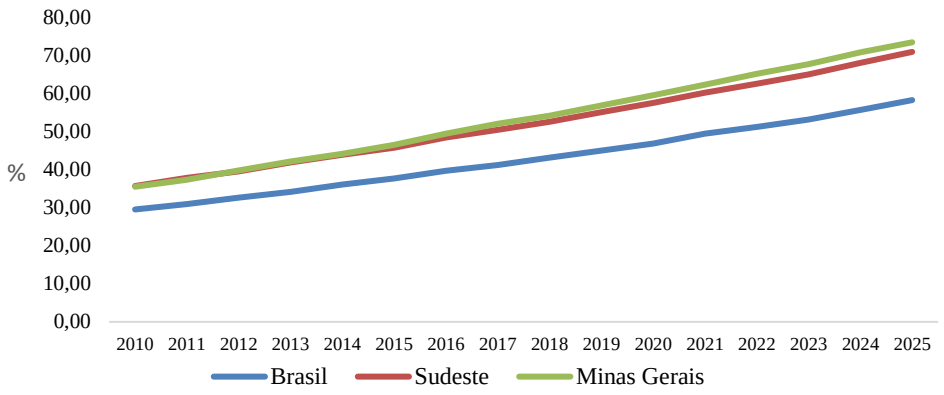
	Sexo		
		2010	**2025**
	Masculino	70,21	74,38
Brasil	Feminino	77,60	81,22
	Ambos	73,86	77,80
	Masculino	72,06	76,65
Região Sudeste	Feminino	79,00	82,38
	Ambos	75,55	79,57
	Masculino	72,47	76,43
Minas Gerais	Feminino	78,62	81,98
	Ambos	75,51	79,19

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

O Índice de Envelhecimento (IE) é um indicador demográfico que aponta a proporção de idosos na população brasileira. Ele assinala a velocidade de avanço da transição demográfica. No Estado, o IE para os anos 2010 e 2025 foram respectivamente 35,53% e 78,43%. Em quinze anos haverá um aumento de 120,0% na proporção de idosos, aumento este superior ao da Região Sudeste (97%,0) e ao índice do país de 98,0% para o mesmo período. O IE vem apontando para mudanças que indicam que o país caminha para um perfil demográfico cada vez mais envelhecido (Gráfico 6).

Assim, de um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade mineira decorrerá uma série de novas reivindicações e ações em termos de políticas públicas de saúde e inclusão ativa dos idosos na vida social.

Gráfico 6 - Índice de Envelhecimento, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025

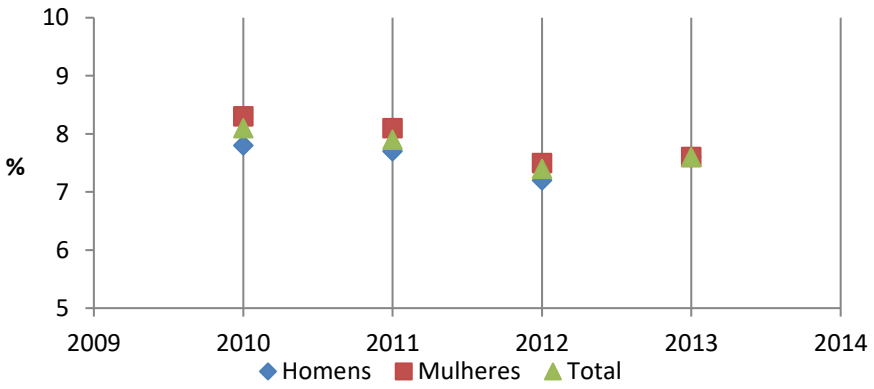


Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Quando comparados os anos de 2010 e 2025, a razão de dependência, que mede a relação entre a população economicamente ativa (15 a 59 anos) e população de dependentes (menor de 15 anos e maior de 59 anos), apresenta um declínio para o país, enquanto para a Região Sudeste e o Estado de Minas Gerais essa razão tende a crescer, conforme Gráfico 7, o que é economicamente preocupante, pois implica em maiores encargos assistenciais para a sociedade.

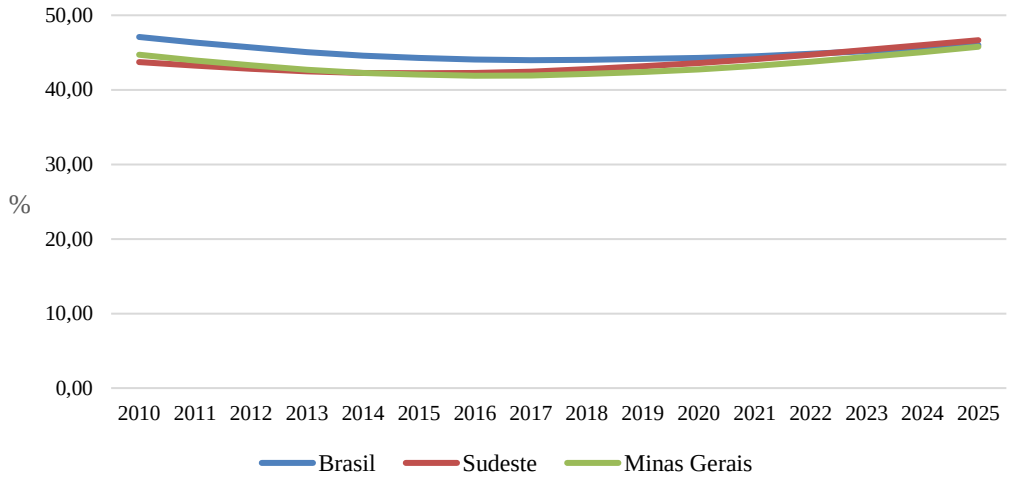
Observa-se que houve uma queda a partir de 2013, com posterior ascensão iniciando em 2018 até o final do ano avaliado. O aumento da razão de dependência se dá especialmente por causa do aumento de pessoas idosas e da redução de pessoas em idade ativa, sendo essa mudança influenciada pelo aumento da expectativa de vida, que leva ao envelhecimento populacional.

Gráfico 7 - Razão de Dependência, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2010 e 2025



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Gráfico 8 - Proporção de Analfabetos, Minas Gerais, 2010-2013

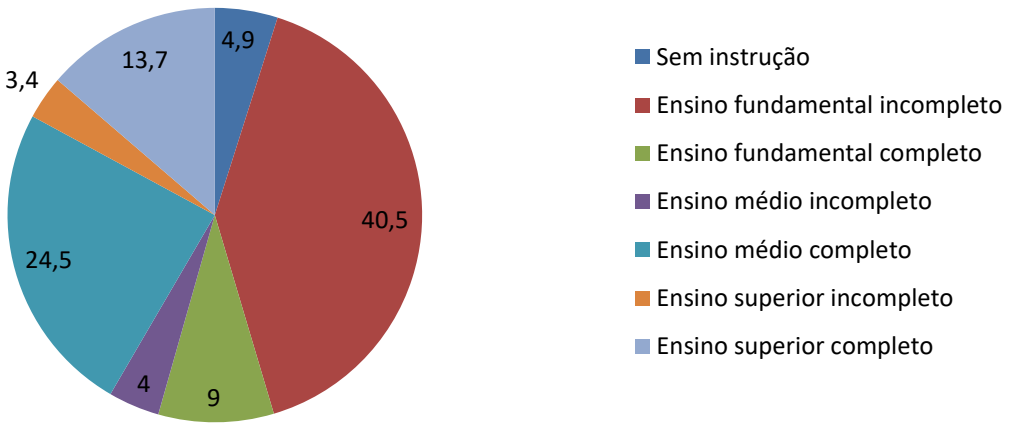


Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017.

Em relação aos analfabetos, observa-se uma queda da proporção de pessoas para ambos os sexos e no total da população entre 2010 e 2012. No último ano avaliado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua, em 2013, essa proporção aumenta tanto para os do sexo masculino quanto ao feminino.

Em 2018, cerca de 9,0% da população adulta tinham concluído o ensino fundamental, e 40,5% dessa população possui o ensino fundamental incompleto. Para o ensino médio (completo e incompleto), esse percentual é de 28,5% (24,5% e 4%, respectivamente). Além disso, 13,7% dos adultos possuem nível superior completo.

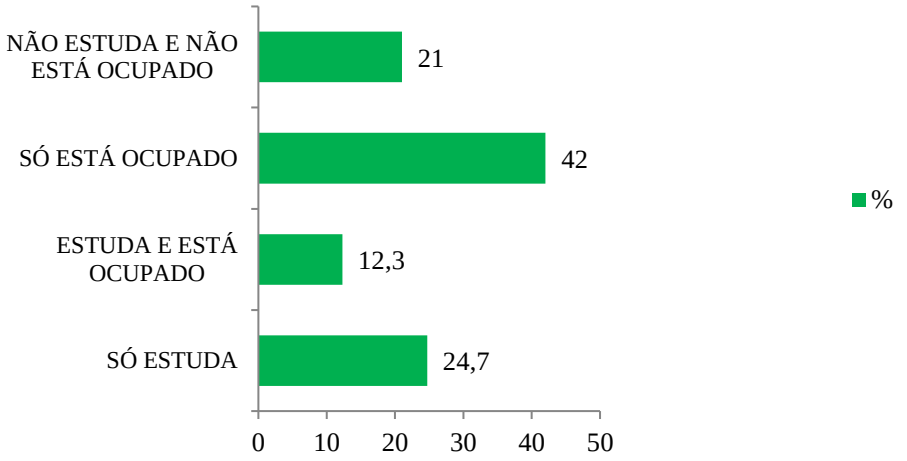
Gráfico 9 - Proporção do Nível de Instrução das pessoas de 25 anos ou mais de idade, Minas Gerais, 2018



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017.

Segundo a PNAD Contínua realizada em 2017, a proporção da população de adultos jovens que se mantém somente ocupada é de 42,0%. Cerca de 21% dessa população se caracteriza por não estudar e nem estar ocupada. Quanto aos que só estudam, perfazem 24,7% e aproximadamente 12,3% estuda e está ocupada.

Gráfico 10 - Proporção de jovens de 15 a 29 anos com tipo de atividade, Minas Gerais, 2018



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017.

Aspectos Socioeconômicos

O contexto socioeconômico estadual aponta para avanços importantes nessa pesquisa em comparação ao último dado censitário (2010). Foi possível perceber a melhoria da infraestrutura na medida em que o número de domicílios com rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo aumentou em torno de 1,02%, correspondendo a percentuais de 86,2%, 81,3% e 89,5% respectivamente.

No período 1991-2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Minas Gerais cresceu 52,9%, passando de 0,478 em 1991 para 0,731 em 2010. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com aumento relativo de 148,2%, seguida pela Longevidade, com 21,6%, e pela Renda, com 18,1%.

A atividade mineradora é uma das mais importantes na economia brasileira e principalmente na economia do Estado. Em 2013, Minas Gerais era responsável por 11,3% de toda a produção industrial brasileira. Essa participação chegou a 10% em 2016, mostrando que vem perdendo peso, com enfrentamento de uma crise econômica e fiscal. Acredita-se que essa participação será ainda mais afetada pelo corte da produção da Empresa Vale S.A. após o rompimento da barragem na mina Córrego do Feijão, em Brumadinho, o que poderá gerar impacto negativo na economia brasileira com repercussão nos preços no mercado internacional. A Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais (FIEMG), estima que o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) mineiro cairá pela metade, dos 3,3% previstos inicialmente para 1,65% em 2019. Os desdobramentos do caso devem afetar a arrecadação de municípios e do estado de Minas Gerais.

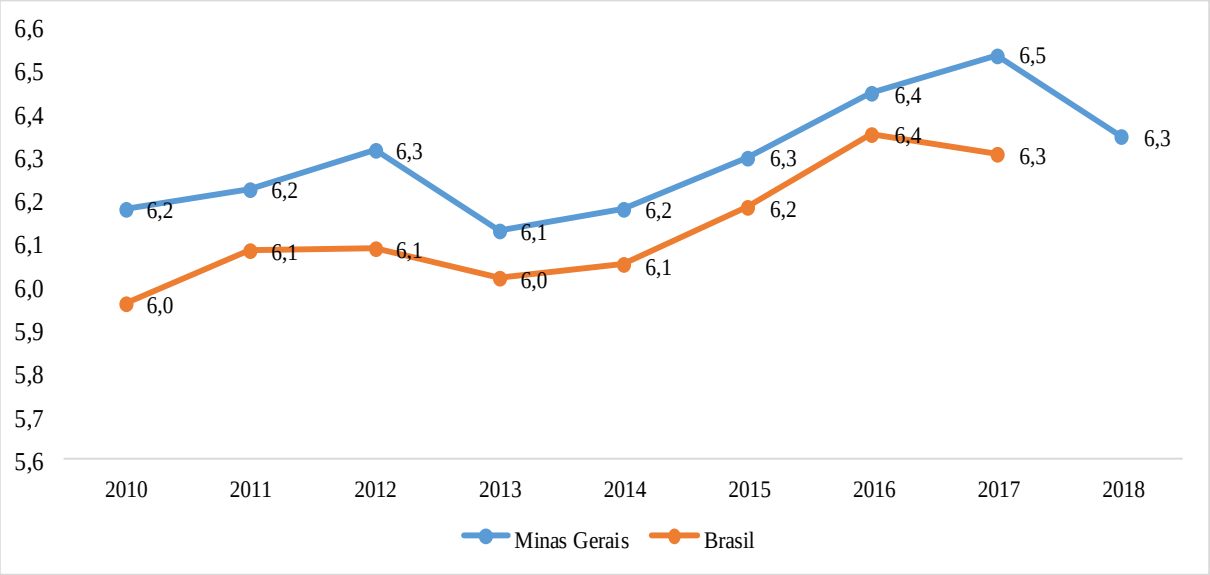
Ainda é impossível dizer com precisão todos os impactos provenientes do rompimento das barragens em Mariana em 2015 e em Brumadinho em 2019, tanto em relação às vidas que foram perdidas quanto em relação aos danos sociais e ambientais causados, com grande impacto na saúde das populações diretamente e indiretamente afetadas a curto, médio e longo prazo.

Dessa forma, faz-se necessário considerar tal cenário na agenda do setor saúde com articulação intra e interinstitucional a fim de fortalecer as políticas públicas de saúde no Estado de Minas Gerais. As necessidades de saúde atuais devem ser, em última instância, as grandes responsáveis pela orientação dos programas e ações desenvolvidas no âmbito da SES-MG.

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

As informações relativas à mortalidade, apresentadas a seguir, correspondem ao ano de 2018, com 133.548 óbitos de residentes registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) até o momento. O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) no Estado foi de 6,3/1.000 habitantes. Os valores das taxas de mortalidade para o país são bem próximos aos apresentados para o Estado (Gráfico 11).

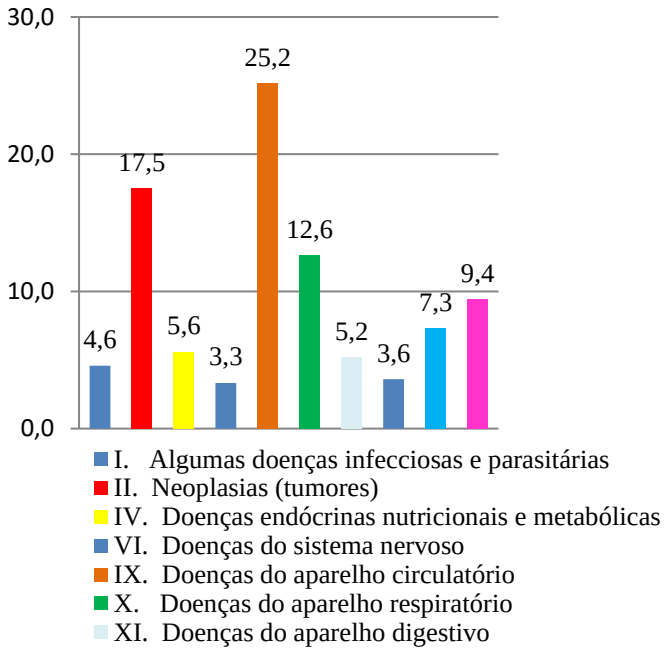
Gráfico 11 - Taxa de Mortalidade Geral, Minas Gerais e Brasil 2010-2018



Fonte: SIM MG/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG dados de 2017 e 2018 parciais sujeitos a alteração/SIM Brasil/DATASUS dados de 2017 parciais 2018 ainda não publicados.

Os principais grupos de causas de mortalidade na população residente estão apresentados no Gráfico 12. As causas básicas mais incidentes de mortalidade são doenças e agravos não transmissíveis, sendo somente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias responsáveis por quase metade das mortes (42,7%). Posteriormente, aparecem as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, 12,6% e 9,4% respectivamente.

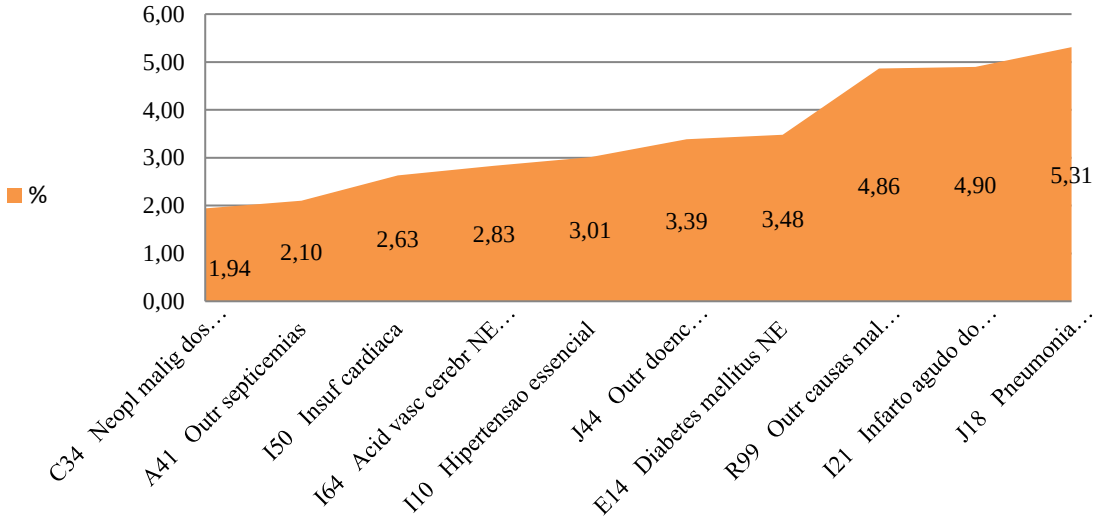
Gráfico 12 - Mortalidade proporcional pelos 10 primeiros grupos de causas por Capítulo da CID-10, Minas Gerais, 2018



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG/ Dados de 2017 a 2019 atualizados em 15 de fevereiro de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Com relação às categorias de morte, destacam-se a proporção das pneumonias não especificadas, o infarto agudo do miocárdio, as causas mal definidas e a diabetes como as quatro principais causas de óbito ocorridas em todo o estado.

Gráfico 13 - Proporção das dez maiores categorias de causa de morte CID-10, Minas Gerias, 2018



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG/ Dados de 2017 a 2019 atualizados em 15 de fevereiro de 2019, portanto sujeitos a alterações.

O Quadro 1 ilustra o ranking das principais causas de mortalidade em cada um dos estratos etários. As crianças menores de um ano morrem mais em decorrência de afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Chama bastante atenção que, entre as crianças, adolescentes e adultos (de 1 a 49 anos), os acidentes e as violências ocupam a primeira posição do ranking.

A partir do final da vida adulta, as doenças crônicas não transmissíveis passam a incidir mais sobre a população, ocupando posição de destaque as doenças cardiovasculares. Outro fato que merece destaque são as causas mal definidas de óbito, indicador negativo de qualidade e o acesso a assistência médica de qualidade, que em 2018 ocupa a quarta posição na maioria das faixas etárias, embora esteja reduzindo sua magnitude no Estado, principalmente nos últimos anos.

Quadro 1 - Ranking dos principais grupos de causas de morte, segundo faixa etária, Minas Gerais, 2018

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

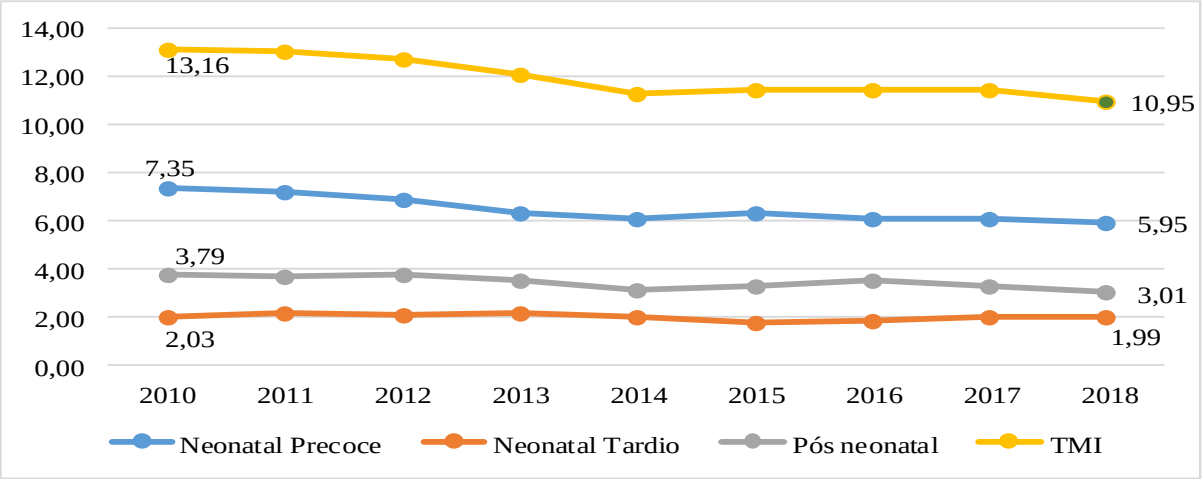
Legenda: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V. Transtornos mentais e comportamentais; VI. Doenças do sistema nervoso; IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XIV. Doenças do aparelho geniturinário; XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte e XX. Causas externas de morbidade e mortalidade.
Fonte: SES-MG/SubVPS/SVEAST/DASS/CGSIS/SIM /Dados atualizados em 25 de fev./2019.

Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é um dos parâmetros mais usados para avaliação de qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde.

Os óbitos dos menores de um ano vêm decrescendo desde as primeiras décadas do século passado em todo o país. Em Minas Gerais, constata-se uma redução contínua e sustentada da mortalidade infantil no período de 2006 a 2018. A variação proporcional relativa da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi de 16,8%, passando de 13,16 para 10,95 óbitos por mil nascidos vivos. Com algum diferencial, todos os componentes da mortalidade infantil também acompanharam essa tendência de declínio (diminuições relativas de 19,05%, 20,58% e 1,97% para as taxas de mortalidade neonatal precoce, pós-neonatal e neonatal tardia respectivamente).

Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos (NV) por Componentes, Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SIM/SINASC/DASS/ SES-MG dados de 2017 e 2018 parciais. * Indicador calculado pelo método direto, sem considerar possíveis sub-registros de eventos.

Observa-se que no período neonatal precoce houve variação percentual mais acentuada em comparação aos outros componentes da mortalidade infantil. A mortalidade nesse período é geralmente influenciada por condições relacionadas com o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental que condicionam a desnutrição infantil e as infecções e que refletem nas condições de saúde do recém-nascido como no estado de saúde da mãe.

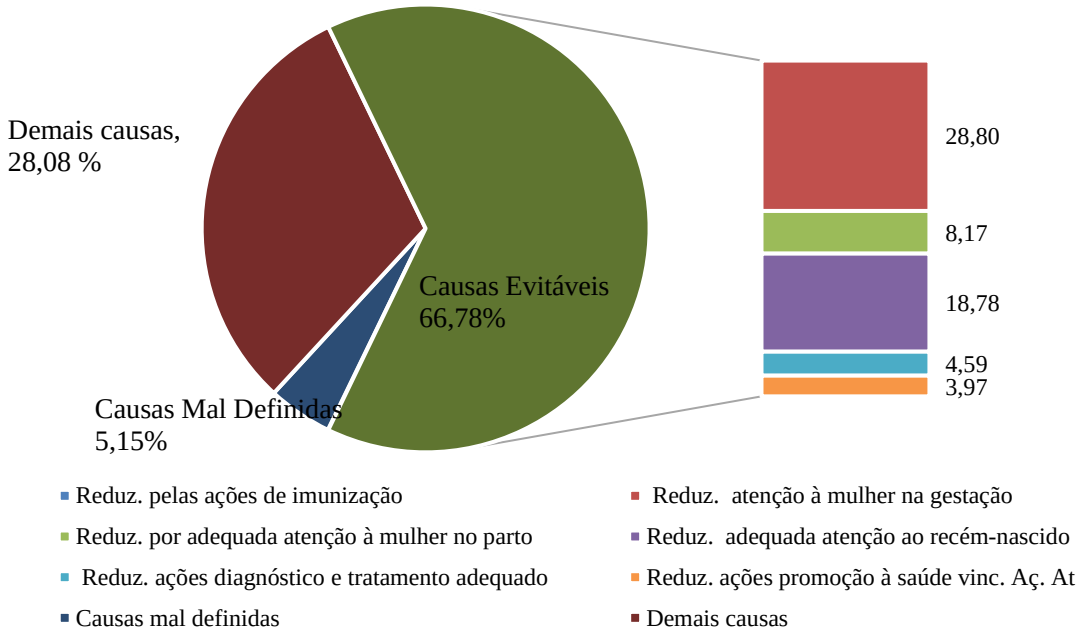
As causas evitáveis de óbitos infantis

Apesar da redução da TMI, a proporção de causas evitáveis se mantém elevada, na ordem de mais de 66% dos óbitos. As causas evitáveis e as causas mal definidas perfazem somadas 72% de mortes, o que indica a fragilidade do sistema, principalmente quando observamos que a maior proporção de mortes por causas evitáveis é por causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação,

cuja classificação de evitabilidade é baseada na lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS do Brasil e suas atualizações.

Entre as causas evitáveis (Gráfico 15), houve predominância das mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, seguidas das reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido. Este dado salienta a importância da necessidade de qualificação do pré-natal na atenção básica, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Gráfico 15 - Distribuição Proporcional de Óbitos de Menores de Um Ano Segundo Classificação de Evitabilidade, Minas Gerais, 2018



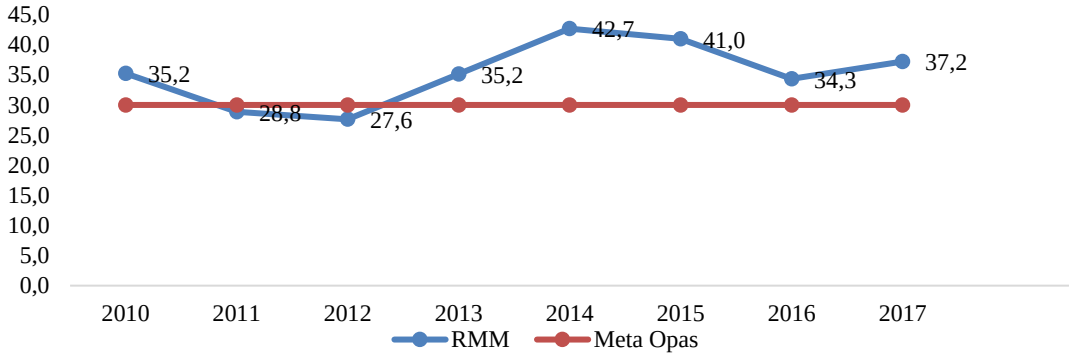
Fonte: SIM/TABNET/DASS - Dados de 2018 atualizados em fevereiro de 2019, parciais sujeitos a alteração. MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de óbitos evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, dez. 2007 e suas atualizações.

Mortalidade materna

Pela característica de elevada evitabilidade da morte materna, que está relacionada à qualidade dos serviços de saúde e à atenção prestada, um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) tem como meta nacional a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM), para valores iguais ou inferiores a 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos até o final de 2030. Razões de Mortalidade Materna elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

No Estado de Minas Gerais, observa-se no Gráfico 16 uma oscilação quanto a essa razão, sendo muito importante a investigação desses óbitos para identificar os fatores determinantes, a fim de corrigi-los através da elaboração de políticas que associem as melhores práticas obstétricas e perinatais à melhoria da acessibilidade das gestantes aos serviços de pré-natal.

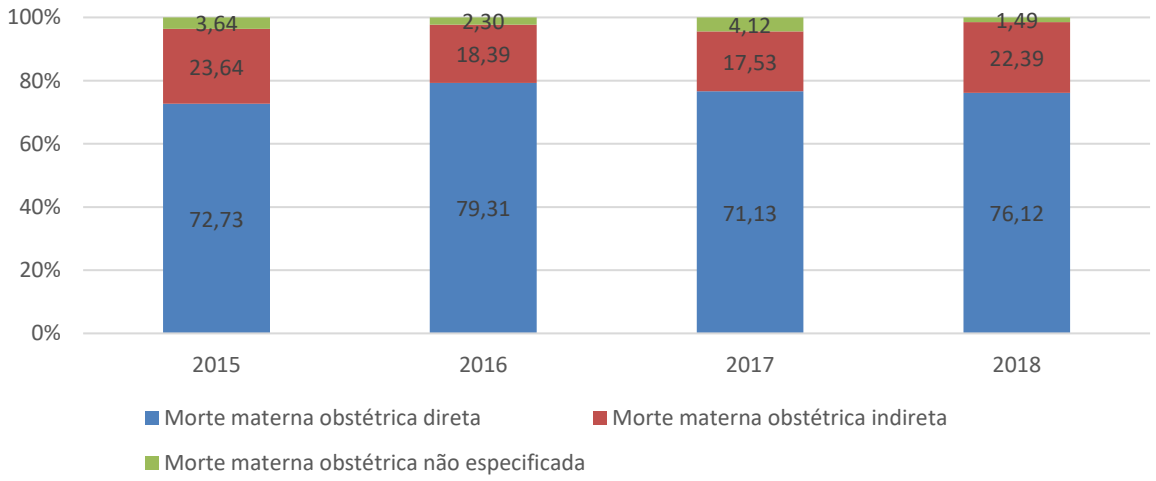
Gráfico 16 - Razão de Mortalidade Materna e Meta Pactuada pelo Brasil nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Minas Gerais, 2010-2017



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG. Dados de 2017 atualizados em 15 de fevereiro de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Quanto à mortalidade materna, segundo o tipo e principais causas, observa-se que as causas obstétricas diretas foram responsáveis por 76% das mortes em 2018, com destaque para as doenças hipertensivas e hemorragia obstétricas, complicando gravidez, parto e puerpério (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Proporção de Óbitos Maternos Segundo Tipo de Causa Obstétrica, Minas Gerais, 2015 a 2018

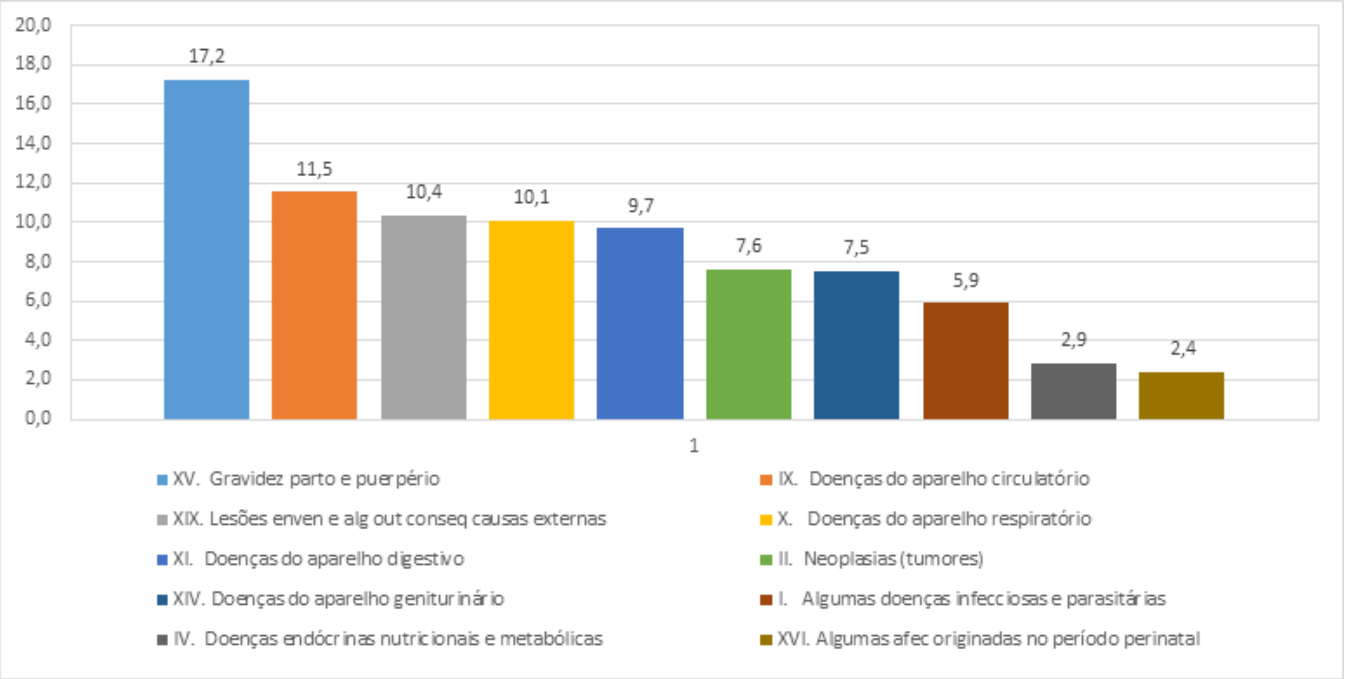


Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG. Dados de 2017 atualizados em 15 de fevereiro de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Morbidade hospitalar

No ano de 2018, foram processadas 1.253.288 internações de residentes de Minas Gerais no SUS, independentemente do Estado onde o indivíduo se hospitalizou. Como esperado, a maioria delas é proveniente de gravidez, parto e puerpério, visto que é uma condição fisiológica das mulheres e que necessita de procedimentos médicos no âmbito hospitalar. Em seguida, aparecem as doenças do aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho respiratório, consecutivamente.

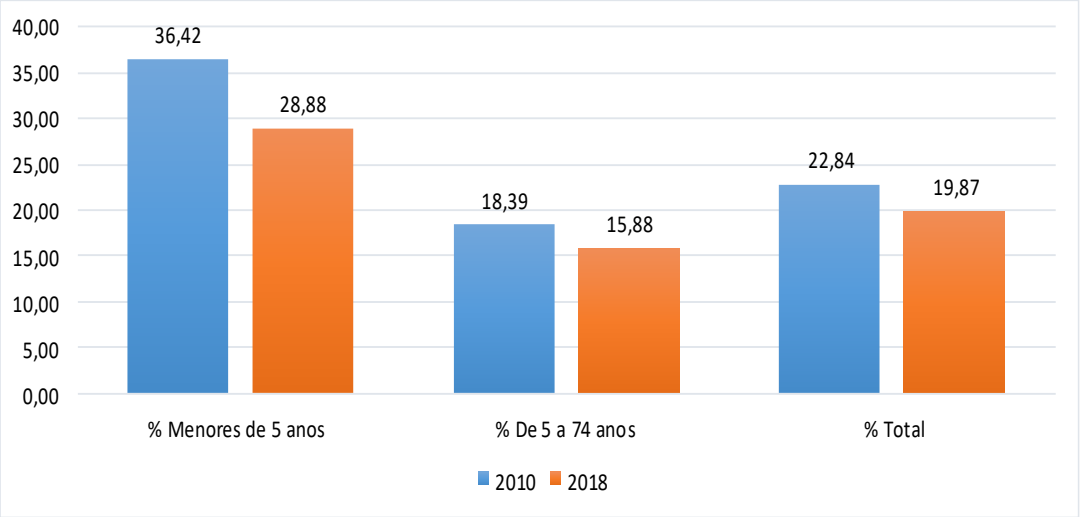
Gráfico 18 - Distribuição proporcional pelos 10 primeiros grupos de causas da CID-10 por internações no SUS de residentes de Minas Gerais, ano de processamento 2018



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) / Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

Um agrupamento específico em relação à morbidade hospitalar que merece ser avaliado é o das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que foram estabelecidas como um indicador de efetividade. Tratam-se de condições de saúde pelas quais a intervenção ambulatorial deveria ser resolutiva, caso os serviços ofertados pela atenção primária – promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas – fossem efetivos e acessíveis para a população.

Gráfico 19 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Segundo Faixa Etária, Minas Gerais, 2010 -2018



Fonte: SIH/RD – DATASUS.

No Estado houve redução quanto ao volume de internações por tais condições em relação ao total de internações pelo SUS no período de 2010 a 2018. As internações apresentaram declínio de 20,7%, em menores de 5 anos, superior ao ocorrido na faixa etária de maiores de 5 anos até 74 anos, com uma redução de 13,65% do ano de 2010 em relação a 2018 (Gráfico 19).

A Tabela 3 discrimina as principais causas de internação segundo sexo, excluindo as causas relacionadas com gravidez, parto e puerpério:

Tabela 3 - Frequência das Principais Causas de Internações de Residentes em Minas Gerais, segundo sexo, 2018

Ordem	Total	Feminino	Masculino
1	J18 Pneumonia p/microorg NE	J18 Pneumonia p/microorg NE	J18 Pneumonia p/microorg NE
2	I50 Insuf cardiaca	N39 Outr transt do trato urinario	I50 Insuf cardiaca
3	N39 Outr transt do trato urinario	I50 Insuf cardiaca	K40 Hernia inguinal
4	J15 Pneumonia bacter NCOP	K80 Colelitiase	J15 Pneumonia bacter NCOP
5	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	J15 Pneumonia bacter NCOP	S82 Frat da perna incl tornozelo
6	K80 Colelitiase	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico
7	S82 Frat da perna incl tornozelo	C50 Neopl malig da mama	I20 Angina pectoris
8	A41 Outr septicemias	A41 Outr septicemias	S52 Frat do antebraco
9	I20 Angina pectoris	K81 Colecistite	A41 Outr septicemias
10	K40 Hernia inguinal	Z30 Anticoncepcao	I21 Infarto agudo do miocardio

Ordem	Total	Feminino	Masculino
11	A49 Infecc bacter de localiz NE	D25 Leiomioma do utero	S06 Traum intracraniano
12	S52 Frat do antebraco	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	N39 Outr transt do trato urinario
13	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	S72 Frat do femur	A49 Infecc bacter de localiz NE
14	I21 Infarto agudo do miocardio	I20 Angina pectoris	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas
15	S72 Frat do femur	A49 Infecc bacter de localiz NE	S72 Frat do femur
16	N18 Insuf renal cronica	I83 Varizes dos membros infer	K35 Apendicite aguda
17	S06 Traum intracraniano	S82 Frat da perna incl tornozelo	N18 Insuf renal cronica
18	K81 Colecistite	S52 Frat do antebraco	K92 Outr doenc do aparelho digestivo
19	K35 Apendicite aguda	N18 Insuf renal cronica	S62 Frat ao nivel do punho e da mao
20	K92 Outr doenc do aparelho digestivo	A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	C61 Neopl malig da prostata

Fonte: SIH RD/DASS/Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária- Portaria MS SAS 221 de 17 de abril de 2008.

Em 2018 as causas mais frequentes de internação foram por parto único espontâneo e parto único por cesariana com 91.806 (7,38%) e 43.472 (3,49%0) do total de 1.244.700 internações pelo SUS de residentes de Minas Gerais.

Em seguida, as pneumonias são as principais causas de internação, assim como as insuficiências cardíacas. Chama a atenção a presença entre as principais causas de internação do sexo feminino as doenças diarreicas.

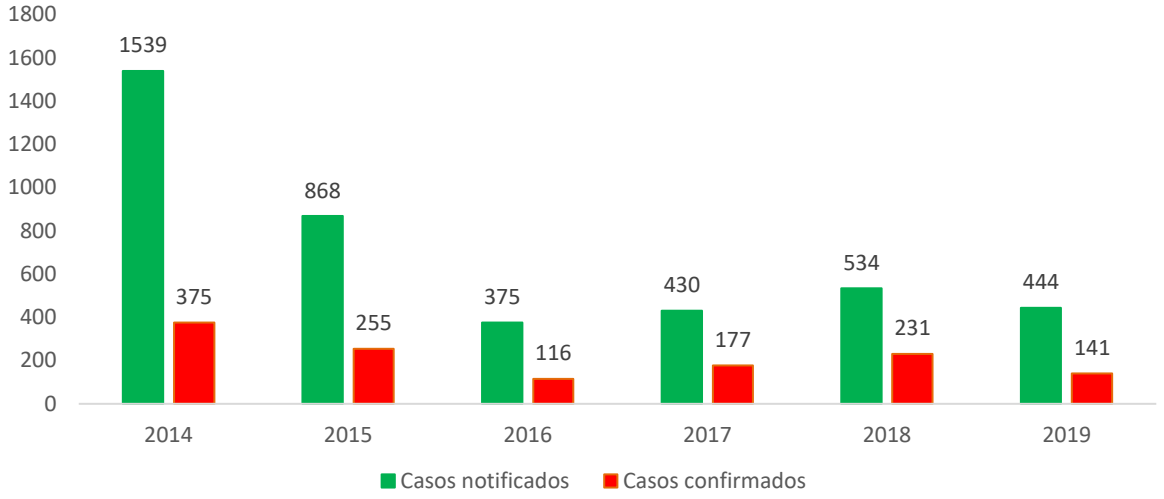
O envelhecimento da população traz óbvias consequências para o setor saúde, com a modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas, sendo muito frequentes as comorbidades), cujo tratamento envolve medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos. Permanece, assim, como desafio superar barreiras relacionadas a aspectos socioculturais e institucionais.

Doenças Transmissíveis

Coqueluche

Em Minas Gerais, a **Coqueluche** vem apresentando durante o período avaliado (2014-2019), números de casos notificados e confirmados inferiores ao ano de 2014, sem alteração em seu perfil para o restante dos anos. Nos primeiros seis meses de 2015 foram confirmados 147 casos, enquanto no mesmo período do ano de 2014 foram confirmados 191 casos, representando uma diminuição de 23%, conforme Gráfico 20:

Gráfico 20 - Série história de casos confirmados de coqueluche, Minas Gerais, 2014-2019



Fonte: Sinan/DIE/SVE/SubVS/SES-MG.

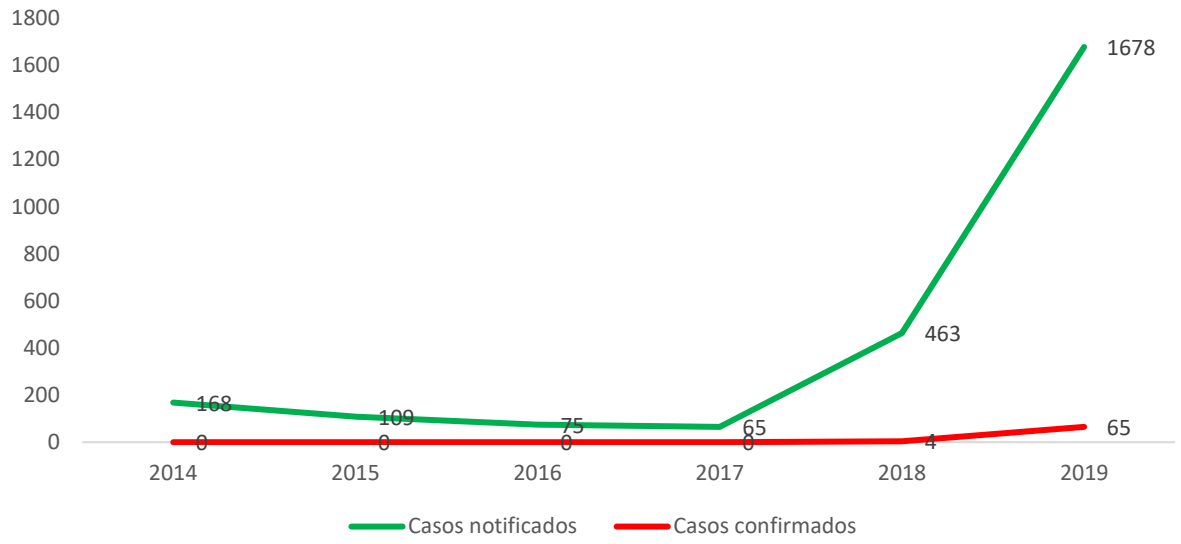
Sarampo e Rubéola

O **Sarampo** é uma doença viral, infecciosa, aguda, grave, transmissível, altamente contagiosa e comum na infância. O comportamento endêmico e epidêmico do sarampo varia de um local para outro e depende basicamente da relação entre o grau de imunidade e a suscetibilidade da população, bem como da circulação do vírus na área.

Os primeiros casos confirmados no Estado foram relacionados à importação do vírus de doentes que estiveram no estado de São Paulo ou por contato direto com doentes provenientes das cidades do Estado de São Paulo. A partir das investigações realizadas pelas vigilâncias locais, nas últimas semanas vem sendo detectados casos autóctones (sem vínculo com indivíduos de outros estados).

Em Minas Gerais, na série histórica que compreende os anos de 2014 a 2019, tem-se um total de 2.558 notificações de casos suspeitos de sarampo, desses 65,6% no ano de 2019.

Gráfico 21 - Distribuição de casos notificados e confirmados de sarampo, Minas Gerais, 2014-2019

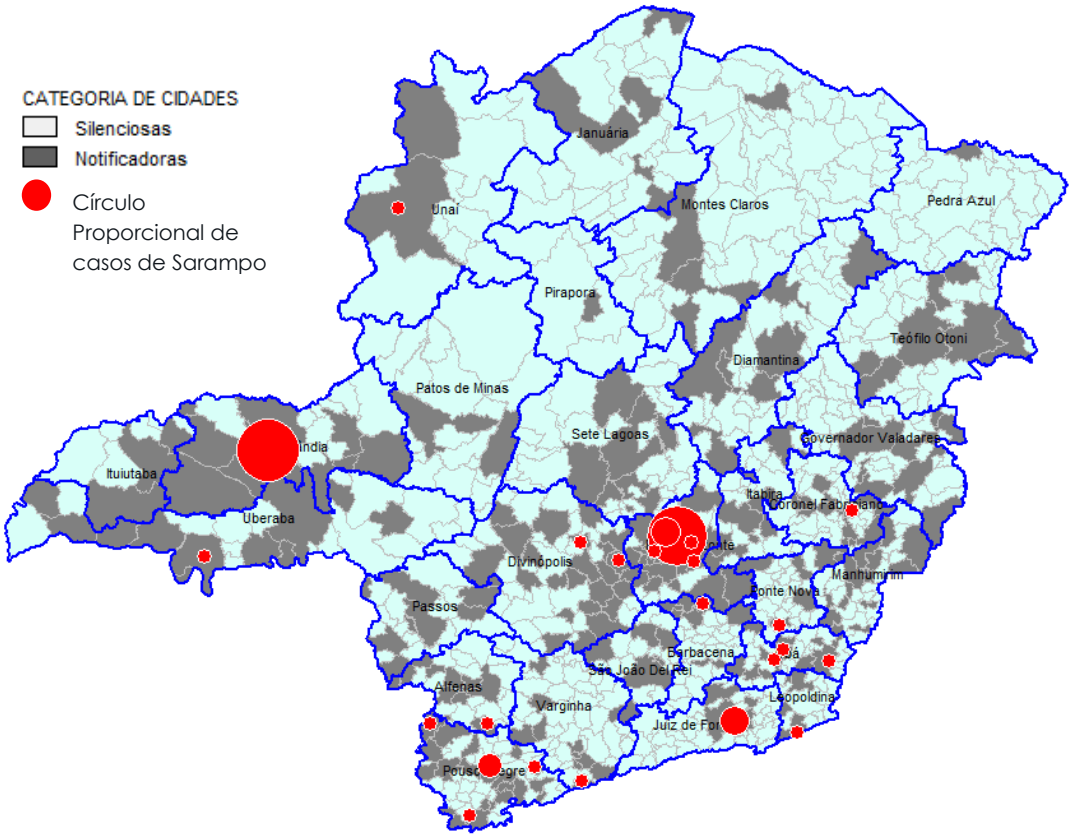


Fonte: DIE/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

No Mapa 3, verifica-se maiores proporções de casos confirmados em municípios adscritos às Unidades Regionais de Saúde de Belo Horizonte e Uberlândia, seguidos por Juiz de Fora e Pouso Alegre.

Rotineiramente serviços e municípios realizam a notificação compulsória de casos suspeitos de doenças exantemáticas (Sarampo e Rubéola). É recomendável àqueles municípios silenciosos por 8 Semanas Epidemiológicas (SE) consecutivas ou 16 SE alternadas, que realizem a busca ativa retrospectiva de casos junto aos atendimentos dos serviços de saúde locais. Se identificada a subnotificação de algum caso, que sejam promovidas as ações de controle (vacinação e atualização do Cartão de Vacinação dos contatos) e orientação aos profissionais de saúde. Além disso, é necessário também verificar a ocorrência de suspeitos no território. O desconhecimento de casos suspeitos, associado a baixas coberturas vacinais coloca o território em risco perante a possibilidade de circulação da doença, uma vez que manifestações clínicas como exantema associados ou não a febre, tosse, coriza e dores articulares são comuns em atendimentos corriqueiros vivenciados nos serviços de saúde.

Mapa 3 - Distribuição espacial dos casos confirmados de sarampo, municípios que notificaram casos e os silenciosos – Minas Gerais, SE 23-42, 2019

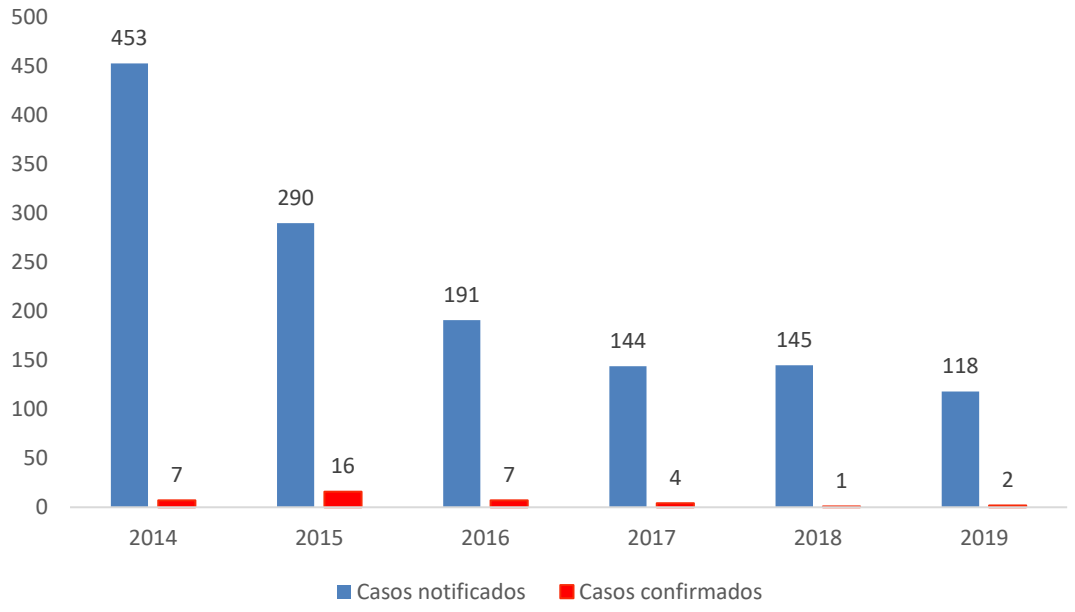


Fonte: CDAT/DAT/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

Desde o dia 29 de outubro de 2019, a Sala de Situação do Centro de Operação de Emergência em Saúde (COES) Sarampo da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) foi inativada. Essa decisão foi tomada tendo em vista a diminuição no número de notificações e suspeitas de sarampo no estado. Assim, a partir de agora, o grupo técnico de vigilância retoma suas rotinas para doenças exantemáticas, dentre elas o sarampo, que terá boletim divulgado quinzenalmente. As ações de notificação, classificação e encerramento final dos casos voltam a ser realizadas de forma descentralizada pelas gestões locais. Por fim, o grupo técnico estadual de vigilância permanece à disposição para discussão técnica de casos, sempre que necessário, em conjunto com técnicos das vigilâncias regionais e municipais durante a vigência de surto ativo da doença.

As notificações de casos suspeitos de rubéola no período de 2014 a 2019 podem ser vistas no Gráfico 22. O decréscimo no número de notificações é perceptível ao longo da série histórica, sobretudo nos últimos 4 anos, fator atribuído ao êxito das campanhas de vacinação contra a rubéola realizadas ao longo dos anos.

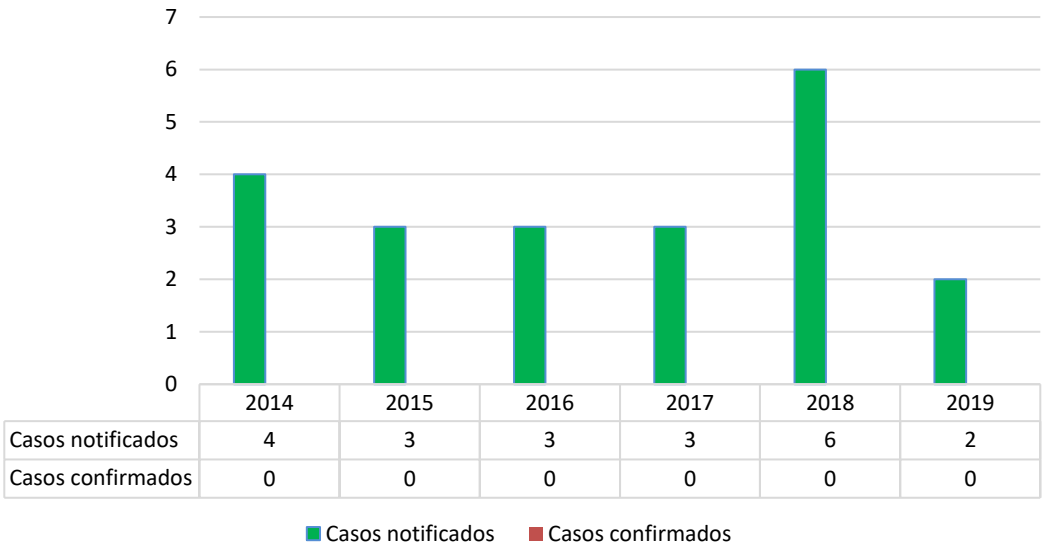
Gráfico 22 - Distribuição de casos notificados e confirmados de rubéola, Minas Gerais, 2014-2019



Fonte: DIE/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

Quanto à **Síndrome da Rubéola Congênita (SRC),** é sabido que esta é uma preocupante complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante o período gestacional, sobretudo, no primeiro trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento fetal e causar aborto, além de morte fetal e anomalias congênitas. No decorrer dos últimos anos, a SRC apresentou aumento de casos suspeitos no ano de 2018, porém, sem nenhuma confirmação da síndrome, fator que também decorre das campanhas de vacinação realizadas (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Distribuição de casos notificados e confirmados de Síndrome de Rubéola Congênita (SRC), Minas Gerais, 2014-2019



	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casos notificados	4	3	3	3	6	2
Casos confirmados	0	0	0	0	0	0

Fonte: DIE/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

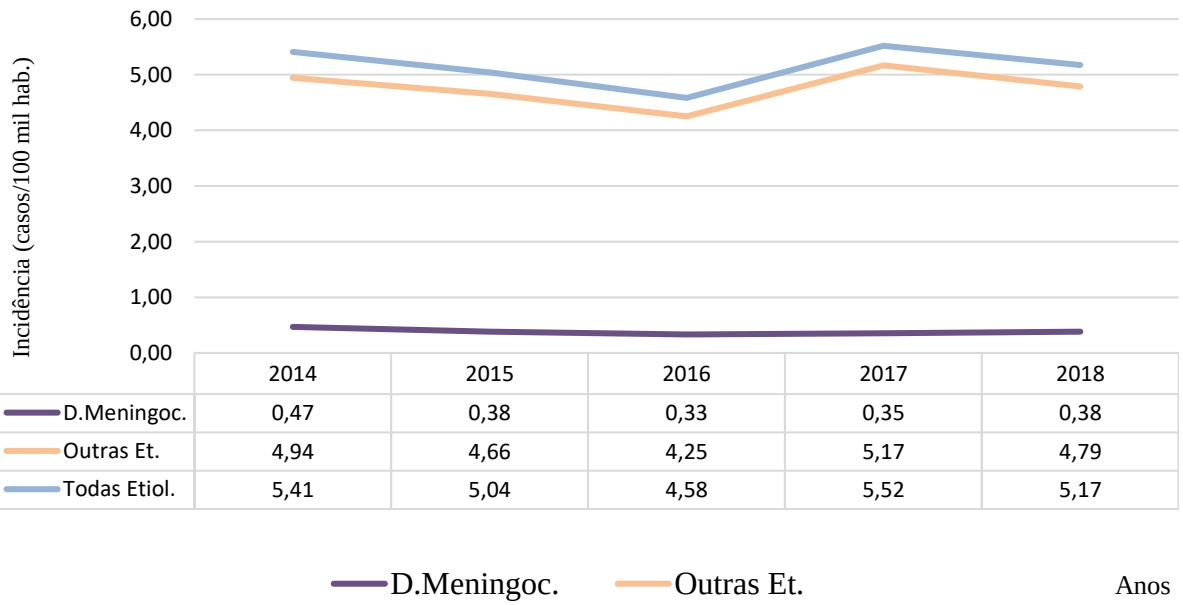
Meningite

A **Meningite** é uma doença que ocorre em todo o mundo e durante todo o ano, de forma endêmica. A doença pode ser causada por vários agentes etiológicos: bactérias, vírus, fungos e parasitas e sua incidência é diversificada no Brasil.

O controle das meningites é realizado sistematicamente pelos serviços de Vigilância Epidemiológica, envolvendo as Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério de Saúde. Alguns agentes etiológicos causadores da doença se caracterizam pela alta transmissibilidade, patogenicidade e potencial de causar epidemias, entre estes agentes destaca-se o meningococo.

As principais formas clínicas da Doença Meningocócica (DM) são a meningite meningocócica, a meningococcemia ou as duas formas associadas. Cerca de 10% a 30% da população é portadora assintomática do meningococo na nasofaringe. Quando há ocorrência de um caso em ambiente familiar, escolar, em creches, em alojamentos, quartéis, entre outros a taxa de portadores assintomáticos tende a aumentar. Fatores como a virulência da cepa bacteriana, o estado imunológico do portador, aglomerados populacionais e fatores ambientais podem desencadear a doença no portador assintomático. A DM é considerada um sério problema de saúde pública devido à sua severidade, evolução rápida e potencial de ocasionar sequelas físicas, epidemias e óbitos.

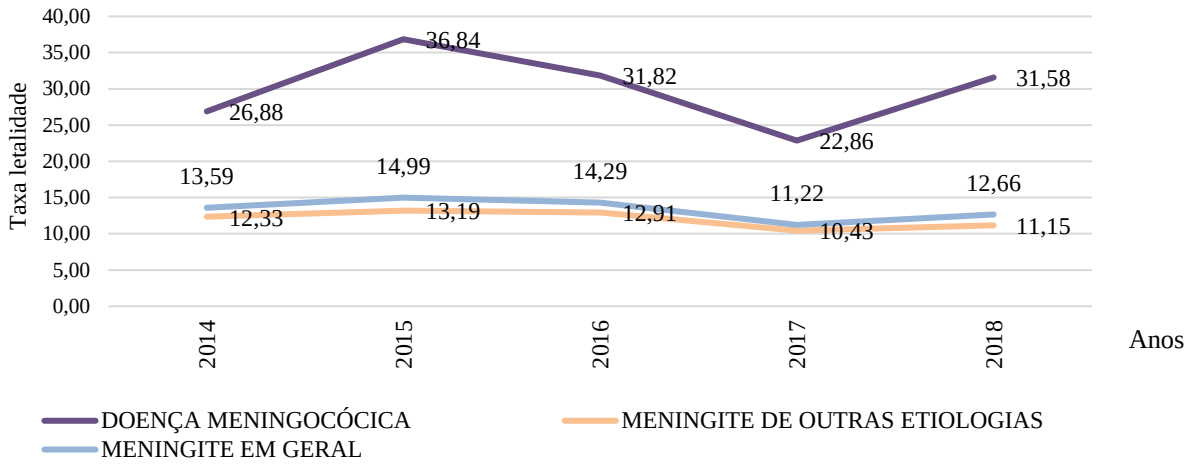
Gráfico 24 - Comparativo das taxas de incidência todas as etiologias meningites, outras etiologias e doença meningocócica, Minas Gerais, 2014-2018



	2014	2015	2016	2017	2018
D.Meningoc.	0,47	0,38	0,33	0,35	0,38
Outras Et.	4,94	4,66	4,25	5,17	4,79
Todas Etiol.	5,41	5,04	4,58	5,52	5,17

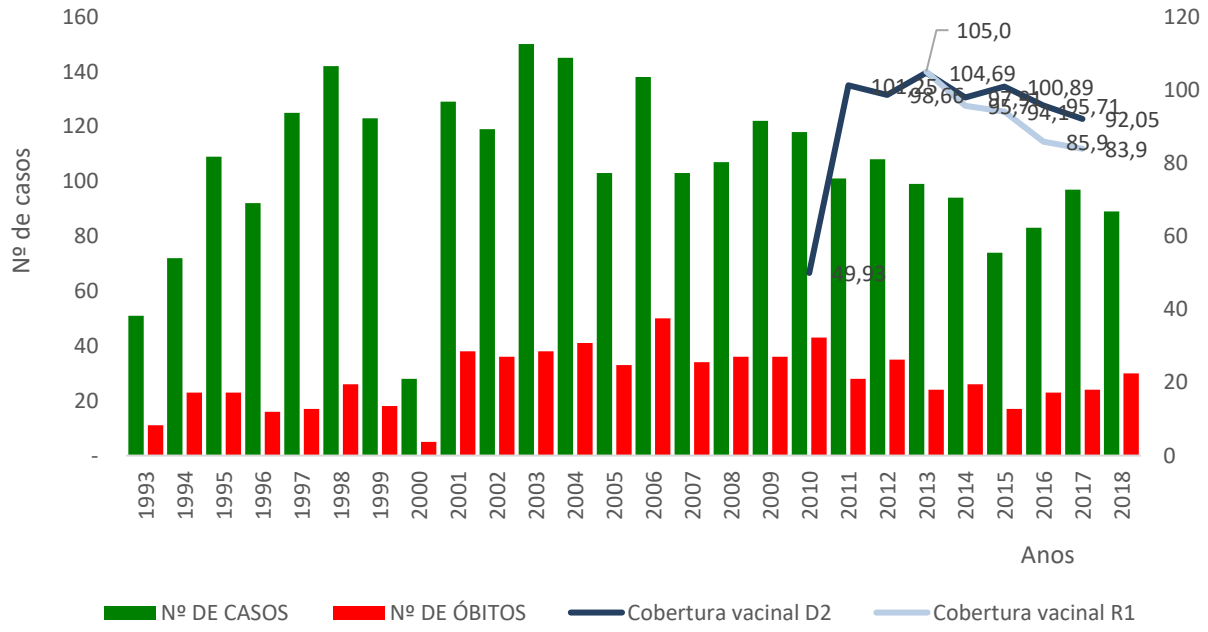
Fonte: CDAT/DAT/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

Gráfico 25 - Comparativo das taxas de letalidade todas as etiologias meningites, outras etiologias e doença meningocócica, Minas Gerais, 2014 a 2018



Fonte: CDAT/DAT/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

Gráfico 26 - Frequência de casos confirmados e óbitos de meningite pneumocócica e cobertura vacinal pneumocócica, Minas Gerais, 1993 a 2018



Fonte: CDAT/DAT/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

Poliomielite

A P**oliomielite** ou "paralisia infantil" é uma doença infecciosa e altamente contagiosa, provocada por um enterovírus humano chamado poliovírus. O vírus é transmitido principalmente pela via fecal oral e menos comumente por água ou alimentos contaminados. O vírus multiplica-se no intestino podendo invadir o Sistema Nervoso Central (SNC) e causar paralisia.

A doença pode manifestar-se de duas maneiras: Infecção sem acometimento do SNC, em que os sinais e sintomas incluem febre, fadiga, cefaleia, mialgia e dor nos membros. Em um número pequeno de casos pode ocorrer Infecção com acometimento do SNC: o poliovírus invade o SNC e a medula espinhal causando a poliomielite.

A doença não tem cura e pode deixar sequelas permanentes. A vacinação é a única maneira de proteger a população da doença. Em outubro de 1994 o Brasil recebeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) o Certificado de Erradicação da Poliomielite. O último caso de poliomielite por vírus selvagens foi identificado em 1989. Desde 1980, são realizadas campanhas de vacinação em massa com a Vacina Oral Poliomielite (VOP) e as coberturas vacinais são elevadas, o que tem contribuído para o desaparecimento da doença. Entretanto, continuam sendo identificados casos de poliomielite relacionados aos vírus vacinais em outros países.

O controle da poliomielite é realizado sistematicamente pelos serviços de saúde, conforme recomendações do Ministério de Saúde. O monitoramento da erradicação da poliomielite é feito a partir da vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA). Por isso, todo caso de deficiência motora aguda e flácida em menores de 15 anos deve anos deve ser investigado e acompanhado. O monitoramento é realizado por indicadores e metas mínimas a seguir cuja série histórica é apresentada no Quadro 2:

I. Taxa de notificação de paralisia flácida aguda – identificar por ano, no mínimo, um caso de PFA para cada 100 mil habitantes menores de 15 anos de idade;

II. Proporção de casos investigados em 48 horas – pelo menos 80,0% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas após a notificação;

III. Proporção de casos com coleta oportuna de fezes – pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise;

IV. Proporção de notificação negativa/positiva semanal – pelo menos 80% das unidades notificantes devem informar a ocorrência ou não de casos de PFA, semanalmente.

Quadro 2 - Série histórica de indicadores para o monitoramento da PFA, Minas Gerais, 2010-2018

Ano de Deficiência Motora	Casos Notificados	Taxa de Notificação (1:100.000hab)	Coleta Adequada (%)	Notificação Negativa (%)	Investigação em 48h	Revisita até 60 dias do déficit motor
2010	57	1,3	93	76,2	100	50,9
2011	61	1,4	83,6	83,8	98,4	26,2
2012	46	1	82,6	74,7	100	45,7
2013	28	0,6	71,4	75,9	89,3	0
2014	31	0,7	61,3	71,2	100	25,8
2015	43	1	67,4	64,6	97,7	51,2
2016	62	1,4	46,8	60,7	93,5	32,3
2017	34	0,8	58,8	63,5	97,1	29,4
2018	38	0,8	59,5	68,6	100	34,21

Fonte: CDAT/DAT/SVE/SubVS/SES-MG. Dados parciais sujeitos a revisão/alteração.

Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA)

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

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

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

Tabela 4 - Número de casos de doenças diarreicas, população geral e taxa de incidência em Minas Gerais, 2013-2018

Ano	Nº Casos de Doença Diarreica Aguda - DDA	População Geral	Taxa de Incidência por 1.000 hab.
2013	325.886	20.593.356	15,82
2014	460.508	20.734.097	22,21
2015	394.648	20.869.101	18,91
2016	413.201	20.997.560	19,68
2017	442.398	21.119.536	20,95
2018	477.945	21.040.662	22,72

Fonte: SIVEP/MDDA – SES-MG.

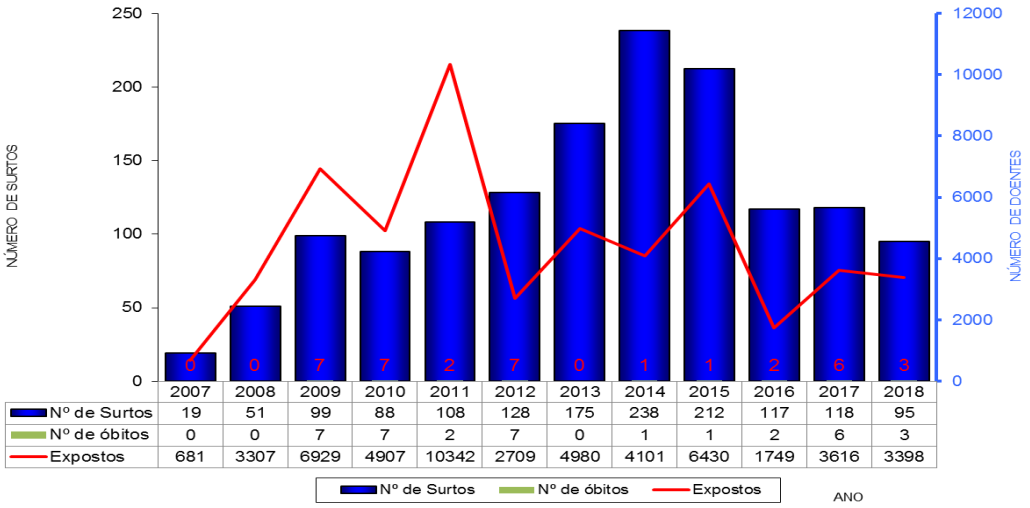
Atualmente, no Estado, o sistema de vigilância sentinela das doenças diarreicas agudas (0-SIVEP-DDA) conta com 4.818 unidades de saúde que atendem doenças diarreicas com sistema de

monitorização implantado. No ano primeiro semestre de 2019, de um total de 354 surtos detectados no 1º semestre de 2019, 174 (49,15%) foram investigados. Apenas 53 surtos (30,46%) tiveram amostras coletadas, o que representa um quantitativo aquém do necessário no que se refere à elucidação do agente etiológico causador, comprometendo o encerramento dos surtos. Portanto, é necessário aumentar a sensibilidade e a oportunidade da coleta de amostras clínicas nas situações de surtos de doenças diarreicas agudas.

A **Vigilância Epidemiológica das DTHA (VE-DTHA)** embasa-se na monitorização dos surtos de DTHA e dos casos das doenças compulsórias diarreicas por meio de notificação espontânea de surtos causados por alimentos e água, com o objetivo de identificar alterações de padrão de ocorrência das DTHA, os fatores de risco, os agentes causais e implementar medidas de controle e prevenção de novos surtos.

O número de surtos de DTHA no Estado, nos anos de 2014 e 2015 apresentaram os maiores registros (236 em 2014 e 213 em 2015) em comparação com períodos anteriores e posteriores. Entretanto, é importante destacar que ainda existe uma expressiva subnotificação destes eventos, o que reforça a necessidade do constante aprimoramento da comunicação eficaz e do trabalho integrado entre as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental e laboratorial, atenção básica e rede assistencial) na notificação, detecção e monitorização dos casos suspeitos, bem como a sensibilização das vigilâncias em saúde municipais na realização de correta, integrada e completa investigação de todos os surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) que ocorrerem no território.

Gráfico 27 - Número de surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar, número de pessoas expostas e de óbitos, por ano de ocorrência em Minas Gerais, 2007-2018



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de Surtos	19	51	99	88	108	128	175	238	212	117	118	95
Nº de óbitos	0	0	7	7	2	7	0	1	1	2	6	3
Expostos	681	3307	6929	4907	10342	2709	4980	4101	6430	1749	3616	3398

Fonte: SIVEP/MDDA – SES-MG.

A detecção de um surto ou agregado de casos de DTHA pode ocorrer de diversas maneiras: informalmente, a partir de rumores na comunidade ou na mídia, ou formalmente, por meio da

notificação pelos profissionais de saúde. Dessa forma, é importante monitorar todas as fontes de informação e avaliar cautelosamente a veracidade dos fatos e suas possíveis consequências.

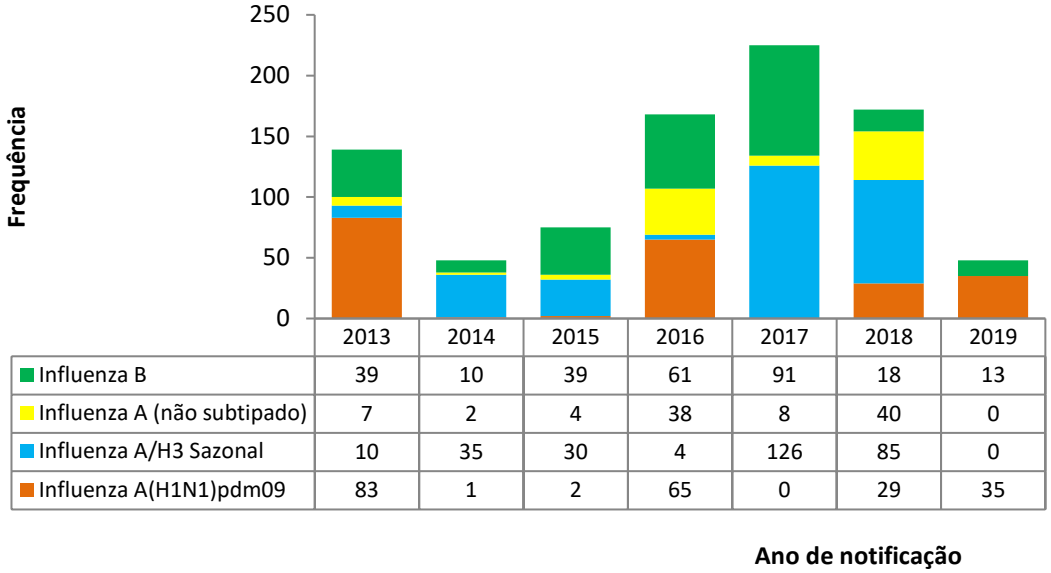
Influenza

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

A vigilância da influenza no Brasil é subdividida em dois modelos de vigilância: composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG de casos hospitalizados. A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença nos períodos de alta sazonalidade. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos e tem como objetivo identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do MS e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A vigilância laboratorial permite a identificação do vírus Influenza, Parainfluenza, Adenovírus, Metapneumovírus e Vírus Sincicial Respiratório e outros vírus respiratórios.

No estado de Minas Gerais, o padrão de circulação desses agentes é bem diversificado com alterações anuais de vírus predominante. As unidades sentinelas tem papel relevante para detectar oportunamente essas alterações e encaminhar amostras para avaliação internacional e composição de vacinas. Os gráficos 28 e 29 ilustram a padrão de circulação dos vírus respiratórios, de 2013 a 2019, no Estado de Minas Gerais, com as amostras coletadas nas unidades sentinelas de síndrome gripal.

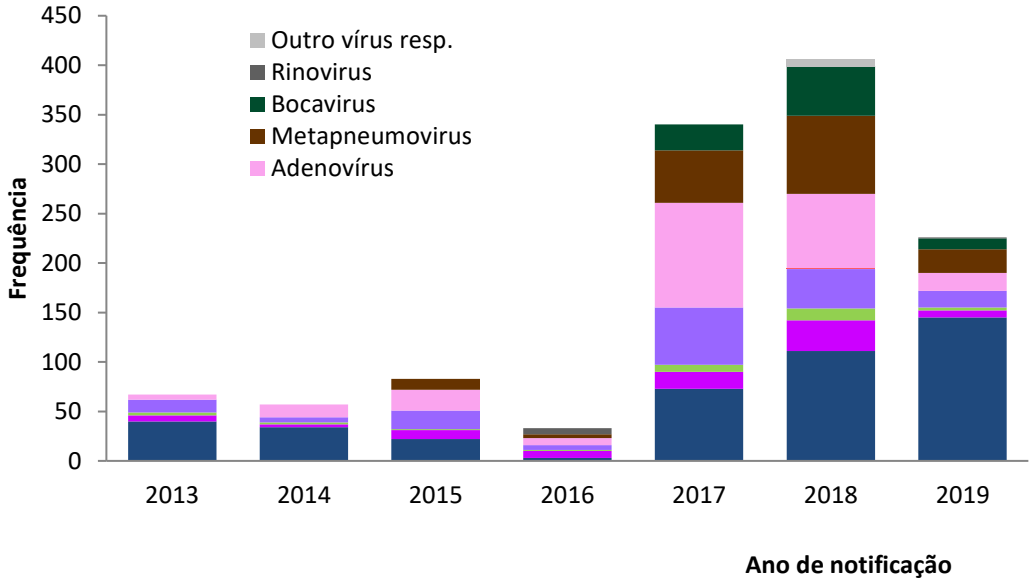
Gráfico 28 - Síndrome Gripal por Influenza, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Influenza B	39	10	39	61	91	18	13
Influenza A (não subtipado)	7	2	4	38	8	40	0
Influenza A/H3 Sazonal	10	35	30	4	126	85	0
Influenza A(H1N1)pdm09	83	1	2	65	0	29	35

Fonte: SIVEP Gripe on-line, consulta em 03/07/2019. Dados sujeitos a alterações.

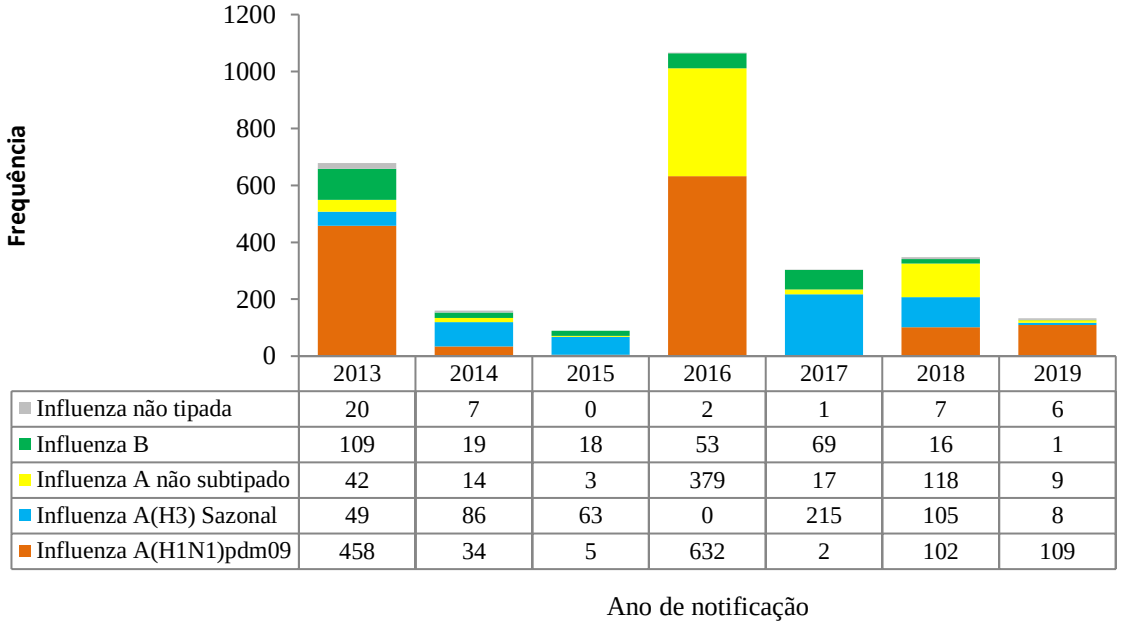
Gráfico 29 - Síndrome Gripal por outros vírus respiratórios, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019



Fonte: SIVEP Gripe online, consulta em 03/07/2019. Dados sujeitos a alterações.

Em relação aos Gráficos 30 e 31 evidencia-se o padrão de circulação dos vírus respiratórios, de 2013 a 2019, no Estado de Minas Gerais, com as amostras coletadas na vigilância universal de SRAG.

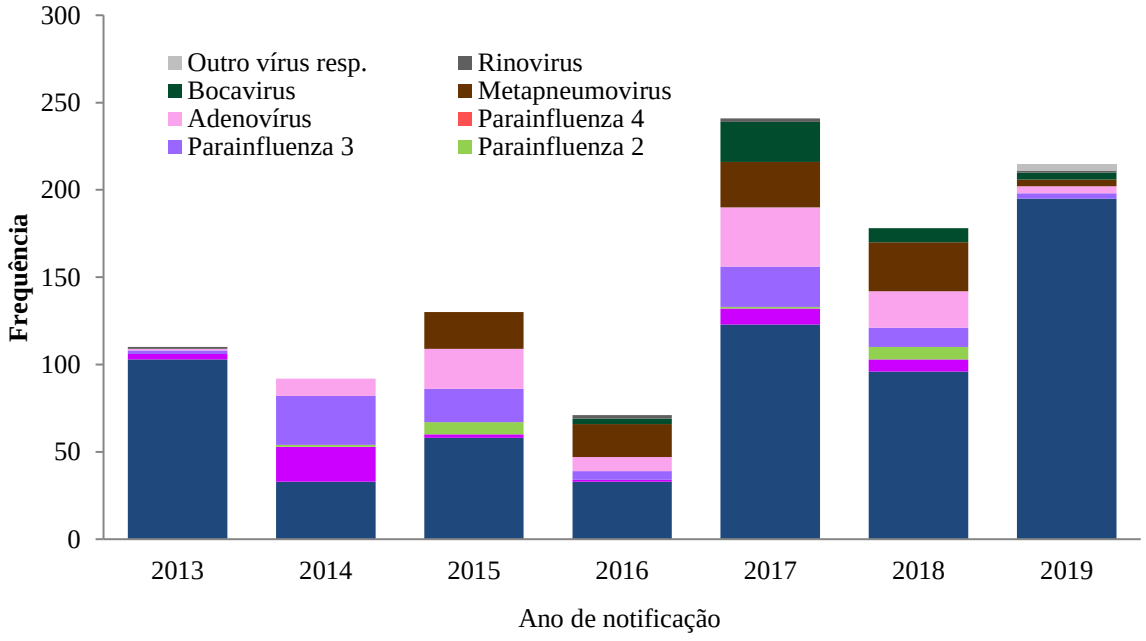
Gráfico 30 - Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Influenza não tipada	20	7	0	2	1	7	6
Influenza B	109	19	18	53	69	16	1
Influenza A não subtipado	42	14	3	379	17	118	9
Influenza A(H3) Sazonal	49	86	63	0	215	105	8
Influenza A(H1N1)pdm09	458	34	5	632	2	102	109

Fonte: Sinan Influenza on-line, consulta em 03/07/2019. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 31 - Síndrome Respiratória Aguda Grave por outros vírus respiratórios, Minas Gerais, janeiro/2013-junho/2019



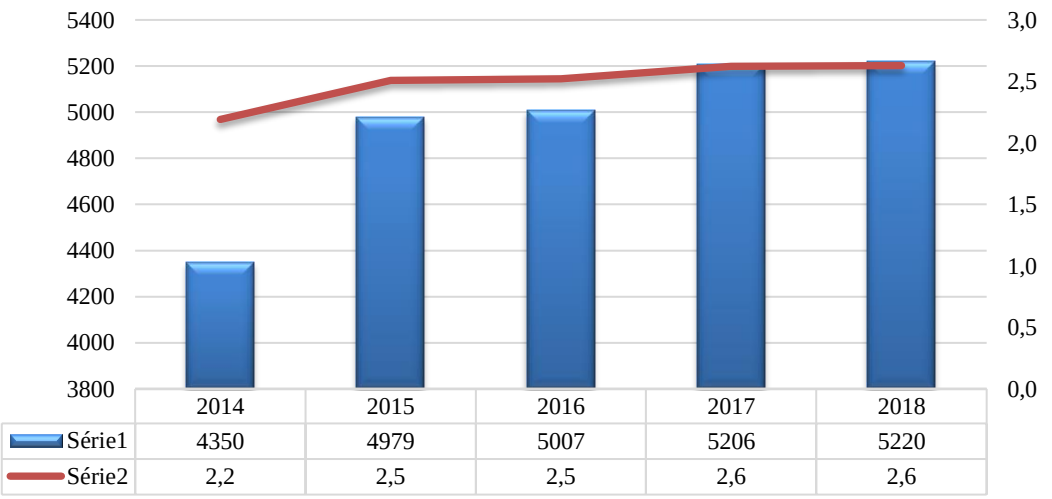
Fonte: Sinan Influenza on-line, consulta em 03/07/2019. Dados sujeitos a alterações.

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS)

Apesar dos avanços existentes em relação ao diagnóstico e tratamento do **Vírus da Imunodeficiência Humana** (HIV/AIDS), o cenário epidemiológico do agravo mostra um aumento do número de casos, representando um problema de saúde pública relevante no Estado de Minas Gerais.

Em 2018, foram notificados no Estado de Minas Gerais 5.220 novos casos de HIV/AIDS, representando uma taxa de incidência de 2,6 casos para cada 10.000 habitantes, conforme descrito no Gráfico 32:

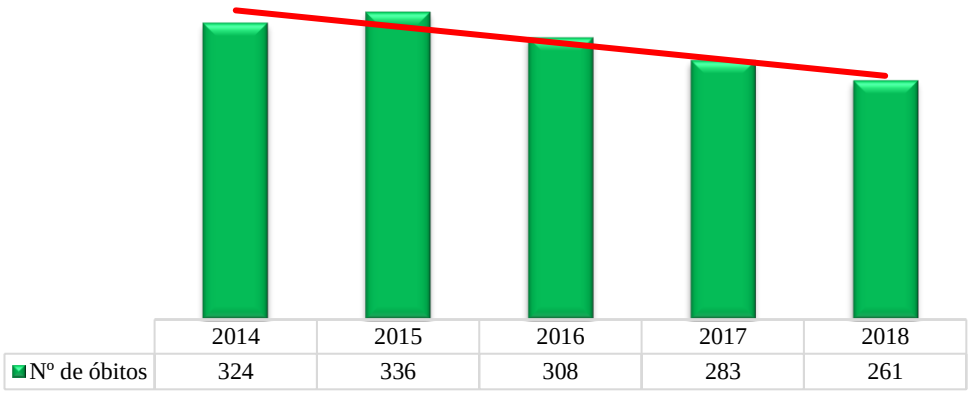
Gráfico 32 - Incidência (por 10.000 hab.) / Frequência de casos de HIV/AIDS, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, de 2014 a 2018



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES-MG/SUBVS-SVE-DVCC-CIST.*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 09/10/2019

A estratégia do diagnóstico e tratamento precoce preconizado pelos protocolos clínicos vigentes e o avanço do tratamento antirretroviral influenciaram diretamente na morbimortalidade das pessoas que convivem com HIV. No período de 2014 a 2018 tivemos uma queda de 19% na taxa de mortalidade.

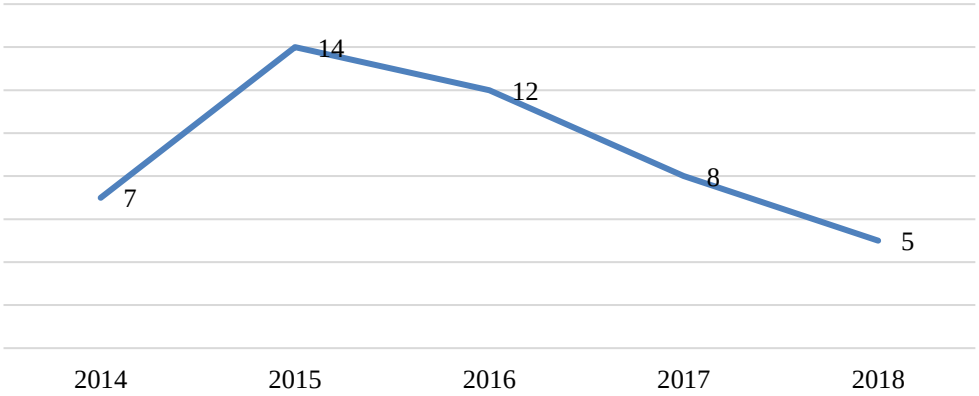
Gráfico 33 - Número de óbitos por HIV/AIDS, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES-MG/SUBVS-SVE-DVCC-CIST.*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 09/10/2019.

Em relação à transmissão vertical, em 2018 foram notificados 5 casos no estado de Minas Gerais. Destaca-se que uma das prioridades do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis é a eliminação da transmissão vertical do HIV.

Gráfico 34 - Número de diagnósticos de HIV/Aids por transmissão vertical, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2014-2018



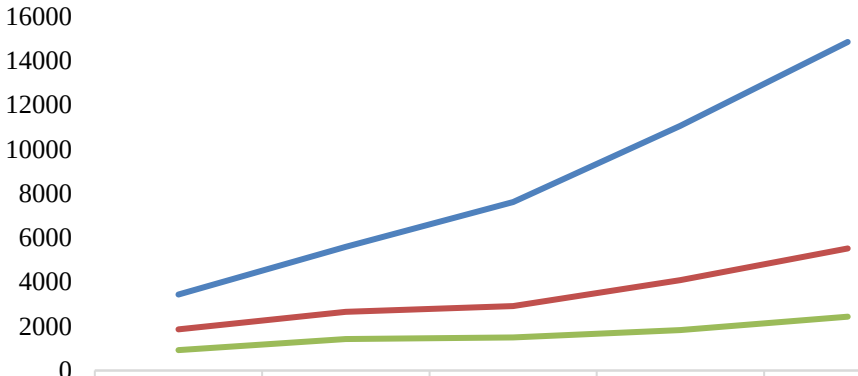
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES-MG/SUBVS-SVE-DVCC-CIST. *Dados parciais sujeito a alterações e revisões apurados em 09/10/2019.

Sífilis

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um grave problema de saúde no país. A **Sífilis** merece destaque, em virtude da tendência no recrudescimento do número de casos, principalmente em gestantes, tornando-se um grande desafio para os profissionais de saúde.

Os dados de sífilis no Estado de Minas Gerais mostram um aumento progressivo de casos, conforme Gráfico 35:

Gráfico 35 - Número de casos de Sífilis Adquirida, Congênita e Gestante, por ano de diagnóstico, Minas Gerais, 2010-2018



	2014	2015	2016	2017	2018
Sífilis Adquirida	3434	5588	7608	11056	14846
Sífilis Gestante	1860	2654	2912	4087	5515
Sífilis Congênita	922	1429	1495	1833	2433

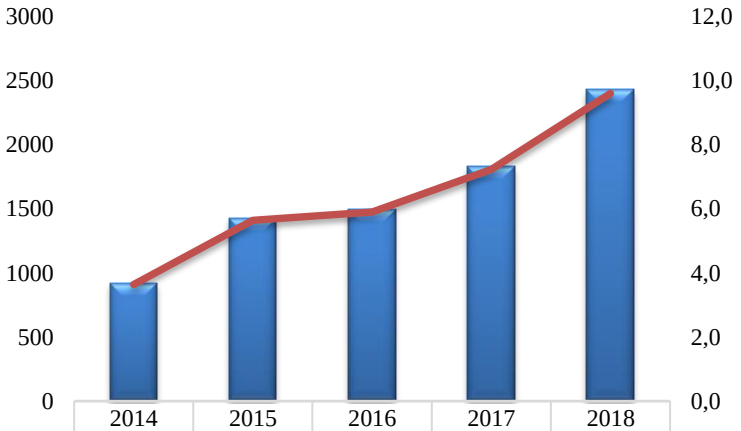
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES-MG/SUBVS-SVE-DVCC-CIST.*Dados parciais sujeitos a alterações e revisões apurados em 09/10/2019.

A sífilis é uma infecção curável e que pode ser evitada, sendo que o preservativo se destaca como uma forma eficaz de prevenção. Para controle da Sífilis Congênita, o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e o estabelecimento do tratamento adequado são de extrema importância para a estratégia de diminuição da transmissão vertical da sífilis.

É importante ressaltar que a sífilis tem cura e o tratamento de escolha é a penicilina Benzatina, que está disponível no SUS e pode ser aplicada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O número de casos de Sífilis Congênita no estado de Minas Gerais teve um aumento significativo quando comparado ao ano de 2010. Atualmente, a incidência da Sífilis Congênita é de 9,6 a cada 1.000 nascidos vivos.

Gráfico 36 - Incidência (por 1.000 NV) /Frequência de casos de sífilis Congênita por ano de notificação, Minas Gerais, 2010-2018



	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de casos	922	1429	1495	1833	2433
Incidência/ 1.000 NV	3,6	5,6	5,9	7,2	9,6

Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES-MG/SUBVS-SVE-DVCC-CIST. *Dados parciais sujeitos a alterações e revisões apurados em 09/10/2019.

Diante do aumento do número de casos, o Estado de Minas Gerais está desenvolvendo ações de prevenção, promoção e foco no tratamento para a Sífilis. Atualmente o Estado de Minas Gerais está ampliando o diagnóstico precoce, através da implantação de teste rápido na Atenção Primária. A fim de evitar os casos de Sífilis Congênita, criou-se o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de IST no estado, nas Unidades Regionais de Saúde e nos municípios prioritários (Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Vespasiano, Sabará e Belo Horizonte). Os dados epidemiológicos referentes ao agravo estão sendo publicizados pela Coordenação IST/Aids e Hepatites Virais a cada 3 meses.

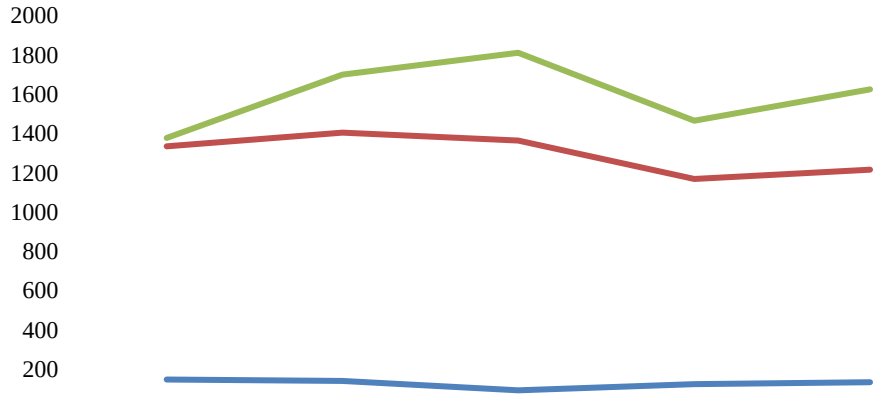
Hepatites Virais

As **Hepatites virais** representam um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas quando estas aparecem, os indivíduos podem apresentar cansaço, febre, mal-estar, tontura e enjoo, vômitos, dores

abdominais, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C.

Em Minas Gerais, observa-se um predomínio de casos de Hepatite C, mas é importante ressaltar que há uma subnotificação considerável do agravo.

Gráfico 37 - Frequência de casos de Hepatites Virais A, B e C por ano de notificação, Minas Gerais, 2014-2018



	2014	2015	2016	2017	2018
Hepatite A	147	140	92	123	133
Hepatite B	1336	1405	1365	1169	1216
Hepatite C	1378	1701	1812	1465	1626

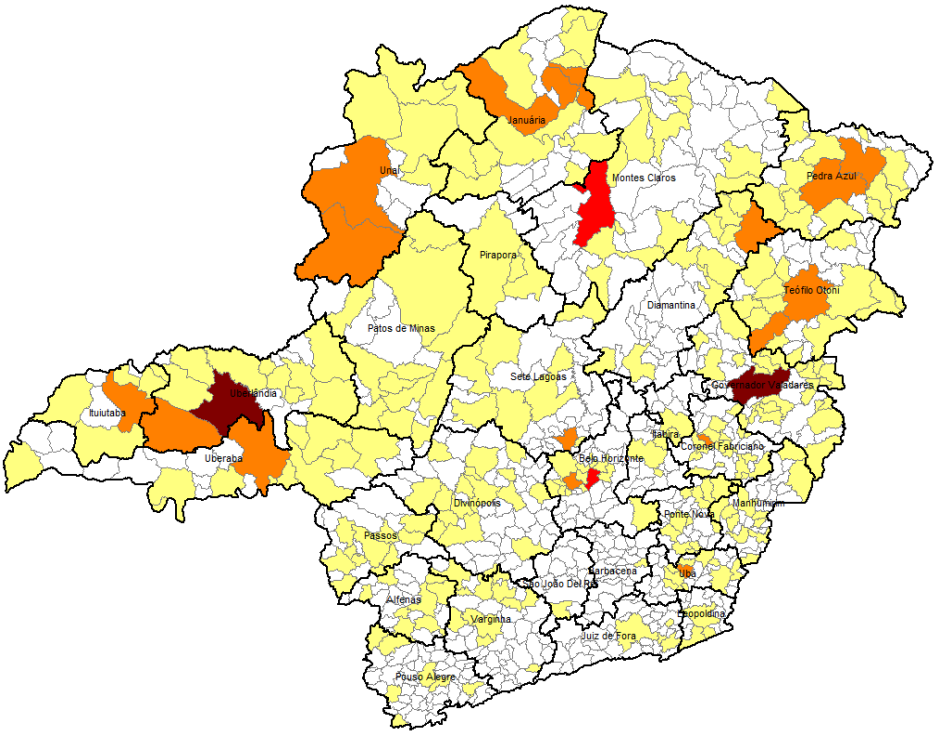
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES-MG/SUBVS-SVE-DVCC-CIST. *Dados parciais sujeitos a alterações e revisões apurados em 09/10/2019.

É importante enfatizar que as hepatites virais são doenças que podem ser prevenidas. A Hepatite A é totalmente curável quando o portador segue corretamente todas as recomendações médicas e a melhor forma de evitar a doença é a partir do aprimoramento das condições de saneamento básico e de higiene. Quanto às Hepatites B e C, é importante sempre utilizar o preservativo nas relações sexuais e não compartilhar com outras pessoas objetos que possa ter entrado em contato com o sangue. Além dessas formas de prevenção citadas, ressalta-se que para a Hepatite A e B existe vacina.

Hanseníase

A **Hanseníase** é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo *Micobacterium leprae*, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional. No Estado de Minas Gerais foram notificados 1052 casos novos de hanseníase em 2018 e todas as regionais de saúde registraram casos da doença. No Mapa 4 é possível observar áreas com maior concentração de casos (destacado nas cores mais escuras). Percebe-se também a existência de municípios silenciosos, ou seja, que não registraram nenhum caso novo em 2018, correspondendo a 67,17% dos municípios mineiros.

Mapa 4 - Distribuição do número de casos novos de Hanseníase, em residentes, no estado de Minas Gerais, notificados em 2018



Legenda:

- Sem notificação
- < 10 casos
- 10 a 29 casos
- 30 a 49 casos
- ≥ 50 casos

Fonte: Sinan/Hanseníase/SES-MG, 11/10/2019.

Apesar da redução do número de casos de hanseníase serem observados no mundo e no Brasil, o controle efetivo da doença ainda não é uma realidade. Conforme demonstrado na Tabela 5, Minas Gerais, também tem registrado diminuição progressiva do número de casos novos notificados nos últimos anos, entretanto, demonstra um cenário epidemiológico ainda preocupante. Alguns indicadores confirmam essa situação ainda desfavorável, como por exemplo: Casos novos com incapacidade física já instalada no momento do diagnóstico, sendo que em 2018, 11,65% dos casos possuíam grau 2 de incapacidade; Detecção em menores de 15 anos, correspondendo em 2018 a 5,6% dos casos novos, sendo importante destacar que o acometimento nesta faixa etária pressupõe a convivência com adultos doentes sem diagnóstico e/ou tratamento, caracterizando transmissão ativa recente e, portanto, evento sentinela.

Em relação aos contatos dos casos novos de hanseníase, Minas Gerais examinou em 2018, 75,07% dos contatos registrados. No que se refere a proporção de cura dos casos novos da doença, o estado

registrou melhora desse indicador no último ano, atingindo 92,55% em 2018 e sendo, portanto, classificado como 'bom' pelo MS.

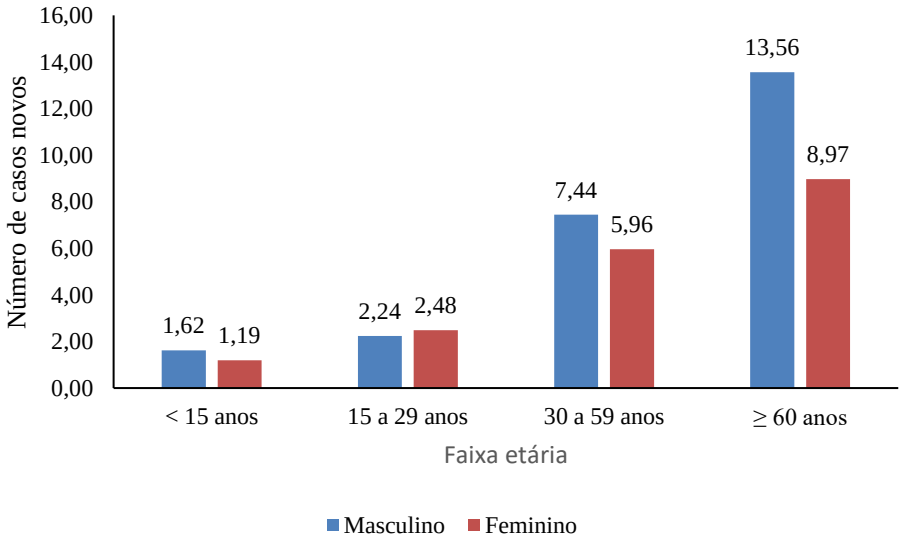
Tabela 5 - Situação Epidemiológica da hanseníase, Minas Gerais, 2013-2018

INDICADORES	Ano					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção de municípios silenciosos: sem diagnóstico de casos novos no ano (n)	64,5% (550)	64,5% (550)	64,4% (549)	65% (554)	64,7% (552)	67,17% (573)
Número absoluto de casos novos de hanseníase	1.220	1.215	1.141	1.106	1.095	1052
Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase (por 100.000 habitantes)	6,2	5,86	5,47	5,27	5,26	5,22
Proporção de casos novos em menores de 15 anos (n)	3,9% (48)	4,5% (55)	3,9% (45)	5,1% (56)	5,6% (62)	5,6% (59)
Proporção de contatos de casos novos de hanseníase examinados entre os registrados (%)	81,9	90,7	94,5	94,6	93,6	75,07
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no diagnóstico	94,1	92,1	92,2	92,5	89,5	91,31
Proporção de casos novos de hanseníase curados nas coortes (%)	87,9	88,4	89,4	87,1	86,8	92,55
Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade no diagnóstico (%)	10,5	10,9	12,4	14,0	12,0	11,65

Fonte: Sinan/Hanseníase/SES-MG, 16/10/2019.

Outro indicador importante é a taxa de detecção de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes. Em 2018, observa-se que a taxa de detecção na população masculina foi maior que na população feminina em quase todas as faixas etárias, sobretudo a partir dos 30 anos de idade, com destaque da detecção de hanseníase no sexo masculino a partir dos 60 anos de idade. Já na faixa etária de 15 a 29 anos, nota-se uma discreta predominância de casos no sexo feminino.

Gráfico 38 - Distribuição da taxa de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil habitantes), por sexo e faixa etária, em Minas Gerais, no ano de 2018



Fonte: Sinan/Hanseníase/SES-MG, 11/10/2019.

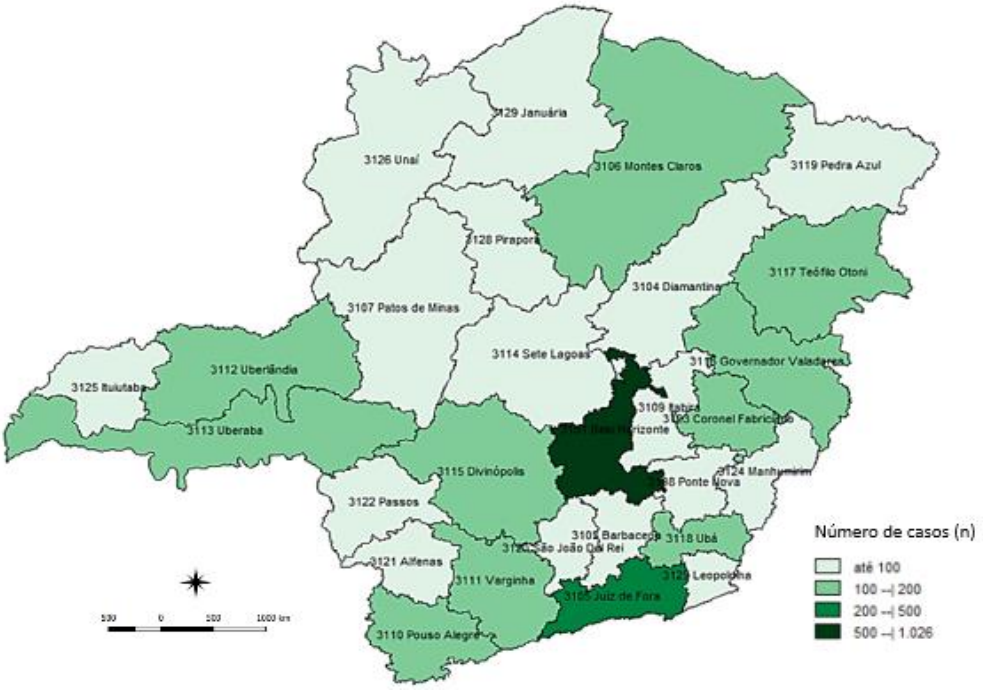
Como forma de estabelecer o compromisso político do Estado de Minas Gerais na implementação de estratégias e definição de responsabilidades de cada ponto da rede de atenção, foi lançado, em 2019, o **"Plano Estadual de Enfrentamento da Hanseníase: estratégias, diretrizes e vigilância"**. O plano foi desenvolvido em consonância com a **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020**, que possui os seguintes pilares: 1) fortalecer o controle, a coordenação, as parcerias e as estratégias de governança; 2) combater a hanseníase e suas complicações; e, 3) combater a discriminação e promover a inclusão.

Com a implementação do Plano Estadual, espera-se alcançar as seguintes metas em Minas Gerais, até 2022: aumentar a detecção geral de casos novos em 10%; reduzir a proporção de casos novos em menores de 15 anos em 20% (de 5% para 4%); e, reduzir a proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade do parâmetro alto para regular (menor que 10%).

Tuberculose

A **Tuberculose** se constitui como um importante problema de saúde pública, sendo ainda registrados muitos casos da doença em diversos locais do mundo. No cenário nacional, Minas Gerais é o 5º estado com o maior número de casos de tuberculose no país e registrou, em 2018, 4.225 casos da doença. Nesse mesmo ano, dos 853 municípios do Estado, 549 (64,4%) registraram pelo menos um caso de tuberculose entre os seus residentes. Dos casos novos notificados (N=3.618), 47,5% ocorreram nas Unidades Regionais de Saúde de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros e Uberlândia, entretanto, observa-se que todas as URS registraram casos da doença em 2018 (Mapa 5).

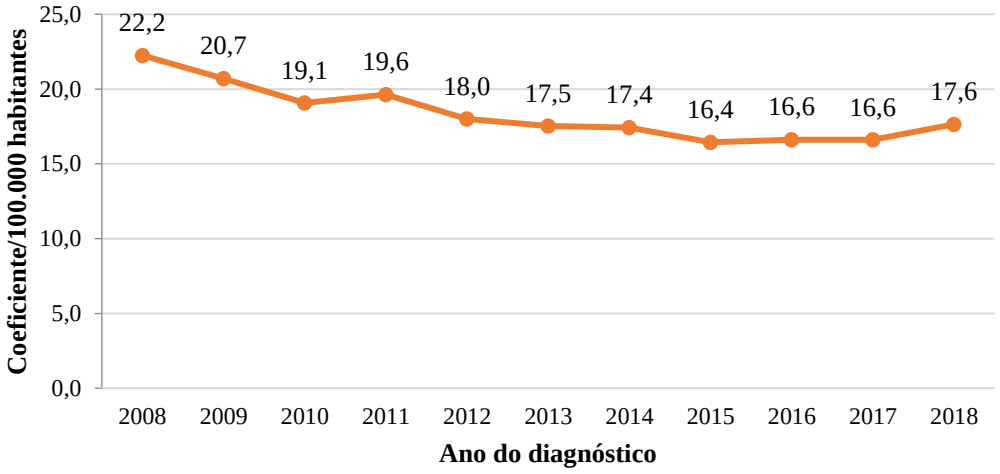
Mapa 5 - Distribuição dos casos novos de tuberculose, por Unidade Regional de Saúde de residência, Minas Gerais, 2018



Fonte: Sinan/CTH/SES-MG, 14/10/2019.

Conforme pode ser observado na Gráfico 39, na série histórica dos anos de 2008 a 2018, o coeficiente de incidência por tuberculose em Minas Gerais variou entre 22,2 casos/100 mil habitantes em 2008 e 16,4 casos/100 mil habitantes em 2015. Em 2018, o coeficiente foi de 17,6 casos/100 mil habitantes, valor inferior ao apresentado no Brasil no mesmo período.

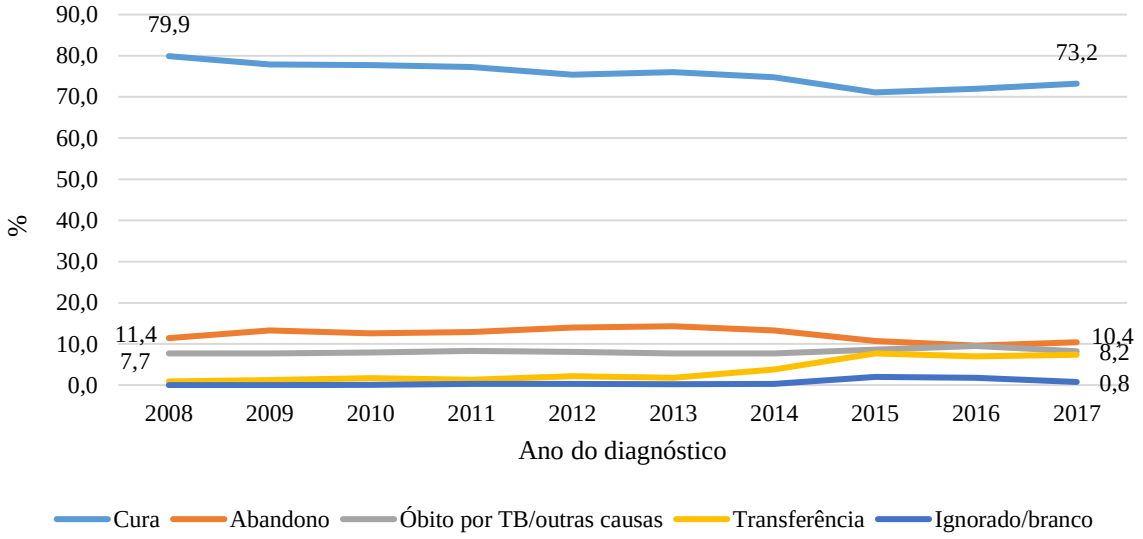
Gráfico 39 - Coeficiente de incidência por tuberculose, Minas Gerais, 2008-2018*



Fonte: Sinan/CTH/SES-MG, 15/04/2019; SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG, 12/09/2019. *Dados parciais sujeitos a alteração.

No período de 2008 a 2017, o percentual de cura dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial apresentou o valor médio de 74,4%, variando de 79,9% em 2008 e 71,1% em 2015. Observa-se aumento dos casos curados nos anos de 2016 e 2017, chegando nesse último ano a 73,2% dos casos. Vale ressaltar que, embora tenha sido registrado aumento da cura em 2017, o MS define como meta para esse indicador um mínimo de 85% de cura. Salienta-se ainda que o percentual de abandono de tratamento dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial variou de 14,3% em 2013 e 9,6% em 2016, chegando em 2017 a 10,4% dos casos encerrados por abandono no estado, conforme exposto no Gráfico 40:

Gráfico 40 - Percentual de cura, abandono, óbito, transferência e em branco/ignorado dos casos novos de tuberculose pulmonares com confirmação laboratorial, Minas Gerais, 2008-2017



Fonte: Sinan/CTH/SES-MG, 13/09/2019.

Diante do cenário epidemiológico da tuberculose e reforçando o compromisso político no enfrentamento da doença no Estado, foi lançado, em 2019, o **"Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais"**. O documento foi elaborado em consonância com a **Estratégia pelo Fim da Tuberculose** da OMS e MS e traz os seguintes pilares: 1) Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose; 2) políticas arrojadas e sistemas de apoio; e 3) intensificação da pesquisa e inovação.

Com a implementação do Plano Estadual, espera-se alcançar duas grandes metas: redução do coeficiente de incidência de tuberculose para menos de 10 casos a cada 100 mil habitantes, e redução do coeficiente de mortalidade para menos de 1 óbito a cada 100 mil habitantes.

Cobertura vacinal

As vacinas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual. Dentre elas destacam-se as que previnem contra infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil, as que estão em fase de erradicação global como a Pólio, para a prevenção do sarampo e rubéola, além das vacinas responsáveis por combater doenças com compromisso de eliminação na região das Américas, dentre outras. As coberturas vacinais estiveram em alta por muitos anos, porém, vêm caindo nos últimos anos, colocando em alerta especialistas e profissionais da área.

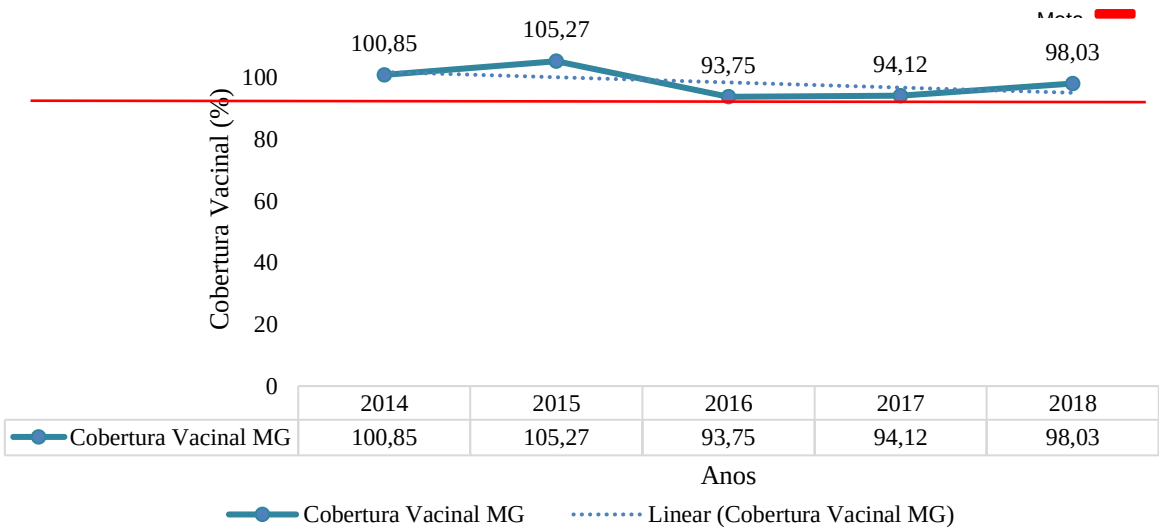
Vacina BCG

A **Vacina BCG** (bacilo de *Calmette e Guérin*) é indicada para prevenir as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea). O esquema de vacinação com a vacina BCG corresponde à dose única o mais

precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade.

Na rotina, a vacina pode ser administrada em crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias. No caso de contato intradomiciliar de paciente com diagnóstico de hanseníase que não apresenta sinais e sintomas, independentemente de ser paucibacilar ou multibacilar, o esquema de vacinação deve considerar a história vacinal do contato. A vacina BCG tem como meta a vacinação de 90% das crianças menores de 1 ano de idade.

Gráfico 41 - Cobertura Vacinal (CV) contra a tuberculose (BCG) em < 1 ano. Minas Gerais, 2014-2018



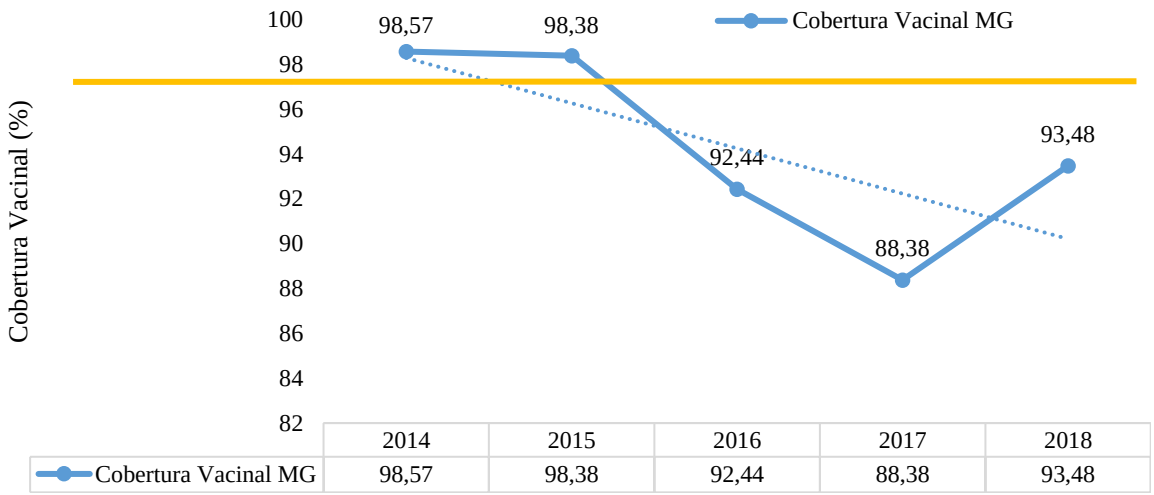
Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Em relação à vacina BCG, verifica-se cobertura acima de 90% no período de 2014 a 2018. O ano que apresentou maior cobertura vacinal foi 2015, atingindo 105,27% e, o ano que apresentou menor cobertura vacinal foi 2016, com uma cobertura de 93,75%.

Vacina Rotavírus

A V**acina Rotavírus** é indicada para a prevenção de gastroenterites causadas por rotavírus dos sorotipos G1 em crianças menores de 1 ano de idade. O esquema corresponde a duas doses, administradas aos 2 e aos 4 meses de idade. A primeira dose pode ser administrada a partir de 1 mês e 15 dias até 3 meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 meses e 15 dias até 7 meses e 29 dias. Deve ser mantido o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. A vacina rotavírus tem como meta a vacinação de 90% das crianças menores de 1 ano de idade.

Gráfico 42 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Oral de Rotavírus Humano (VRH) em < 1 ano, MG, 2014-2018



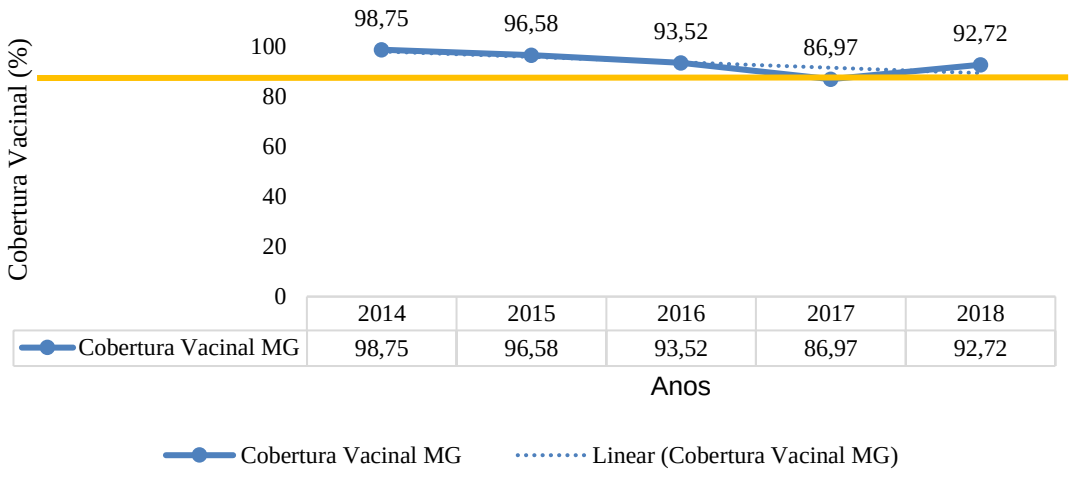
Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Para a vacina rotavírus verifica-se cobertura acima de 90% nos anos de 2014 (98,57%), 2015 (98,38%), 2016 (92,44%) e 2018 (93,48%). O ano que apresentou maior cobertura vacinal foi 2014, atingindo 98,57%, e, o ano que apresentou menor cobertura vacinal foi 2017, com uma cobertura de 88,38%.

Vacina Pentavalente

A **Vacina Pentavalente** protege contra a diferia, o tétano, a coqueluche, a hepatite B e as infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae b*. O esquema corresponde a três doses, administradas aos 2, aos 4 e aos 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. A vacina pentavalente tem como meta a vacinação de 95% das crianças menores de 1 ano de idade.

Gráfico 43 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Pentavalente em < 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018



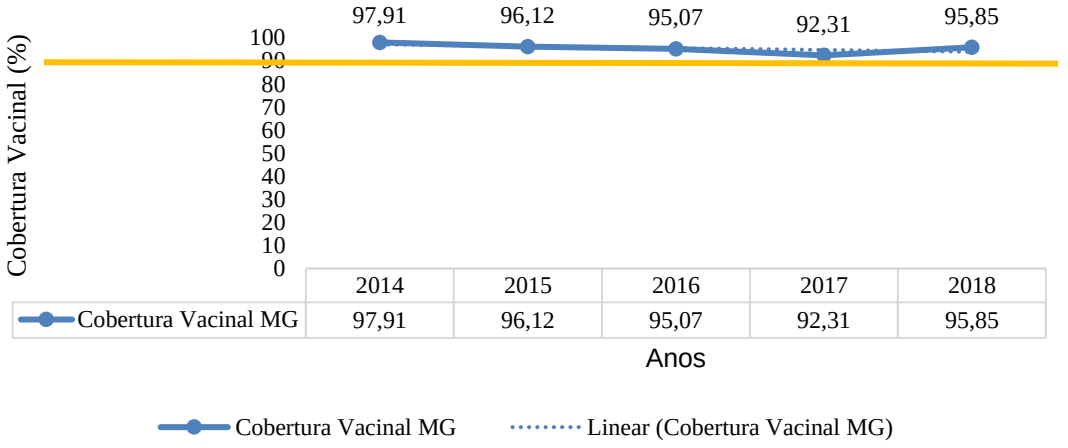
Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Observa-se cobertura para a pentavalente acima de 95% nos anos de 2014 (98,75%) e 2015 (96,58%). O ano que apresentou maior cobertura vacinal foi 2014 atingindo 98,75% e o ano que apresentou menor cobertura vacinal foi 2017 com uma cobertura de 86,97%.

Vacina Pneumo 10

A **Vacina Pneumocócica Conjugada 10 Valente** (Pneumo 10) é indicada para prevenir contra infecções invasivas (sepse, meningite, pneumonia e bacteremia) e Otite Média Aguda (OMA). A vacina deve ser administrada aos 2 e 4 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses e, mínimo de 30 dias, em crianças menores de 1 ano de idade. O reforço deve ser feito entre 12 e 15 meses, preferencialmente aos 12 meses de idade. A vacina pneumo10 tem como meta a vacinação de 95% das crianças menores de 1 ano de idade.

Gráfico 44 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Pneumocócica conjugada 10 valente (PnC 10v) em < 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018



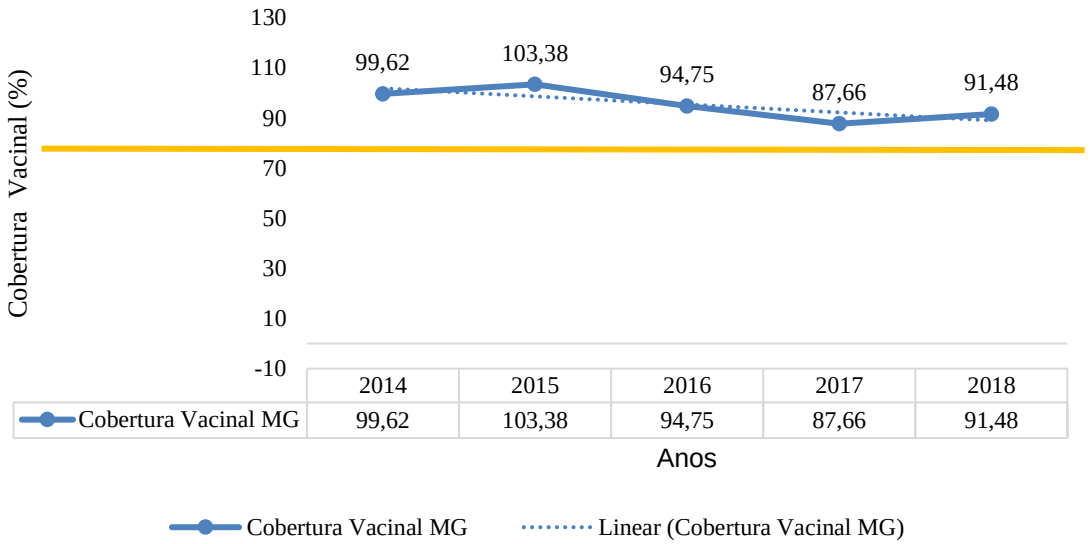
Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Avaliando as coberturas durante o período, a vacina Pneumo 10 apresentou cobertura acima de 95% nos anos de 2014 (97,91%), 2015 (96,12%), 2016 (95,07%) e 2018 (95,85%). O ano que apresentou maior cobertura vacinal foi 2014, atingindo 97,91%, e, o ano que apresentou menor cobertura vacinal foi 2017, com uma cobertura de 92,31%.

Vacina Meningo C

A V**acina Meningocócica C Conjugada (Meningo C)** está indicada para a prevenção da doença sistêmica causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C em crianças menores de 2 anos. O esquema corresponde a duas doses, administradas aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias. O reforço deve ser feito entre 12 e 15 meses (preferencialmente aos 15 meses). A vacina Meningo C tem como meta a vacinação de 95% das crianças menores de 1 ano de idade.

Gráfico 45 - Cobertura Vacinal (CV) da Vacina Meningococo C conjugada (MCC) em < 1 ano, MG, 2014-2018



Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Vacina Meningo 10

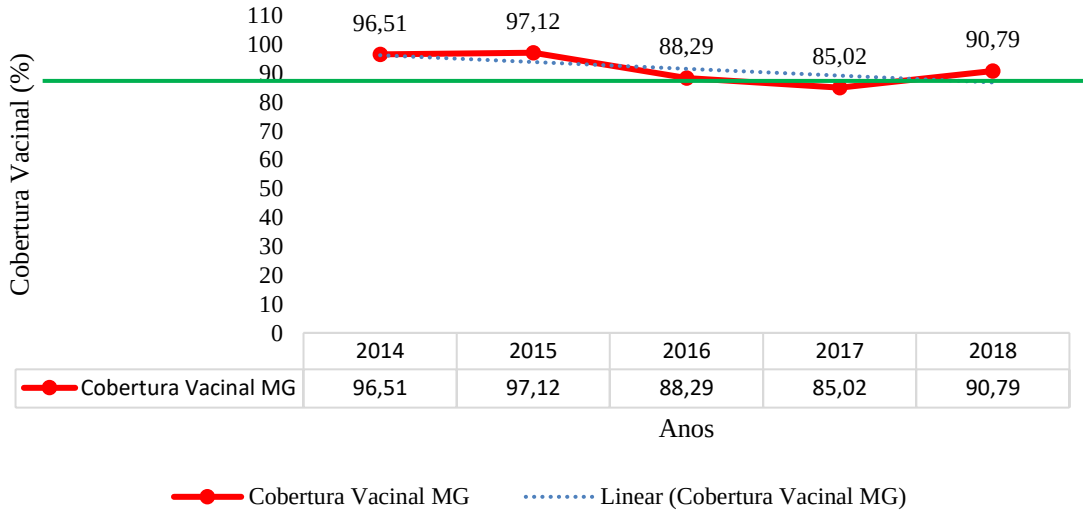
Quanto à **Vacina Meningo 10**, observa-se cobertura acima de 95% nos anos de 2014 (99,62%) e 2015 (103,38%). O ano que apresentou maior cobertura vacinal foi 2015, atingindo 103,38%, conforme mencionado, e o ano que apresentou menor cobertura vacinal foi 2017, com uma cobertura de 87,66%.

Vacina Contra a Poliomielite

A **Vacina Contra a Poliomielite** é indicada para prevenir contra a poliomielite causada por vírus dos tipos 1, 2 e 3. Esta vacina integra o esquema sequencial com a vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)

(VOP). O esquema sequencial corresponde a três doses, sendo duas doses da Vacina Injetável Poliomielite (VIP) (aos 2 e 4 meses) e uma dose da VOP (aos 6 meses), com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias. A vacina poliomielite tem como meta a vacinação de 95% das crianças menores de 1 ano de idade.

Gráfico 46 - Cobertura vacinal da vacina poliomielite em menores de 1 ano, Minas Gerais, 2014-2018



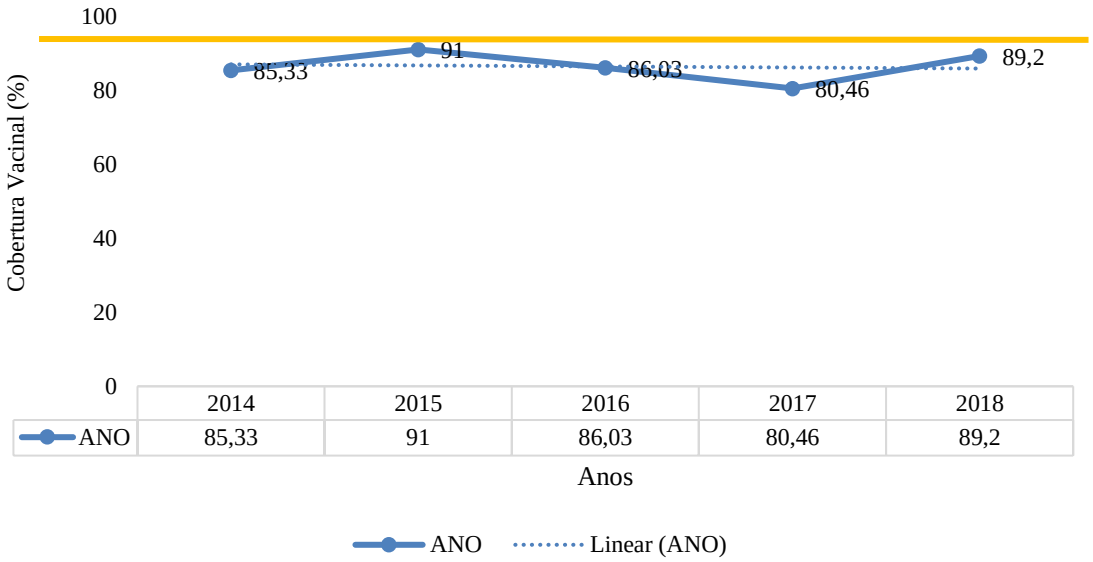
Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Registrou-se para a vacina poliomielite uma cobertura acima de 95% nos anos de 2014 (96,51%) e 2015 (97,12%). O ano que apresentou maior cobertura vacinal foi 2015, atingindo 97,12%, e, o ano que apresentou menor cobertura vacinal foi 2017, com uma cobertura de 85,02%.

Vacina Contra a Febre Amarela-FA

A V**acina Febre Amarela-FA (atenuada)** está indicada para prevenir contra a febre amarela em residentes ou viajantes que se deslocam para as Áreas Com Recomendação de Vacinação (ACRV) e países com risco para a doença, a partir dos 9 meses de idade, conforme Calendário Nacional de Vacinação. A vacina febre amarela tem como meta a vacinação de 95% das crianças menores de 1 ano de idade. Conforme gráfico a seguir, a vacina contra febre amarela não apresentou cobertura adequada em nenhum dos anos do período avaliado.

Gráfico 47 - Cobertura vacinal da vacina febre amarela em menores de 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018

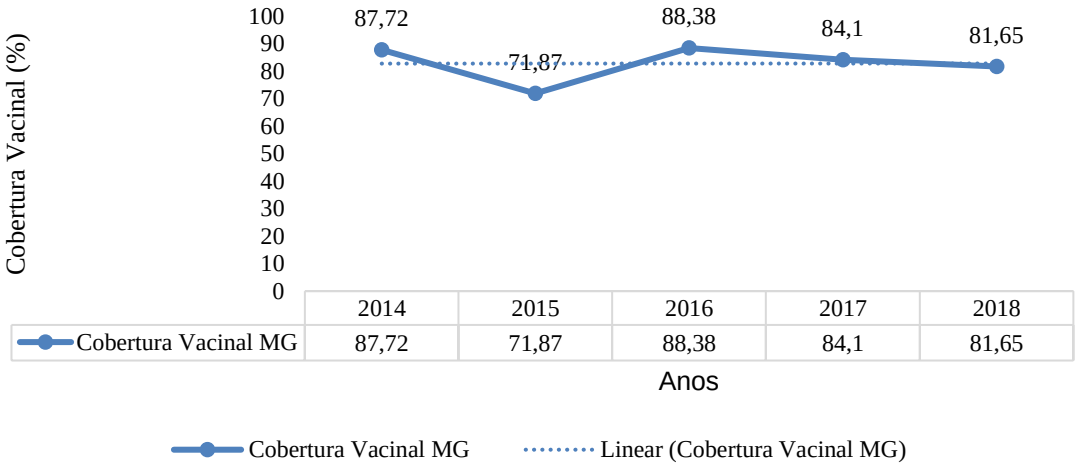


Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Vacina Tríplice Viral

A V**acina Tríplice Viral** protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. É indicada para vacinação de usuários a partir de 12 meses de idade e tem como meta a vacinação de 95% das crianças com 1 ano de idade. Não foi alcançada cobertura vacinal para tríplice viral para o mesmo período que o avaliado para vacina contra febre amarela.

Gráfico 48 - Cobertura vacinal da vacina tríplice viral em crianças de 1 ano de idade, Minas Gerais, 2014-2018



Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data de atualização dos dados: 18/02/2019.

Controle de Zoonoses

A Política de Vigilância e Controle de Zoonoses, de Acidentes por Animais Peçonhentos e Venenosos de relevância para a Saúde Pública, visa a promoção, prevenção e proteção da saúde da população humana, e tem por finalidade fomentar a execução das ações e serviços de saúde assim como as estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública, em conformidade com os Programas Ministeriais e, no que tange à base legal, as Portarias: Portaria de Consolidação nº 05 de 28 de setembro de 2017 (Art. 230 ao 237), Portaria nº 2.087, de 17 de julho de 2018 que aprova o Manual de Normas Técnicas para Estruturas Físicas de Unidades de Vigilância de Zoonoses e Capítulo III (Do Controle de Zoonoses) previsto na Lei Estadual nº 13.317 de 24 de setembro de 1999.

Para qualquer grupo de zoonoses, as ações, as atividades e as estratégias de vigilância, prevenção e controle se pautam em atuar e intervir, direta ou indiretamente, sobre as populações de animais alvo, de modo a refletir em benefício direto (quanto à redução ou eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão de zoonose) à saúde da população humana. Assim, toda ação, atividade e estratégia de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, monitoradas, desenvolvidas e executadas no âmbito municipal, estadual e federal, devem ser precedidas por levantamento do contexto de impacto na saúde pública, por meio de avaliação da magnitude, da transcendência, do potencial de disseminação, da gravidade, da severidade e da vulnerabilidade referentes ao processo epidemiológico de instalação, transmissão e manutenção de zoonoses, considerando a população exposta, a espécie animal envolvida, a área afetada (alvo), em tempo determinado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O monitoramento das ações, das atividades e das estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública são realizados no estado de Minas Gerais de acordo com as normativas dos Programas Ministeriais. As principais zoonoses e agravos monitorados pelos Programas estaduais de vigilância e controle no Estado de Minas Gerais são: Acidentes por Animais Peçonhentos, Leishmaniose Tegumentar, Leishmaniose Visceral, Hantavirose, Doença de Chagas, Esquistossomose, Malária, Febre Amarela, Raiva, Febre Maculosa Brasileira, Leptospirose, Peste, Dengue, Chikungunya e Zika.

Acidentes por Animais Peçonhentos (AAP)

Os **Acidentes por Animais Peçonhentos** são acidentes de grande importância para a saúde pública devido ao elevado número de pessoas acometidas, à sua gravidade, frequentes sequelas e óbitos decorrentes. Minas Gerais é um dos estados com os maiores números de acidentes por animais peçonhentos no Brasil. Em 2018, ocorreram 52.760 acidentes em 839 (98,3%) dos municípios do Estado. O número total de óbitos ocorridos neste mesmo ano foi de 67, sendo que 46,8% decorrentes de acidentes escorpiônicos, 27,7% de acidentes por abelhas, 17% por acidentes ofídicos (sendo 50% destes por acidentes crotálicos) e 2,1% de acidentes aracnídeos. 6,4% dos óbitos foram causados por animais ignorados e 42,6% dos registros estão sob investigação.

Leishmaniose Tegumentar (LT)

A **Leishmaniose Tegumentar (LT)** é uma zoonose caracterizada pela elevada taxa de detecção e capacidade de produzir deformidades nos indivíduos acometidos, conferindo prejuízos psicossociais. Entre 2010 a 2017, foram notificados, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 10.350 casos novos de LT, média de 1293 casos novos/ano. A LT está amplamente distribuída em Minas Gerais, com picos de transmissão a cada 2-3 anos (2010-2011/2015/2017). Há registros de casos autóctones em todas as Regiões Ampliadas de Saúde (RAS), porém, há regiões em que a doença ocorre de forma mais intensa, enquanto em outras a zoonose ocorre de forma isolada com diferentes padrões de transmissão. Considerando a transmissão da doença no território mineiro, as RAS Norte (27,8%), Leste (15,2%), Centro (15,1%) e Nordeste (11,8%) apresentaram maior proporção de casos no período avaliado, apresentando cerca de 70% do total dos casos registrados. A forma cutânea foi a predominante (93,0%; N=9.630/10.350) e o diagnóstico realizado através do critério laboratorial (parasitológico direto e/ou histopatológico), ocorreu em 85,7% (N=8.878/10.350) dos casos.

Quadro 3 - Número de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar, por regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, 2010-2017

RAS Residência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Média	%
Triângulo do Sul	5	6	5	7	14	8	10	8	63	7,875	0,6
Centro Sul	20	26	5	10	7	7	5	22	102	12,75	1,0
Triângulo do Norte	12	13	6	14	27	22	15	19	128	16,00	1,2
Sul	49	34	38	18	23	26	14	39	241	30,125	2,3
Sudeste	40	38	16	8	18	12	53	79	264	33,00	2,6
Oeste	68	33	25	27	97	64	27	33	374	46,75	3,6
Jequitinhonha	58	117	40	42	23	57	26	60	423	52,875	4,1
Noroeste	227	62	19	51	77	97	67	89	686	85,75	6,6
Leste do Sul	121	106	46	29	66	92	130	239	829	103,625	8,0
Nordeste	209	271	200	110	101	141	91	100	1223	152,875	11,8
Centro	303	283	135	121	179	166	131	250	1568	196,00	15,1
Leste	259	204	100	99	117	191	246	353	1569	196,125	15,2
Norte	563	582	351	253	295	357	223	256	2880	360,00	27,8

Fonte: Sinan/DVA/SVEAST/SubVPS, SES-MG, abril, 2019. *Dados parciais sujeitos a alteração.

Leishmaniose Visceral (LV)

Quanto à **Leishmaniose Visceral (LV)**, observa-se a tendência de crescimento em incidência, aumento expressivo das taxas de letalidade, a expansão geográfica e aumento da intensidade de sua transmissão. Em 2017, foram registrados 790 casos novos de LV, distribuídos em 171 municípios (20,0%), confirmados no Estado, dos quais 100 deles evoluíram para óbito. Houve registro de primeiro caso autóctone em 23 municípios do estado, evidenciando a expansão geográfica da doença. Em 2018, foram registrados 340 casos novos de LV, distribuídos em 126 municípios.

Em 2019, houve registro de 41 novos casos confirmados de leishmaniose visceral, notificados em 27 municípios. A distribuição geográfica da LV no Estado é diversificada, de acordo com a classificação de transmissão de 2018, há 158 municípios (18,5%) com transmissão esporádica (média de casos no período 2013-2017 <2,4 casos), 24 municípios (2,8%) com transmissão moderada (média de casos no período 2013-2017 ≥2,4 e <4,4 casos) e 30 municípios (3,5%) com transmissão intensa (média de casos no período 2013-2017 ≥4,4 casos).

Tabela 6 - Frequência de casos novos confirmados e óbitos por LV segundo Macrorregião de saúde de residência, Minas Gerais, 2009-2019

INVESTIGAÇÃO DE LEISHMANIOSE VISCERAL - Sinan NET

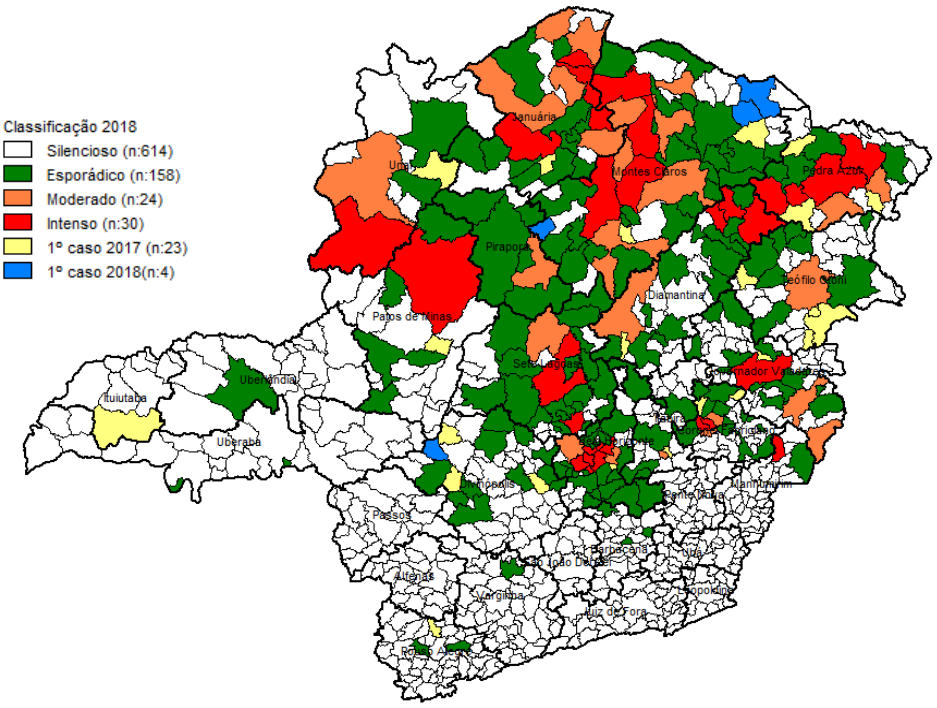
Frequência de Casos de Leishmaniose Visceral por Ano de Início de Sintomas e Macrorregião de Saúde de Residência

Macro Região de Residência	Ano de Início de Sintomas											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Sul	**3**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**2**	**6**	**3**	**0**	**19**
Centro Sul	2	1	1	3	1	3	0	2	1	1	0	**15**
Centro	294	289	225	175	123	122	135	174	246	121	10	**1921**
Jequitinhonha	3	2	9	3	1	5	10	13	10	17	1	**75**
Oeste	10	14	14	20	8	13	6	7	9	4	2	**108**
Leste	59	51	53	46	41	78	79	72	82	31	3	**598**
Sudeste	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	**4**
Norte	88	83	55	58	65	65	123	179	270	119	18	**1128**
Noroeste	68	48	54	29	30	21	12	18	30	10	0	**322**
Leste do Sul	9	24	17	4	4	3	7	8	8	1	0	**85**
Nordeste	22	22	37	30	38	39	61	75	114	30	6	**476**
Triângulo do Sul	2	4	2	0	5	3	0	2	6	2	0	**26**
Triângulo do Norte	6	2	3	1	2	6	3	4	7	1	0	**35**

Total	**566**	**541**	**471**	**369**	**319**	**359**	**438**	**557**	**790**	**340**	**41**	**4812**

Fonte: Sinan/DVA/SVEAST/Sub.VPS, SES-MG, abril, 2019. *Dados parciais sujeitos a alteração.

Mapa 6 - Classificação de áreas de transmissão de leishmaniose visceral, Minas Gerais, 2018

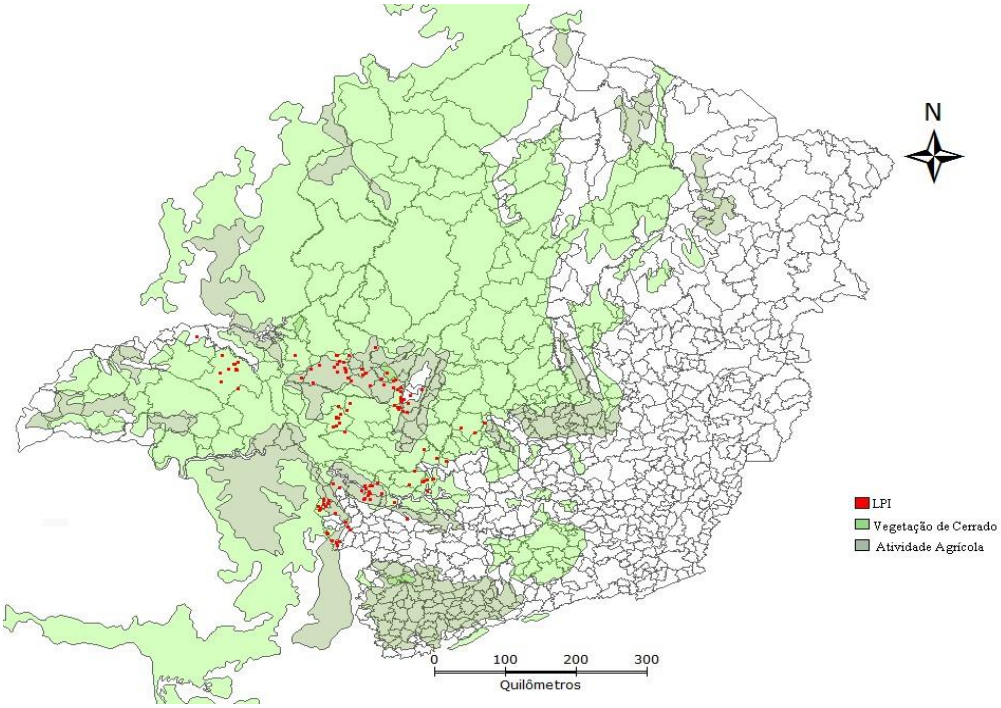


Fonte: Sinan/DVA/SVEAST/SubVPS, SES-MG, agosto, 2018.

Hantavirose

A **Hantavirose,** doença emergente no Estado desde 1998, com aproximadamente 50% de letalidade, apresenta casos confirmados em cerca de 46 municípios predominantemente em seis regiões ampliadas de saúde (RAS). A doença encontra-se distribuída em Minas Gerais, principalmente em áreas de vegetação de Cerrado associada à presença de roedores silvestres. Estes locais prováveis de infecção estão relacionados às áreas rurais e periurbanas com atividade agrícola e de lazer. Os sinais e sintomas iniciais são inespecíficos sendo importante o seu diagnóstico diferencial com as outras febres hemorrágicas para definição do diagnóstico final pelo Protocolo de Febres Hemorrágicas em Minas Gerais, principalmente com a dengue.

Mapa 7 - Locais Prováveis de infecção dos casos confirmados de Hantavírus (SCPH), Minas Gerais, 2018



Fonte: Sinan/DVA/SVEAST/SubVPS, SES-MG.

Doença de Chagas

O Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCH) preconiza ações de vigilância entomológica como busca ativa de triatomíneos, controle químico nas unidades domiciliares positivas e vigilância passiva através da instalação de Postos de Informação de Triatomíneos (PIT), com o objetivo de manter erradicado o *Triatoma infestans* e sob controle as outras espécies importantes na transmissão do parasita. O PCDCH também atua na investigação de casos agudos, visando a adoção de medidas necessárias, e monitoramento da infecção humana, através de inquéritos sorológicos. Mesmo não havendo detecção de casos agudos da doença de Chagas em Minas Gerais, casos de pacientes chagásicos com quadro crônico são monitorados pelo SUS.

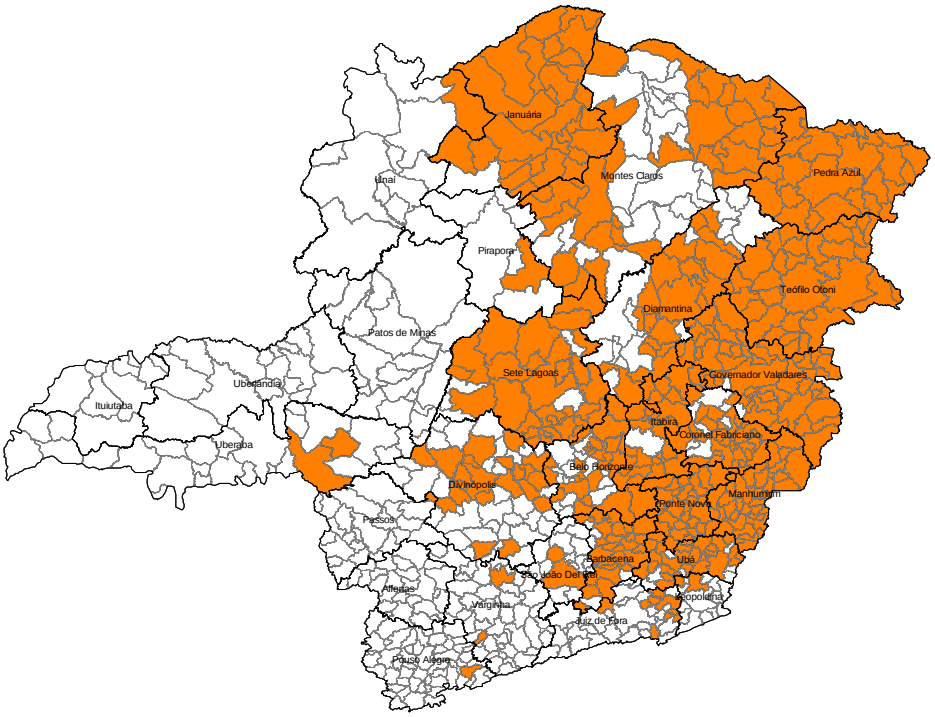
Associado a isso, mesmo com a certificação da interrupção da transmissão vetorial da **Doença de Chagas** pelo *Triatoma infestans*, outras espécies de barbeiros, em Minas Gerais, têm merecido atenção nos levantamentos entomológicos. No ano de 2018 foram capturadas 13 espécies de triatomíneos (N= 9599 espécimes), com potencial para manutenção do ciclo de transmissão da doença de Chagas. Verifica-se que, do total de espécimes capturados, 42,7% (N=4100) correspondiam a ninfas. Destas, 5,6% (N=233) foram capturadas no interior das residências, o que demonstra a proximidade entre o vetor e o homem. A espécie prevalente foi o *Triatoma sordida*, representando 91,1% dos espécimes capturados (N=8753), sendo 1617 dentro das casas, seguido do *Panstrongylus megistrus* (N=598) e outras espécies (N=248). Desde a retirada, em 2016, do Programa de Controle da Doença de Chagas do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde

em Minas Gerais o número de ações voltadas para o controle vetorial caiu significativamente, comprometendo as ações de controle da doença de Chagas no estado.

Esquistossomose

O Programa de Controle da **Esquistossomose** em Minas Gerais baseia-se no inquérito coproscópico realizado em 440 municípios da área endêmica da doença, distribuídos em 9 RAS: Norte de Minas, Nordeste, Jequitinhonha, Leste, Centro, Leste do Sul, Oeste, Centro Sul e Sudeste. Além disso, há áreas de foco da doença em 5 municípios distribuídos nas RAS Noroeste, Triângulo do Sul e Sul (Mapa 8).

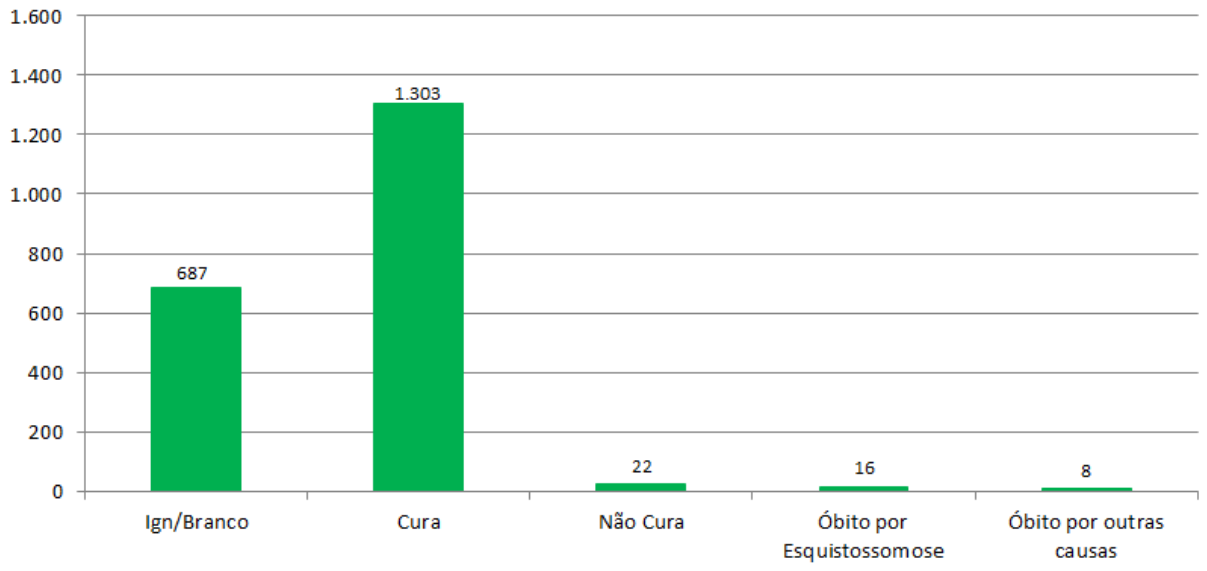
Mapa 8 - Área endêmica para a esquistossomose, Minas Gerais, 2018



Fonte: Sinan/DVA/SVEAST/SubVPS, SES-MG.

No ano de 2018, foram registradas 2.036 notificações no SINAN, dos quais uma parcela significativa não consta a evolução. Com relação às formas clínicas, 60,1% corresponderam à forma intestinal da doença, 11,8% à forma aguda, 4,9% à forma hepato-intestinal e 3,4% à forma hepato-esplênica. Do total de notificações há ainda 3,4% cuja forma clínica registrada foi “Outra” e 16,4% das notificações em que o registro foi “Ignorado ou branco”.

Gráfico 49 - Notificações por esquistossomose, segundo evolução, Minas Gerais, 2018



Fonte: SinanNet. Dados consultados em 08/02/2019, sujeitos a alteração.

Malária

O Estado de Minas Gerais, no período de 2012 a 2018, registrou a notificação de 454 casos confirmados de **Malária,** dos quais, nove (09) evoluíram para óbito (1,98%). Destes, 56,6% ocorreram no intervalo entre 9 a 15 dias do início dos sintomas. Os óbitos, geralmente ocorrem devido à falta de diagnóstico e tratamento nas primeiras 24 a 48 horas do atendimento. Constatou-se que malária foi notificada em todo o estado, porém, com frequência anual heterogênea e não constante. As maiores proporções de registros ocorreram nas Unidades Regionais de Saúde/SES-MG de Belo Horizonte e de Uberlândia, com 170 (37,4%) e 49 (10,8%) casos, respectivamente. Destes casos, 25 (5,5 %) foram infectados em Minas Gerais nos anos de 2016 e 2017 nos municípios de Diamantina e Couto Magalhães. Os outros casos foram notificados em Minas Gerais, em todas as Unidades Regionais de Saúde, mas, com local provável de infecção na Região Amazônica, ou em outros estados do Sudeste do Brasil e na África.

Febre Amarela

O Sistema de Vigilância, Prevenção e Controle da **Febre Amarela** atua de forma articulada com distintas áreas, entre elas: vigilância de casos humanos suspeitos, vigilância de síndromes febris íctero-hemorrágicas, imunização, vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinais (EAPV) graves, vigilância entomológica (vetores urbanos e silvestres), vigilância ambiental (ecoepidemiologia), além de ações de informação, educação e comunicação. Minas Gerais registrou dois surtos importantes de febre amarela silvestre nos anos 2000. O primeiro surto ocorreu em 12 municípios da Unidade Regional de Saúde de Divinópolis, Centro-Oeste mineiro, e resultou na confirmação de 32 casos com 16 óbitos. O segundo surto, ocorreu no Alto Jequitinhonha, atingindo seis municípios

da Unidade Regional de Saúde de Diamantina, com 64 casos confirmados, sendo que, destes, 23 evoluíram para óbito.

Após os dois surtos, foram registrados dois casos isolados: um no ano de 2008, no Noroeste Mineiro, e, um no ano de 2009, na Zona da Mata. Após um período de sete anos sem registro de casos humanos, 2010 a 2016, Minas Gerais registrou duas epidemias consecutivas: nos períodos sazonais de 2016/2017 e 2017/2018, que ocorreram em áreas distintas do estado. A epidemia, do período de 2016/2017, esteve focada principalmente nos Vales do Rio Doce e do Mucuri e em parte da Zona da Mata e do Jequitinhonha. Para o período de 2017/2018, as principais áreas atingidas foram a Região Metropolitana de Belo Horizonte, Zona da Mata e parte das regiões Campos das Vertentes, Oeste e Sul/Sudoeste mineiro. No período de monitoramento 2016/2017, foram registrados 475 casos confirmados de febre amarela silvestre no estado de Minas Gerais, sendo que destes, 162 evoluíram para óbito, com uma letalidade de 34,1%. Para o período de 2017/2018 são 527 casos confirmados, sendo que destes, 178 evoluíram para óbito, representando uma letalidade de 33,5% (Tabela 7).

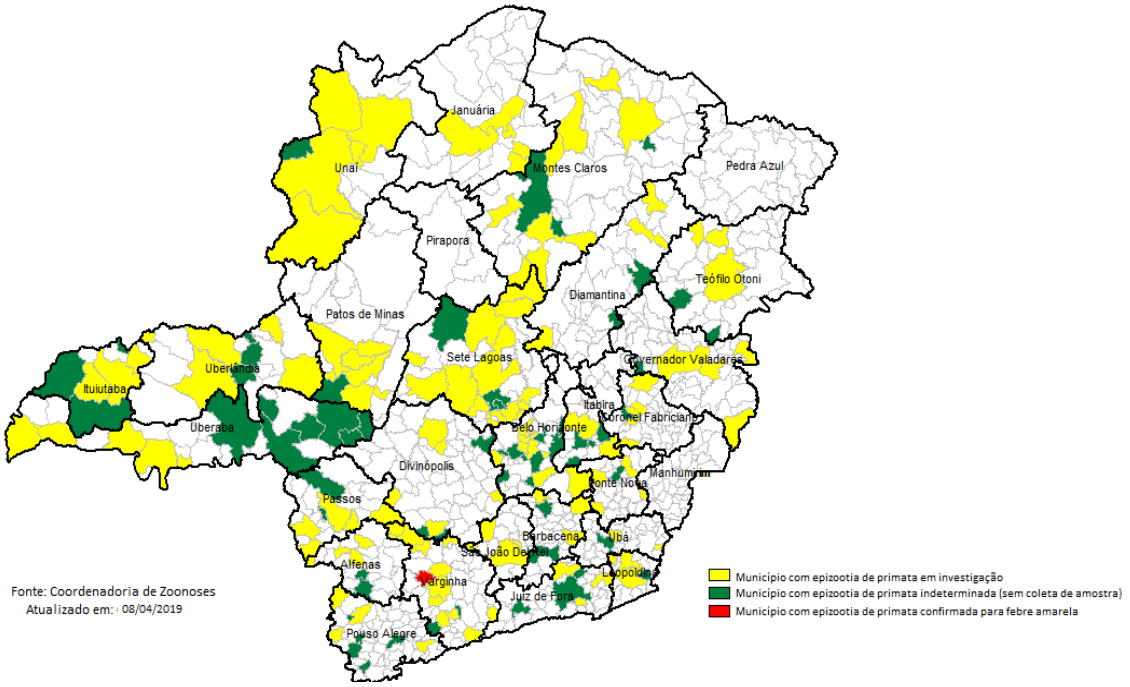
Tabela 7 - Casos confirmados de febre amarela silvestre, segundo evolução, Minas Gerais, 2016/2017* e 2017/2018*

Período	Internação/alta	Óbitos	Total
2016/2017	313	162	475
2017/2018	349	178	527
Total	**662**	**340**	**1.002**

Fonte: DVA/SVEAST/SES-MG – Atualização: julho/2018.

No período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), até a recente data, não foram registrados casos humanos confirmados de febre amarela silvestre no estado de Minas Gerais. Foram registradas epizootias envolvendo primatas em 187 municípios do estado de Minas Gerais. Houve epizootia confirmada para febre amarela no município de Varginha em outubro/2018. Além dessa epizootia confirmada, 124 municípios apresentam epizootia em investigação e 62 municípios com epizootia indeterminada (sem coleta de amostra), conforme Mapa 9:

Mapa 9 - Epizootias em primatas, segundo município de ocorrência, Minas Gerais, 2018-2019



Fonte: Coordenadoria de Zoonoses. Atualizado em 08/04/2019.

Raiva

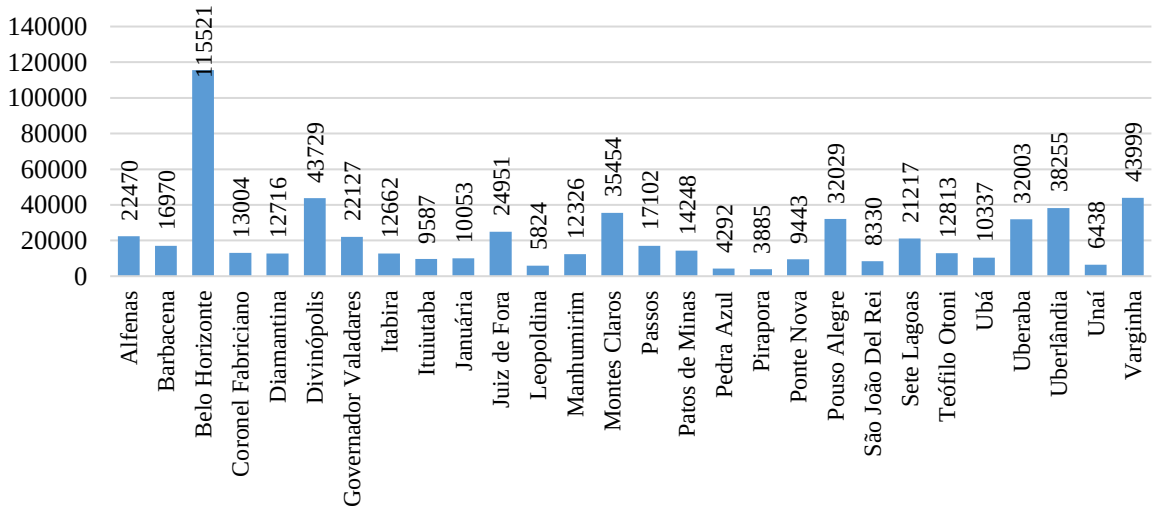
A **Raiva** é uma antropozoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus presente na saliva e secreções do animal infectado, principalmente pela mordedura. Observa-se, no estado, assim como no cenário nacional, redução dos casos humanos e caninos e uma mudança no perfil de ocorrência e transmissão com a maioria dos casos humanos transmitidos por morcegos, além do aumento na detecção de casos em espécies silvestres. Em Minas Gerais, casos isolados da doença em humanos têm ocorrido de forma ocasional. Os dois últimos casos foram registrados no ano de 2006, no município de Prados, transmitido por herbívoro e, no ano de 2012, no município de Rio Casca, transmitido por morcego. Entre as principais medidas que têm mantido a baixa incidência de raiva humana, em Minas Gerais, estão: realização de campanha de vacinação antirrábica animal (tabela 8); intensificação da vigilância, controle e profilaxia desencadeados por instituições dos governos municipal, estadual e federal; participação da população através da adesão às campanhas de vacinação antirrábica animal e a procura de atendimento médico em caso de acidente/agressão (gráfico 50); intensificação de capacitações dos profissionais de saúde sobre a indicação adequada dos esquemas de profilaxia e vigilância da doença e ações educativas.

Tabela 8 - Cobertura da Campanha antirrábica animal, Minas Gerais, 2010-2018

Estado	Ano	Cobertura vacinal canina (%)	Cobertura vacinal felina (%)
Minas Gerais	2010	103	134
	2011*	-	-
	2012	106	146
	2013	96	98
	2014*	-	-
	2015	92	98
	2016	89	100
	2017	92	102
	2018	91	101

Fonte: DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG. *Não houve campanha (indisponibilidade do imunobiológico fornecido pelo Ministério da Saúde).

Gráfico 50 - Frequência de atendimento antirrábico humano por regional de notificação, MG, 2010-2018



Fonte: SINAN – DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG.

Febre Maculosa Brasileira

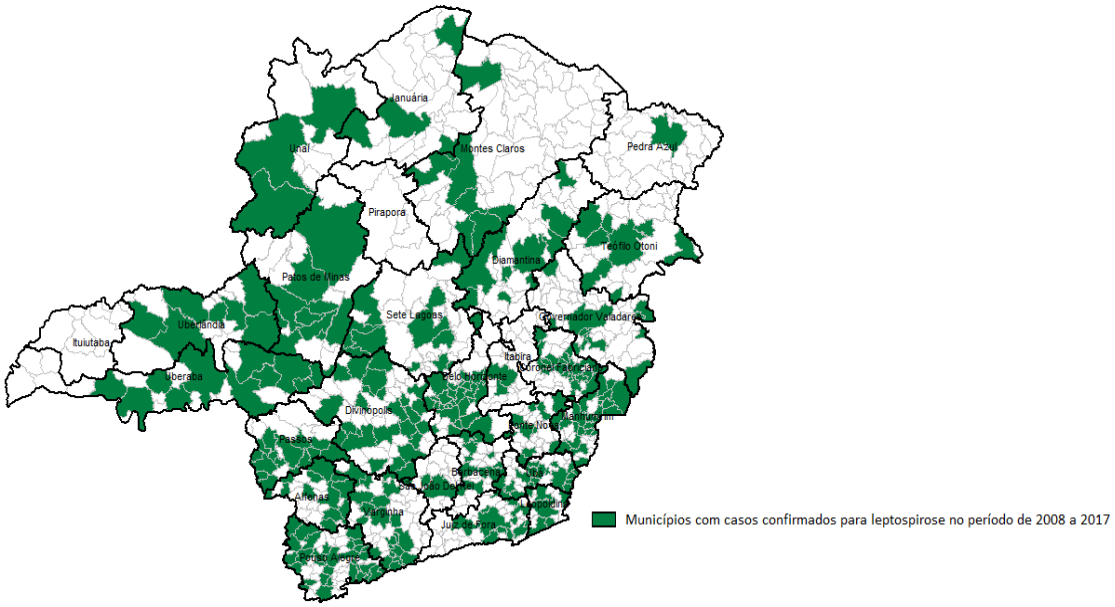
A **Febre Maculosa Brasileira (FMB)** é uma doença de notificação compulsória e imediata em todo território nacional. É uma doença infecciosa febril aguda, causada pela bactéria gram-negativa *Rickettsia rickettsii* e transmitida através da picada de carrapatos infectados, considerados vetores e reservatórios da doença. Em Minas Gerais, no período de 2008 a 2018, foram registrados 212 casos confirmados de febre maculosa, sendo que destes, 90 evoluíram para óbito. Do total de casos confirmados de febre maculosa, 154 (72,6%) são do sexo masculino e 58 (27,4%) do sexo feminino. Dentre os óbitos, 73 foram do sexo masculino, representando 81% do total de óbitos confirmados.

A mediana de idade dos casos confirmados é de 40 anos (0 – 92 anos). A letalidade por febre maculosa em Minas Gerais, no período de 2008 a 2018, é de aproximadamente 42,5%. Neste período estudado há ocorrência em todo o estado em 16 Unidades Regionais de Saúde (57%) e 101 municípios mineiros, com a predominância na Região Central com 97 casos (45,8 %), em três URS; Belo Horizonte, Itabira e Divinópolis. Verifica-se a maior frequência de casos registrada no período de seca, especialmente entre os meses de junho e novembro, 164 casos (77,4 %), destes 69 evoluíram para óbito com a taxa de letalidade de 42%. A pesquisa vetorial é realizada após avaliação conjunta das Vigilâncias Epidemiológicas das Unidades Regionais de Saúde da SES-MG, dos municípios afetados e a Fundação Ezequiel Dias (Funed).

Leptospirose

A **Leptospirose** é uma doença infecciosa febril que pode ocasionar óbito, causada por leptospiras patogênicas transmitidas pelo contato com urina de animais infectados ou por meio de água, lama e solo contaminado pela bactéria. Pode apresentar-se tanto em áreas rurais como urbanas, desenvolvidas ou não. Possui grande relevância social, pois apresenta casos durante todo o ano, contudo o número de casos confirmados aumenta nos períodos chuvosos, quando comparado com os períodos de seca. No período de 2008 a 2017, foram confirmados 1206 casos da doença, distribuídos em 311 municípios. Encontra-se amplamente distribuída em Minas Gerais, com registro de casos autóctones em todas as Unidades Regionais de Saúde do Estado (Mapa 10). A doença apresenta manifestações clínicas variáveis, desde formas assintomáticas e oligossintomáticas até quadros clínicos graves associados a manifestações fulminantes. Assim, é importante o seu diagnóstico diferencial com as outras febres hemorrágicas para definição do diagnóstico final pelo Protocolo de Febres Hemorrágicas em Minas Gerais.

Mapa 10 - Distribuição de casos confirmados de leptospirose, Minas Gerais, 2008-2017



Fonte: SINAN/SES-MG.

Peste

A **Peste** é uma doença infecciosa que pode, em determinadas condições epizoóticas, infectar mamíferos e o homem, principalmente por meio da picada de pulgas infectadas pela bactéria *Yersinia pestis*, transportadas por roedores silvestres. Revela-se sob três manifestações clínicas principais: bubônica, septicêmica e pneumônica. Está incluída na Classe I do Regulamento Sanitário Internacional. Em Minas Gerais, a área pestígena é representada pelos focos naturais do Vale do Rio Doce e do Vale do Jequitinhonha, no qual ocorre a livre circulação da bactéria *Yersínia pestis* entre os roedores silvestres. Os dois focos abrangem um total de 23 municípios no Estado, localizados nas Macrorregiões Nordeste (Araçuaí, Comercinho, Coronel Murta, Divisópolis, Francisco Badaró, Itaobim, Itinga, Jenipapo de Minas, Jequitinhonha, Mata Verde, Medina, Pedra Azul, Virgem da Lapa), Norte (Fruta de Leite, Novorizonte, Rubelita, Santa Cruz de Salinas, Salinas) e Leste Norte (Capitão Andrade, Engenheiro Caldas, Itanhomi, Tarumirim e Tumiritinga).

A avaliação do risco de transmissão da peste é feita principalmente pela realização da sorologia de carnívoros (principalmente cães), pela busca ativa de casos humanos suspeitos, pela epizootia de roedores e por fim por ações de educação em saúde. Na tabela 9, observa-se a frequência de sorologia animal realizada (positiva, N=35; negativa, N= 41.442) para o diagnóstico de *Yersinia pestis* em focos de áreas pestígenas em Minas Gerais, no período entre 2002 a 2018. Nota-se uma ciclicidade do agravo, alternando com momentos de positividade animal e momentos silenciosos. Apesar do índice de positividade ser menor que 1%, este índice é considerado de risco de acometimento humano, o que justifica a necessidade de manutenção das atividades de vigilância e controle preconizadas pelo MS por meio da Manual de Controle da Peste/2006.

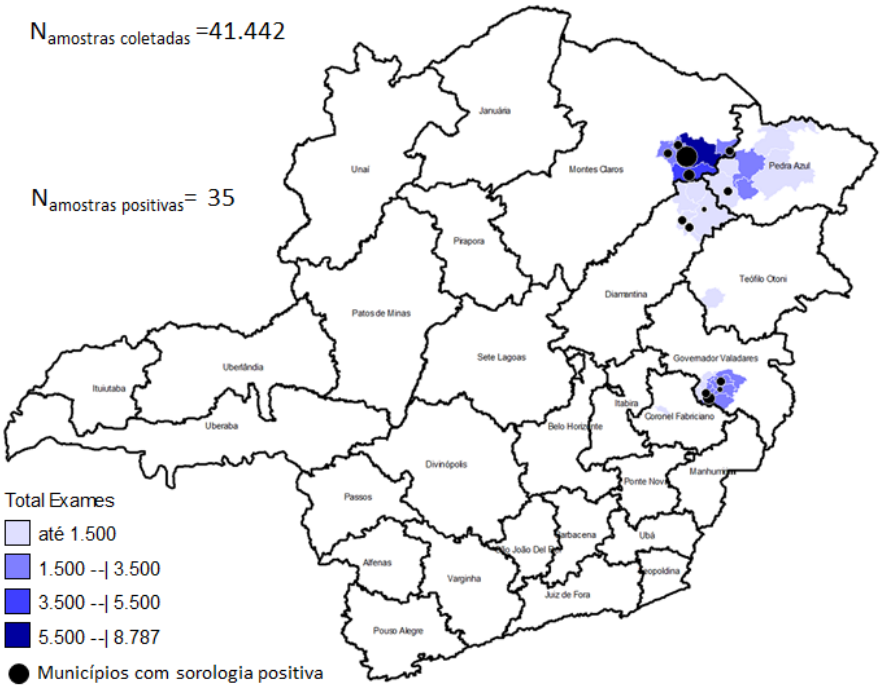
Tabela 9 - Frequência de amostra animal encaminhada para o diagnóstico da *Yersina pestis* e índice de positividade, Minas Gerais, 2002 a 2018*

ANO	AMOSTRAS NEGATIVAS	AMOSTRAS POSITIVAS	ÍNDICE DE POSITIVIDADE
2002	2543	2	0,1
2003	10177	2	0,0
2004	3614	1	0,0
2005	3471	0	0,0
2006	2513	0	0,0
2007	1511	3	0,2
2008	1733	7	0,4
2009	1059	0	0,0
2010	1009	0	0,0
2011*	3291	8	0,2
2012*	1946	1	0,1
2013*	1216	2	0,2
2014*	1734	6	0,3
2015*	1870	0	0,0
2016	1514	0	0,0
2017	1434	2	0,1
2018	807	1	0,1
Total	**41442**	**35**	**0,1**

Fonte: SISpeste – DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG.

No Mapa 11, pode ser observada distribuição espacial dos municípios com sorologia animal positiva entre 2002 a 2018. Observa-se que os municípios localizados na URS de Montes Claros apresentaram um maior número de amostras coletadas e amostras positivas, o que demonstra também maior risco de acometimento humano neste território sanitário.

Mapa 11 - Municípios com coleta de amostra e sorologia canina positiva para *Yersinia pestis* em áreas de foco natural de peste, Minas Gerais, 2002-2018*



Fonte: SIspeste – DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG.

Em 2017, por meio da Deliberação CIB-SUS MG Nº 2.504 de 20 de junho de 2017, que aprova as estratégias para efetivar a descentralização das atividades do Programa de Controle da Peste nos municípios em área pestígena em Minas Gerais, ocorreu a pactuação entre os 23 municípios localizados em área pestígena e a SES-MG, na qual a gestão das ações de vigilância e controle passam para a responsabilidade municipal com monitoramento das ações pelo Estado de Minas Gerais.

Dengue

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

A Organização Mundial de Saúde, em 2012, classificou a dengue como a mais importante virose transmitida por artrópodes. Nas últimas cinco décadas a incidência da doença aumentou trinta

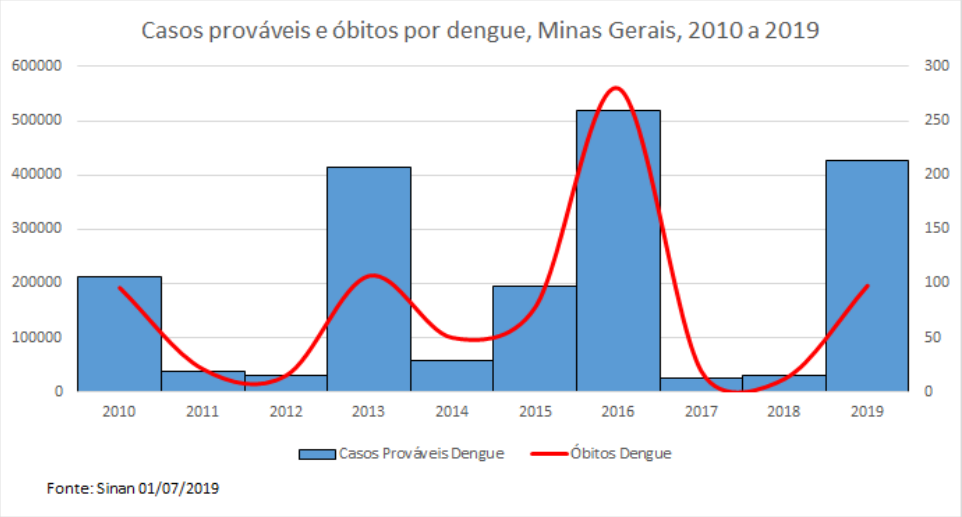
vezes, variando de 908 casos no final da década de 1950 até mais de dois milhões de casos no ano de 2010. Atualmente, mais de 100 países são endêmicos e estimam-se entre 50 a 100 milhões de novas infecções por ano, incluindo milhares de formas graves e 20.000 óbitos por ano, gerando uma sobrecarga para os sistemas de saúde e a economia dos países afetados (WHO, 2012). Nas Américas, a reemergência da dengue tornou-se um grave problema de saúde pública a partir da década de 1960 (GUZMAN, 2003).

No Brasil, a dengue foi documentada laboratorialmente em 1982, com a primeira epidemia em Boa Vista, em Roraima, causada pelos sorotipos 1 e 4 (OSANAI, 1983). Em 1986, ocorreram epidemias atingindo o Rio de Janeiro e capitais da região Nordeste. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes e/ou alteração do sorotipo predominante (BRASIL, 2009).

No período entre 2002 a 2011, a dengue se consolidou como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil, com aumento no número de casos e hospitalizações, com epidemias de grande magnitude, agravamento do processo de interiorização da transmissão, com registro de casos em municípios de diferentes portes populacionais e a ocorrência de casos graves acometendo pessoas em idades extremas. Ao longo destes 10 anos foram registrados aproximadamente 4,8 milhões de casos prováveis (casos notificados, exceto os descartados) de dengue, o que representa um número quatro vezes maior em relação aos dez anos anteriores (BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012).

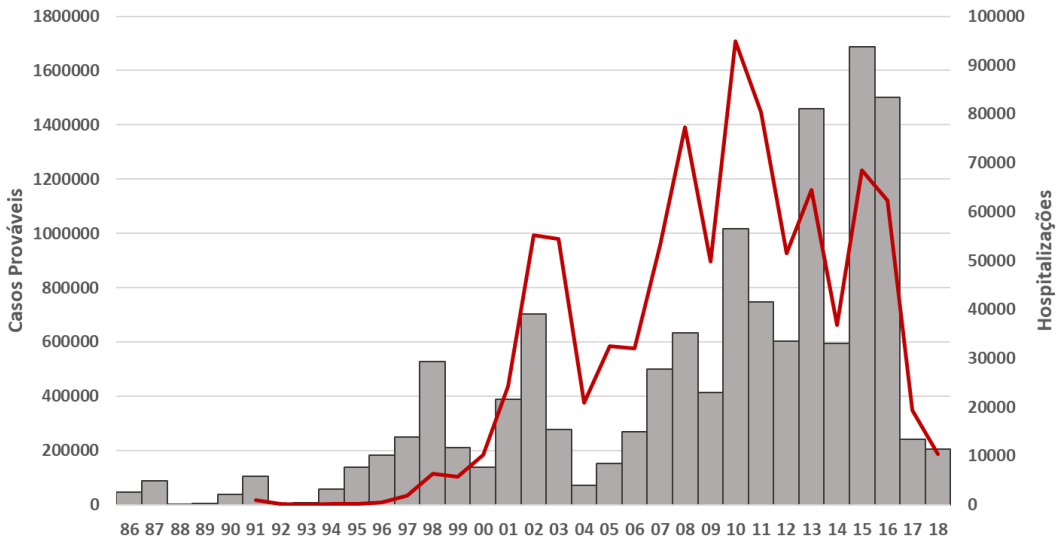
O Gráfico 51 ilustra a expansão da doença no cenário estadual, assim como o número de óbitos:

Gráfico 51 - Série histórica da incidência de casos prováveis e óbitos por de dengue, Minas Gerais, 2010-2019



Fonte: SINAN/MS. Dados sujeitos a alterações, 2019.

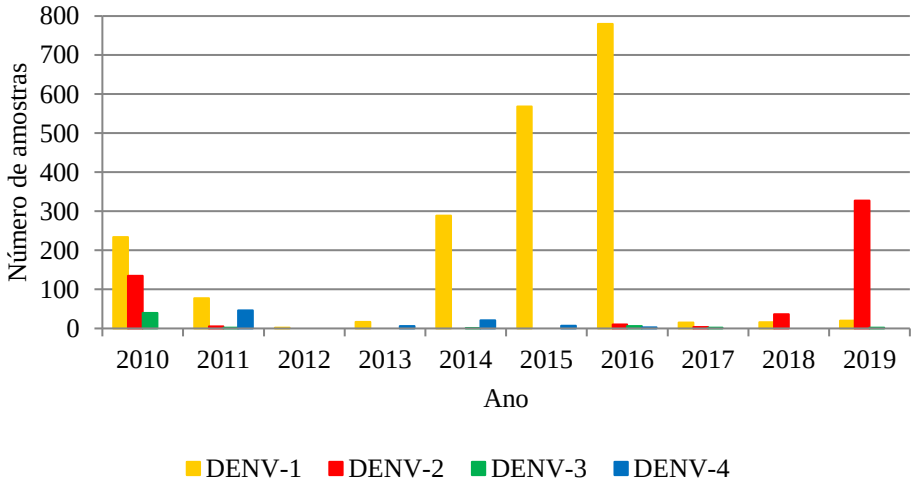
Gráfico 52 - Casos prováveis de dengue, Brasil, 1986-2018



Fonte: SINAN/MS. Dados sujeitos a alterações;

O Estado de Minas Gerais também apresenta aumento de casos de dengue nos últimos anos, com alternância de períodos epidêmicos e não epidêmicos. Em 2010, a Funed detectou os sorotipos DENV1, DENV2 e DENV3. Já em 2011, os quatro sorotipos do vírus da dengue foram identificados no Estado de Minas Gerais, com predomínio da circulação do sorotipo DENV1. No ano de 2014, observa-se a reintrodução do sorotipo DENV3, que não circulava há dois anos no território mineiro. O ano de 2018 é o primeiro em que o sorotipo DENV2 predomina entre as amostras processadas e 2019 segue a mesma tendência. É possível perceber que houve circulação do sorotipo DENV1 em todos os anos. A circulação simultânea de mais de um sorotipo em uma mesma região pode proporcionar aumento na probabilidade de ocorrência de casos com gravidade de sintomas, bem como óbitos. Diante disso, é fundamental que o Estado e os municípios se organizem principalmente no que se refere a sua estrutura assistencial.

Gráfico 53 - Monitoramento viral da dengue, 2010-2019, Minas Gerais

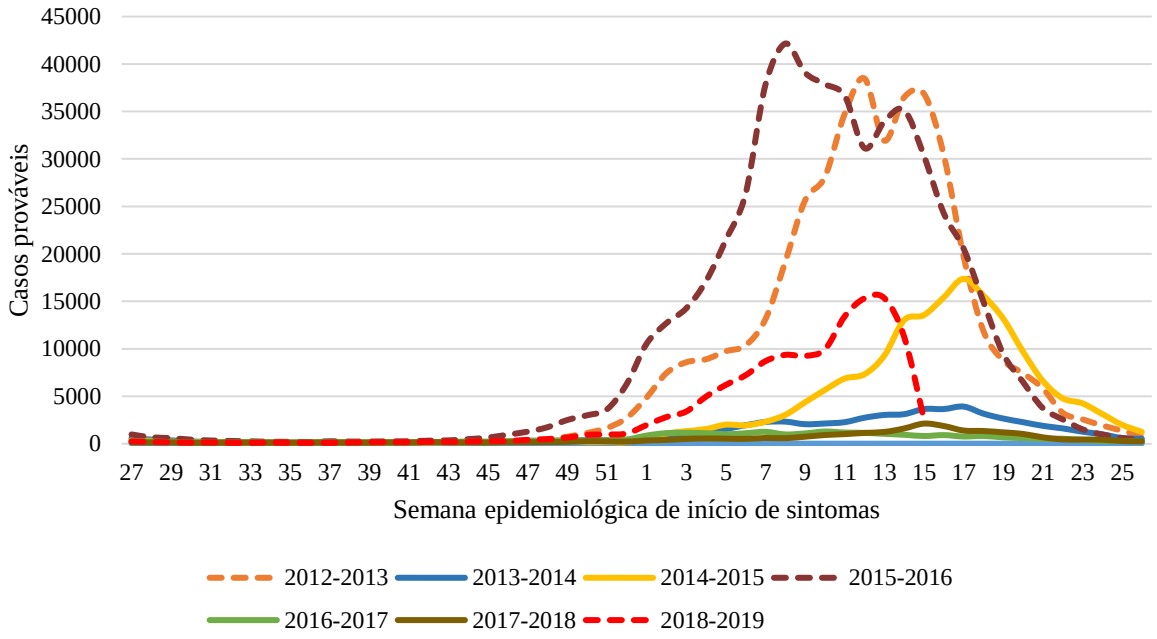


Fonte: Gal/Funed – dados sujeitos à alteração. Atualizado em 15/04/2019.

A primeira epidemia em Minas Gerais ocorreu em 1998, com um total de 147.418 casos notificados. A partir de 2006, com a cocirculação dos sorotipos DENV1, 2 e 3, ocorreu um aumento significante na transmissão viral. Aproximadamente 79.000 casos notificados em 2008, 83.000 casos em 2009 e 260.000 casos em 2010, sendo este último considerado um ano epidêmico (CAMPOS, 2014). A partir de 2011, com a introdução do sorotipo DENV4, os quatro sorotipos circulam no estado, e em 2013, ocorreu uma grande epidemia com aproximadamente 500.000 casos notificados (AMANCIO, 2015). O ano de 2016 superou todas as epidemias vivenciadas anteriormente pelo Estado, registrando mais de 600.000 casos notificados.

O Gráfico 54 ilustra o número de casos prováveis de dengue, no Estado de Minas Gerais, de 2012 a 2019 (até semana epidemiológica 16). Percebe-se um aumento do número de casos no final dos anos que antecedem os anos epidêmicos. O pico dos casos está a partir da semana epidemiológica 6, sendo que inicia uma queda a partir da semana epidemiológica 18, aproximadamente.

Gráfico 54 - Série de casos prováveis de dengue por semana epidemiológica, Minas Gerais, 2012-2019



Fonte: Sinan – dados sujeitos a alterações. Atualizado em 17/04/2019.

Chikungunya

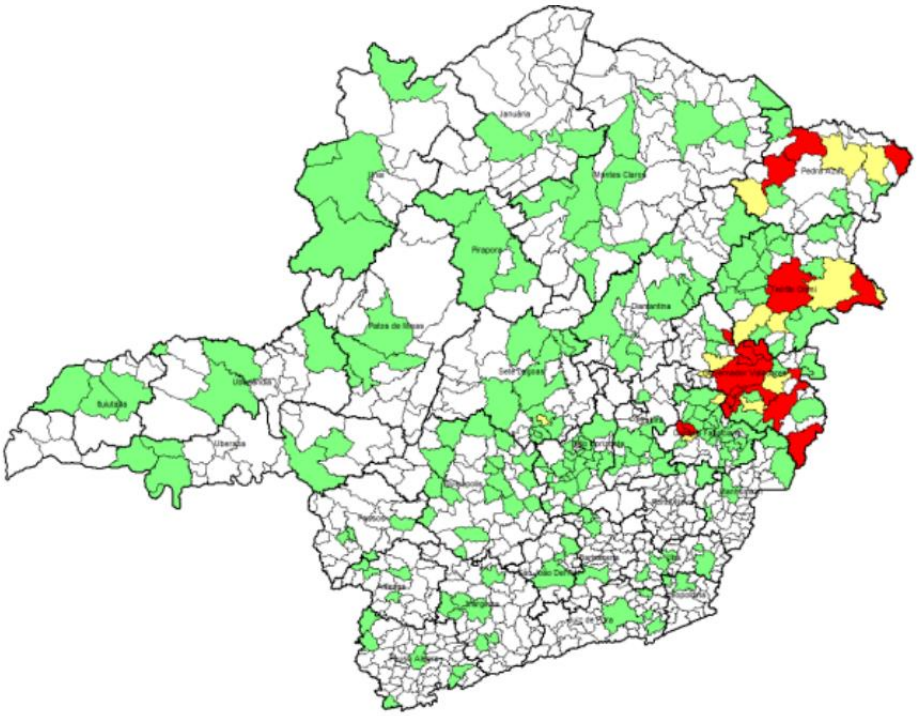
O **Chikungunya (CHIKV)** é um vírus RNA que pertence ao gênero Alphavirus da família Togaviridae. O nome "chikungunya" deriva de uma palavra do idioma Makonde que significa "aqueles que se dobram", descrevendo a aparência encurvada de pacientes que sofrem de artralgia intensa. A infecção pelo vírus Chikungunya provoca febre alta, dor de cabeça, dores articulares e dores musculares. O período médio de incubação da doença é de 3 a 7 dias, podendo variar de 1 a 12 dias. Não existe tratamento específico nem vacina disponível para prevenir a infecção por esse vírus. O tratamento sintomático é o indicado.

A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. Na fase aguda, os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta, cefaleia, mialgia e artralgia (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações). Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular. Os sintomas costumam persistir por 7 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante para algumas pessoas (BRASIL, 2015).

No final de 2013, foi registrada a transmissão autóctone da doença em vários países da região do Caribe. Em 2014, foram confirmados casos autóctones no Brasil e em vários países do continente americano. Após essa introdução, ainda ocorre expansão de áreas geográficas com transmissão autóctone no país. Em Minas Gerais, os primeiros casos ocorreram em 2014, sendo todos importados de outros estados ou países que já possuíam a transmissão da doença. A transmissão autóctone foi confirmada laboratorialmente em 2016, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Vale do Aço e Zona da Mata.

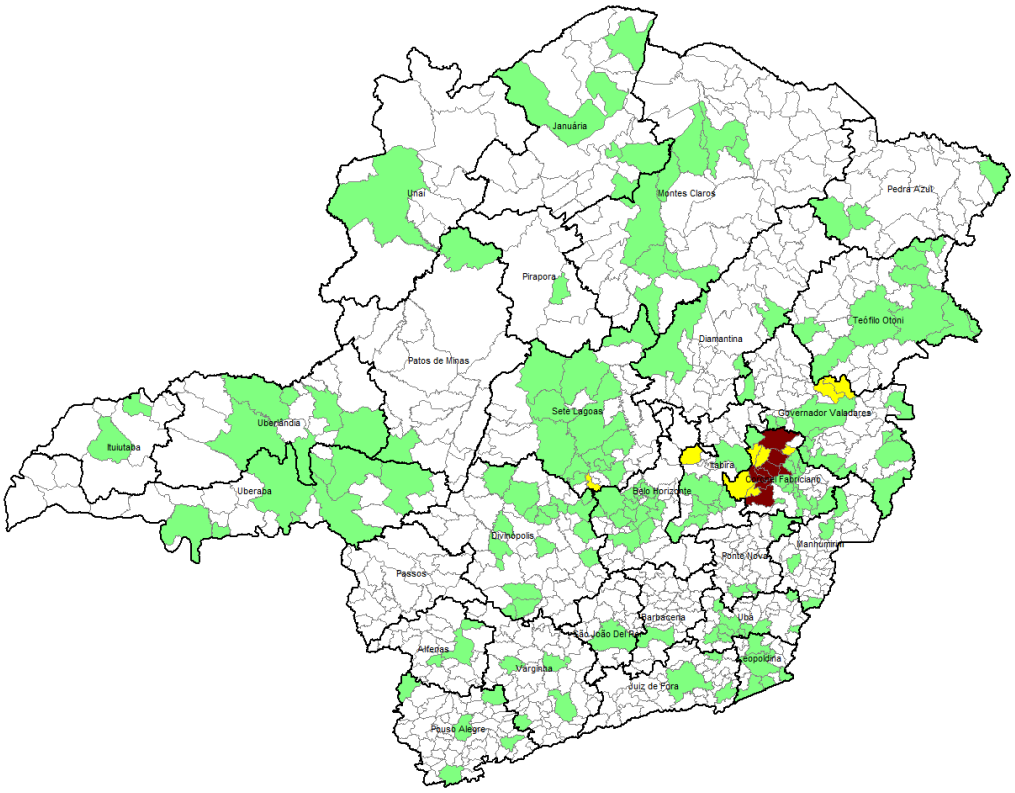
Com a mudança do cenário epidemiológico em 2017, o número de casos prováveis de chikungunya aumentou mais de 3.000%, sendo a primeira epidemia de chikungunya de Minas Gerais. Os casos foram concentrados nas Unidades Regionais de Saúde de Governador Valadares, Teófilo Otoni e Pedra Azul. Em 2018, os casos prováveis de chikungunya estavam localizados na região da Vale do Aço. Até o momento, 2019 apresenta um registro de casos inferior aos dois últimos anos.

Mapa 12 - Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2017



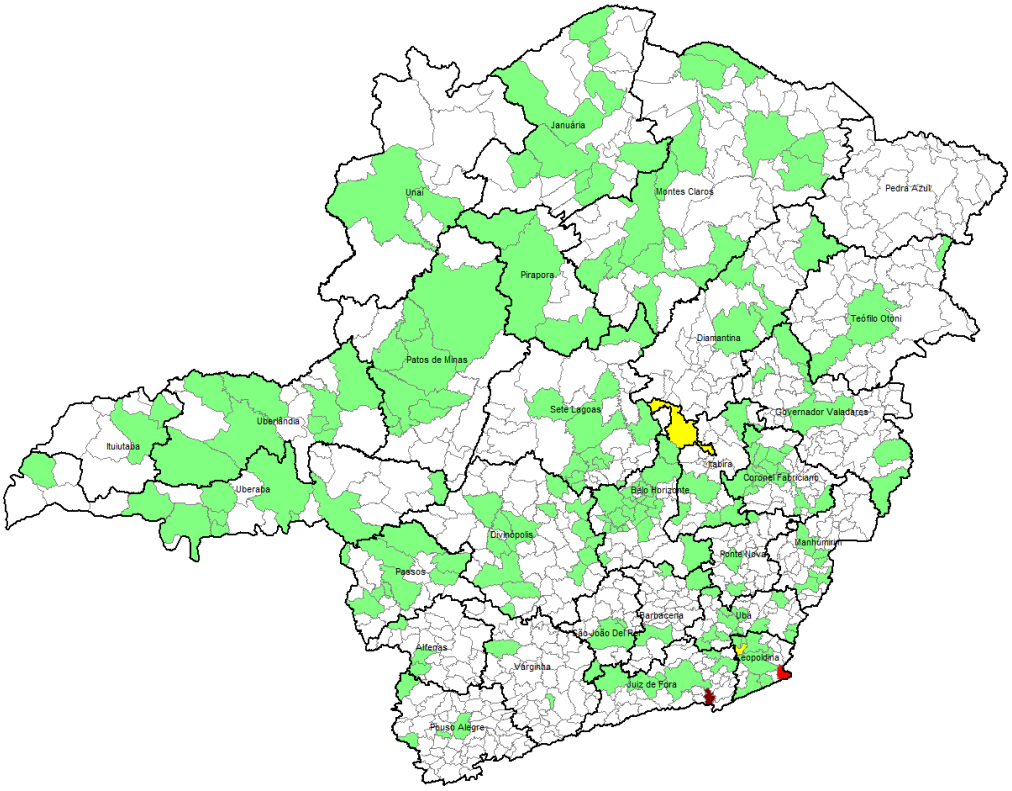
Fonte: SINAN – dados sujeitos a alterações. Atualizado em 2018.

Mapa 13 - Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2018



Fonte: SINAN – dados sujeitos a alterações. Atualizado em 2018.

Mapa 14 - Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2019



Fonte: SINAN – dados sujeitos a alterações. Atualizado em 15/04/2019.

Zika

A **Zika** é uma doença viral aguda, transmitida principalmente por mosquitos, tais como *Aedes aegypti*, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre baixa, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em primatas em Uganda, na floresta Zika em 1947, por esse motivo essa denominação. Entre 1951 a 2013, evidências sorológicas em humanos foram notificadas em países da África (Uganda, Tanzânia, Egito, República da África Central, Serra Leoa e Gabão), Ásia (Índia, Malásia, Filipinas, Tailândia, Vietnã e Indonésia) e Oceania (Micronésia e Polinésia Francesa).

Nas Américas, o Zika Vírus somente foi identificado na Ilha de Páscoa, território do Chile no oceano Pacífico, localizado a cerca de 3.500 km do continente, no início de 2014. O Zika Vírus é considerado endêmico no Leste e Oeste do continente Africano. Evidências sorológicas em humanos sugerem que a partir do ano de 1966 o vírus tenha se disseminado para o continente asiático. Foi confirmada transmissão autóctone de febre pelo vírus Zika no país a partir de abril de 2015. No final de 2015, foi confirmada a circulação laboratorial do Zika em Minas Gerais, sendo 2016 o ano com maior registro de casos prováveis de Zika. A partir de 2016, a microcefalia foi associada ao vírus zika e a notificação de casos suspeitos tornou-se universal.

Tabela 10 - Casos prováveis de zika vírus por mês de início de sintomas, 2016-2019, MG*

Mês	Ano de início dos sintomas			
	2016	2017	2018	2019
Janeiro	710	94	16	69
Fevereiro	4.704	118	22	103
Março	4.815	186	24	281
Abril	2.130	94	19	12
Maio	823	86	15	
Junho	148	52	6	
Julho	31	16	13	
Agosto	17	7	8	
Setembro	28	19	14	
Outubro	27	12	6	
Novembro	50	22	9	
Dezembro	44	12	16	
Total	**13.527**	**718**	**168**	**465**

Fonte: SINAN - dados sujeitos a atualização. Acesso em: 15/04/2019.

Agravos/doenças não transmissíveis

Agravos e doenças relacionadas ao trabalho

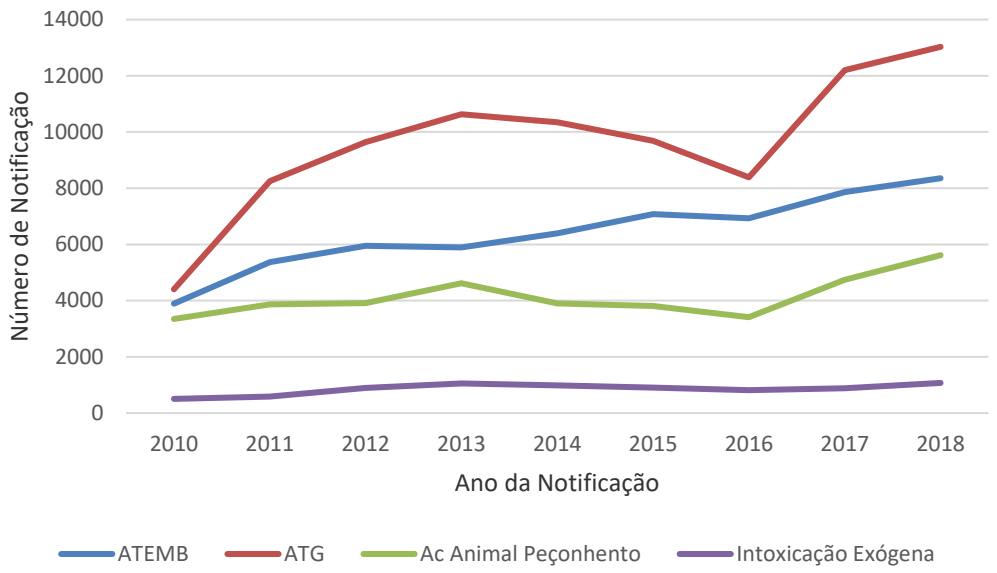
O **trabalho** é uma forma de construção das sociedades e dos homens, sendo o mesmo inerente à condição humana. Portanto, trabalhar é uma necessidade intrínseca ao ser humano e pode desempenhar um papel importante na promoção da saúde. Contudo, esse papel nem sempre é cumprido e o trabalho pode, muitas vezes, influenciar de forma negativa e causar danos humanos, econômicos e materiais por meio de adoecimentos ou mortes por causas relacionadas ao trabalho, tanto do presente quanto do passado. Dessa forma, deve-se primar pelo trabalho com qualidades justas e aceitáveis para que o mesmo promova a qualidade de vida e a saúde das pessoas.

Para isso, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) trabalha de forma articulada em três eixos de atuação: na vigilância epidemiológica, na atenção à saúde e na vigilância dos ambientes e processos de trabalho. A VISAT apresenta uma rede de atenção formada por dezesseis Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Regionais (CEREST), um (01) CEREST Municipal e um (01) CEREST Estadual. Todo esse arcabouço tem como objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, tendo como foco intervenções que impactem nos agravos e determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Essa proposta vai ao encontro da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria 1.823/2012 do MS, do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI 2016-2027 e da AGENDA 2030 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Em relação aos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, são de notificação compulsória, no Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN): os Acidentes de Trabalho Grave (ATG) (fatais, mutilações e que envolvam menores de 18 anos de idade), os Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, as Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho, as Lesões por Esforço Repetitivo (LER/DORT), os Cânceres Relacionados ao Trabalho, os Transtornos Mentais relacionados ao trabalho, as Dermatoses Ocupacionais, a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) e as Pneumoconioses. A estes foram acrescidos recentemente como Doenças de Notificação Compulsória no Estado de Minas Gerais a Brucelose e os Distúrbios de Voz relacionados ao trabalho, por meio da Resolução SES-MG nº 6.532, de 05 de dezembro de 2018, que acrescenta doenças, agravos e eventos de Saúde Pública de Interesse Estadual à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória.

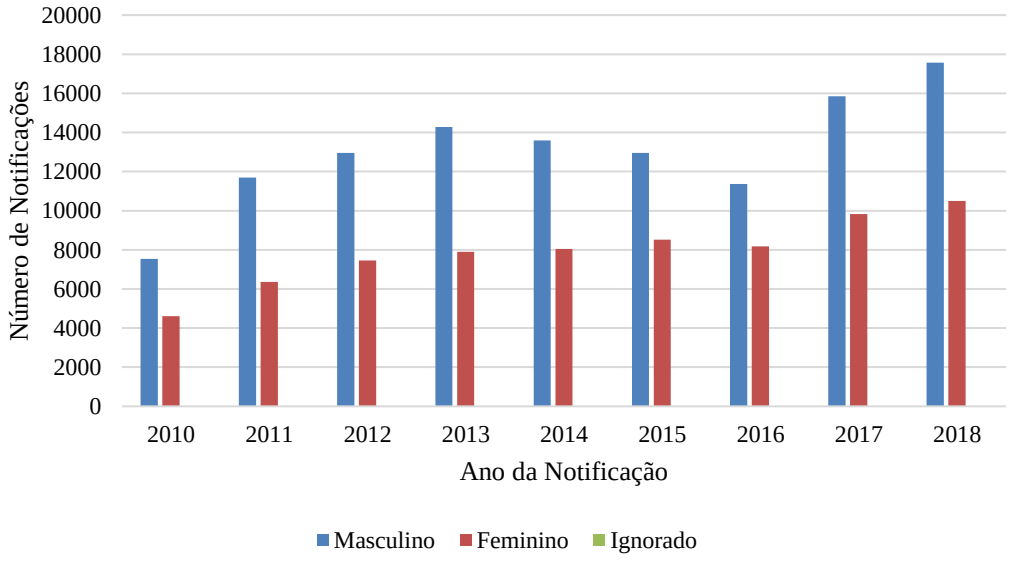
Conforme as informações das notificações do SINAN NET, no período de 2010 a 2018, foram notificados 189.209 casos de agravos relacionados ao trabalho. Destes, 45,7 % por Acidente de Trabalho Grave (ATG), 30,5 % foram por Acidente de Trabalho com Exposição Materiais Biológicos (ATEMB), 19,7 % por Acidentes por animais peçonhentos (relacionadas ao trabalho), 4,1% por Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho (Gráficos 55 e 56).

Gráfico 55 - Frequência de notificações no SINAN de agravos de interesse a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SINAN, 2019.

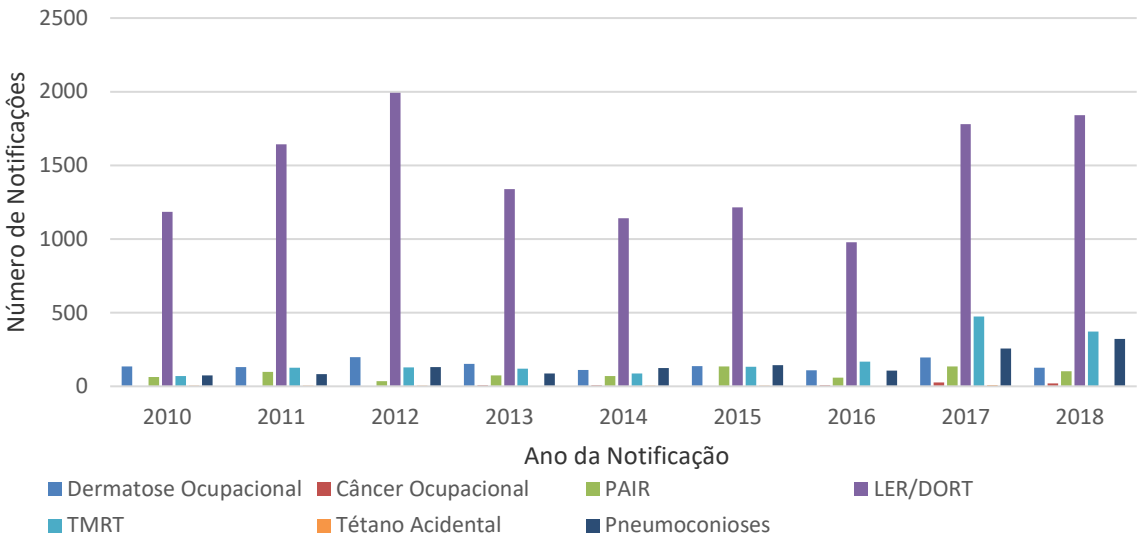
Gráfico 56 - Frequência de notificações no SINAN dos agravos* de interesse a Vigilância em Saúde do Trabalhador, por sexo. Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SINAN, 2019. * Agravos: Acidente de Trabalho com exposição a material biológico, Acidente de Trabalho Grave, Acidente com Animal Peçonhento relacionado ao Trabalho e Intoxicação exógena relacionado ao trabalho.

Em relação as notificações de doenças relacionadas ao trabalho em Minas Gerais, no período de 2010 a 2018, estas perfazem um total de 18.295 casos. Destas, 72 % por LER/DORT, 9% são Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho, 7,1% por Dermatoses Ocupacionais, 4,2% por PAIR, 0,39 % por Câncer Relacionado ao Trabalho e 0,2% por Tétano Acidental.

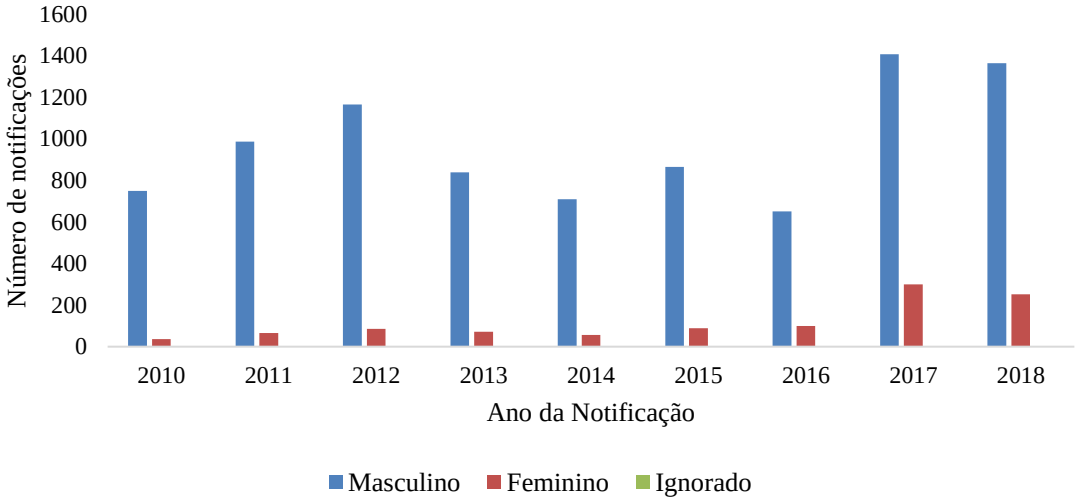
Gráfico 57 - Frequência de notificações no SINAN das doenças de interesse a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Minas Gerais, 2010 -2018



Fonte: SINAN, 2019.

Quando estratificado por sexo, observa-se predominância do sexo masculino, com aumento expressivo nos últimos dois anos, conforme gráfico a seguir:

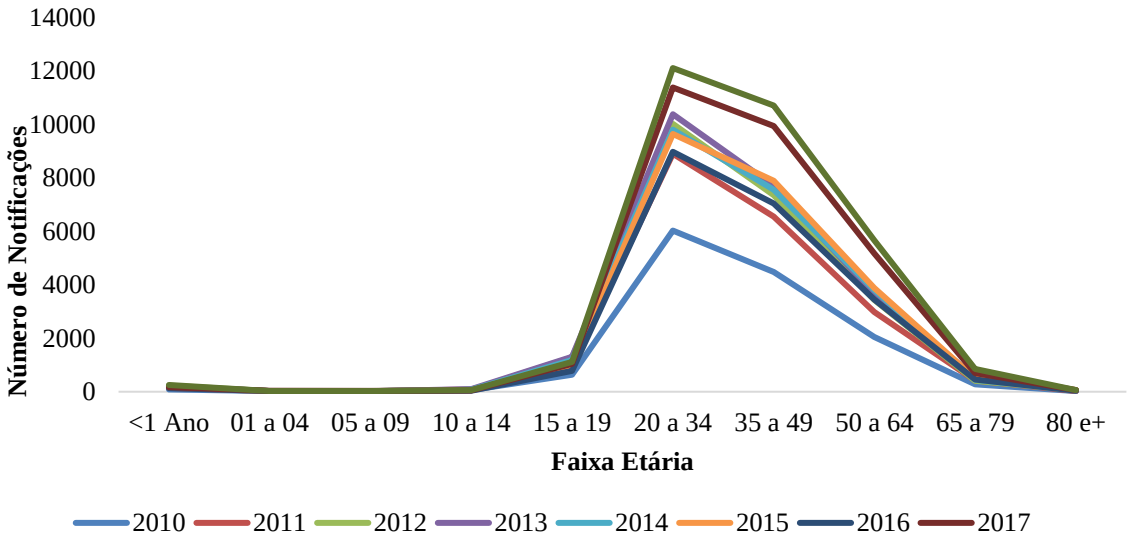
Gráfico 58 - Frequência de notificações no SINAN de doenças* de interesse da Vigilância em Saúde do Trabalhador, por sexo. Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SINAN, 2019. * Doenças: Dermatoses Ocupacionais, Câncer Relacionado ao Trabalho, Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, Tétano Acidental relacionado ao Trabalho, Pneumoconioses, LER/DORT, PAIR.

Quando observada a frequência das notificações das doenças e agravos relacionados ao trabalho por faixa etária no período de 2010 a 2018, pode-se notar que, para todos os anos, é expressiva para as faixas etárias entre 15 e 49 anos.

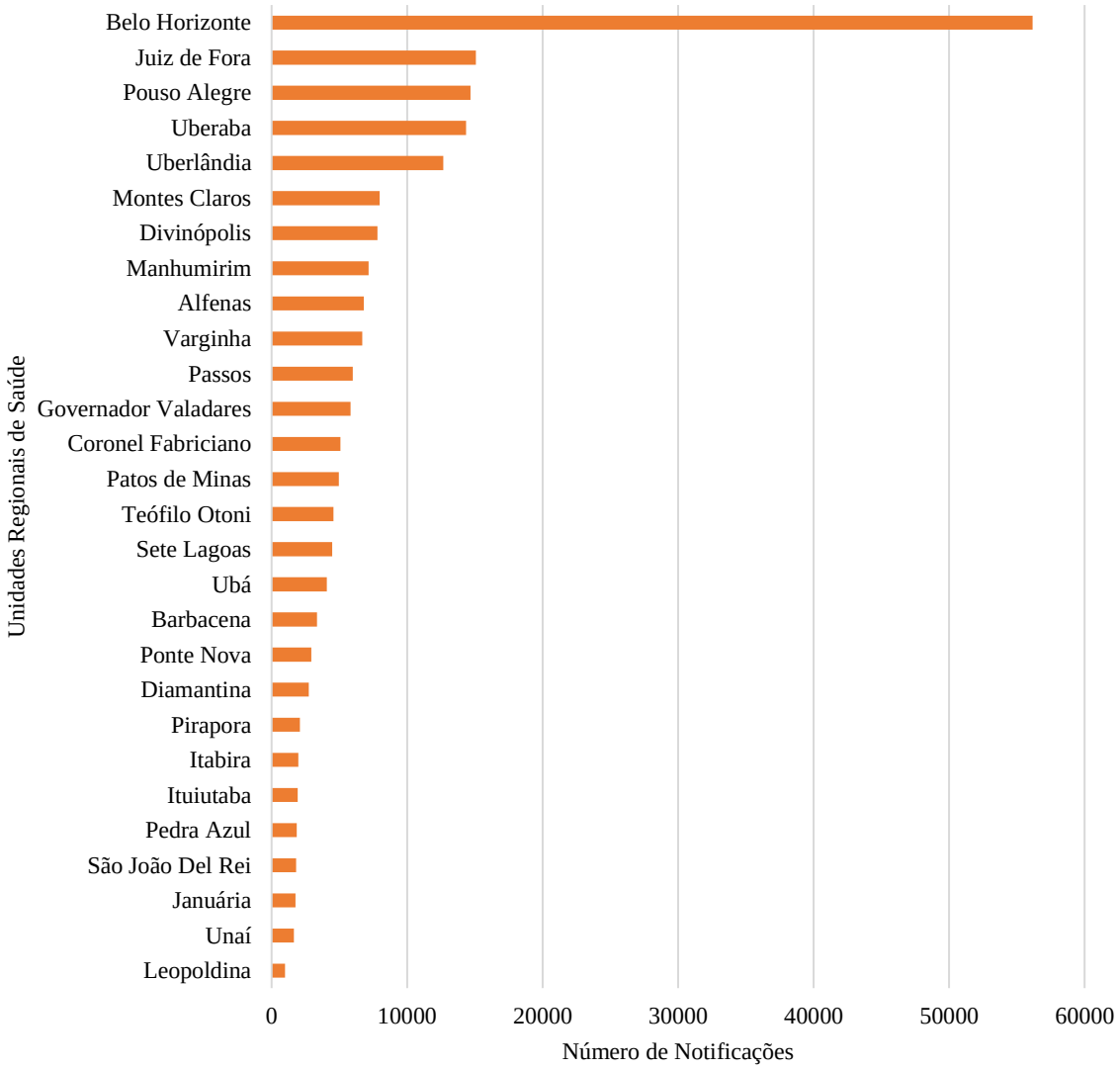
Gráfico 59 - Frequência de notificações no SINAN das doenças e agravos relacionados ao trabalho, por faixa etária. Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SINAN, 2019.

Observando-se as notificações das doenças e agravos relacionados ao trabalho por Unidade Regional de Saúde (URS), no período de 2010 a 2018, nota-se que as URS que apresentam o maior percentual de notificações foram: Belo Horizonte, com 27,1% das notificações registradas no período, seguida por Juiz de Fora, com 7,3%, Pouso Alegre e Uberaba com 7% e Uberlândia 6,1%. Já as URS de Leopoldina, Unaí, Januária, São João Del Rei, Pedra Azul, Ituiutaba, Itabira e Pirapora foram as que apresentaram o menor percentual, sendo que isoladamente não atingiram 1% e, conjuntamente, respondem por 7,8% das notificações registradas no período compreendido entre 2010 a 2018.

Gráfico 60 - Distribuição das notificações no SINAN das doenças e agravos relacionados ao trabalho, por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2010-2018



Fonte: SINAN, 2019.

Em relação ao tipo de ocupação, de acordo com as informações do SINAN, no período compreendido entre 2010 a 2018, observa-se que as mais notificadas quanto à ocorrência de Acidente de Trabalho Grave (ATG) foram o Trabalhador agropecuário em geral (8%), Pedreiro (7,5%), servente de obras (4%) e motorista de caminhão (3%). Quanto ao Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, as ocupações mais notificadas foram: técnicos de enfermagem (39,4%), enfermeiro (8,5%) e auxiliar de enfermagem com (6%). Os Acidentes com Animais Peçonhentos relacionados ao trabalho foram mais expressivos entre as ocupações de trabalhador agropecuário em geral (42,5%) e trabalhador volante da agricultura (9,4%). Também se observa expressividade de notificações relacionadas à ocupação por Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho entre trabalhadores agropecuários em geral, responsáveis por 27% das notificações no período.

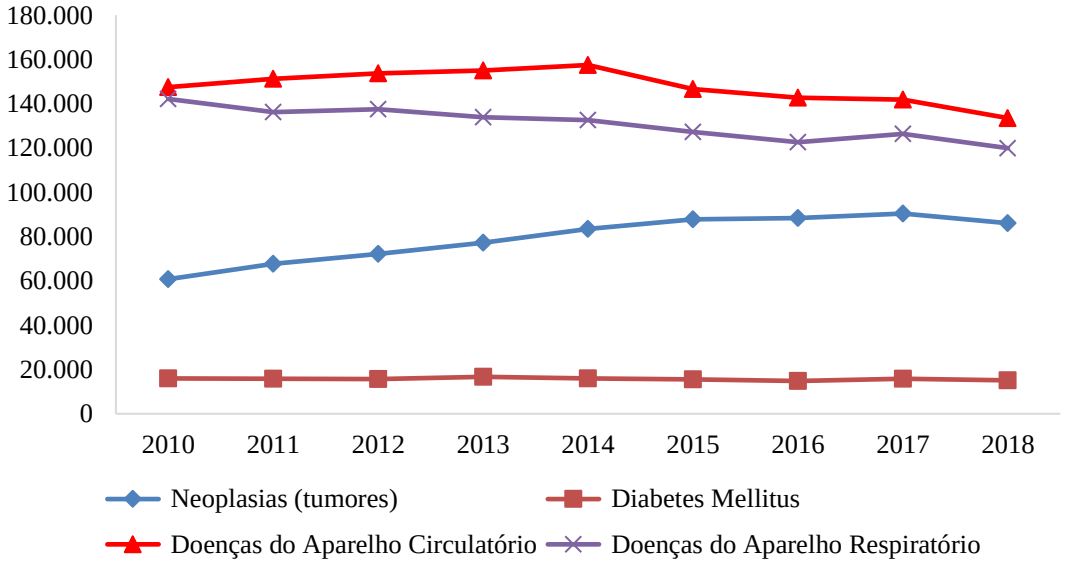
Assim, tem-se como grande desafio o reconhecimento da importância do trabalho como um dos determinantes e condicionantes da saúde das pessoas. A partir disso, propiciar o desenvolvimento de ações capazes de sensibilizar a população a fim de reduzir o risco, prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e promover a saúde dos trabalhadores.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT**) constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente, e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida (com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária), além de impactos econômicos para familiares, comunidade e sociedade em geral (MALTA et al., 2013).

Considerando as internações hospitalares no SUS, verifica-se no ranking das internações, entre os anos de 2010 a 2018, segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª edição – CID 10 que no estado de Minas Gerais as doenças crônicas não transmissíveis (N= 3.363.846) estão nos primeiros lugares (gráfico 61). Desse total, as Doença do Aparelho Circulatório representam (39,5%), Doença do Aparelho Respiratório (35,0%), Neoplasias (21,2%) e Diabetes Mellitus (4,2%).

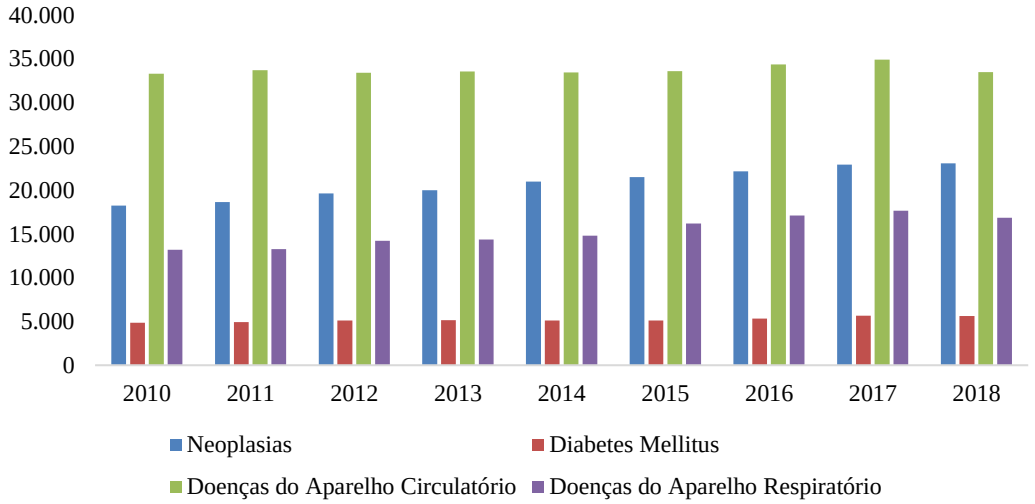
Gráfico 61 - Internações Hospitalares no SUS por capítulo CID- 10 e Ano de atendimento. Minas Gerais, 2010-2018*



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). * Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação. Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações. Dados retirados em 12/04/2019.

O Gráfico 62 apresenta, com relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as principais causas de óbitos no Estado de Minas Gerais (N=675.396). No período de 2010 a 2018, estão à frente as Doenças do Aparelho Circulatório (45%), seguidas pelas Neoplasias (28%), pelas Doenças do Aparelho Respiratório (20%) e pela Diabetes (7%).

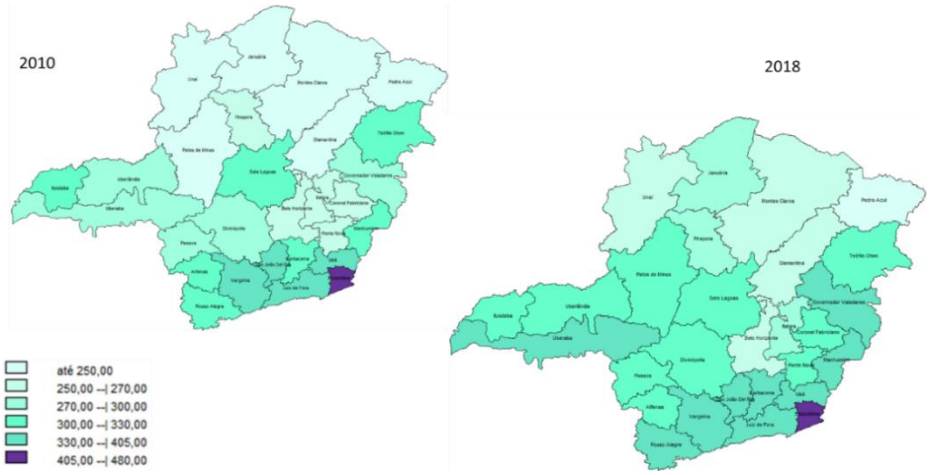
Gráfico 62 - Óbitos não fetais por ocorrência segundo capítulo CID-10 e Ano do Óbito. Minas Gerais, 2010-2018*



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG. *Nota: Dados de 2017 a 2019 atualizados em 15 de fevereiro de 2019, portanto sujeitos a alterações. Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST dados retirados em 12/04/201.

No Mapa 15 é possível comparar os óbitos de mortes prematuras (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) referente ao indicador nº 1 do Pacto Interfederativo, segundo Unidade Regional de Saúde, entre os anos de 2010 e 2018*. Nota-se que Governador Valadares, Patos de Minas, Uberaba, Manhumirim, Januária e Ponte Nova foram as Unidades Regionais de Saúde que tiveram aumento do número de óbitos no decorrer destes anos. As Unidades Regionais de Saúde que tiveram queda do número de óbitos quando comparado a variação percentual entre os dois anos foram Leopoldina e Juiz de Fora, porém conforme a escala as Unidades Regionais de Saúde permaneceram no mesmo padrão da escala citada.

Mapa 15 - Óbitos não fetais por ocorrência segundo capítulo CID-10 e Ano do Óbito. Minas Gerais, 2010 e 2018*



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG. *Nota: Dados de 2017 a 2019 atualizados em 15 de fevereiro de 2019, portanto sujeitos a alterações. Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST dados retirados em 12/04/201.

Violência e Acidentes

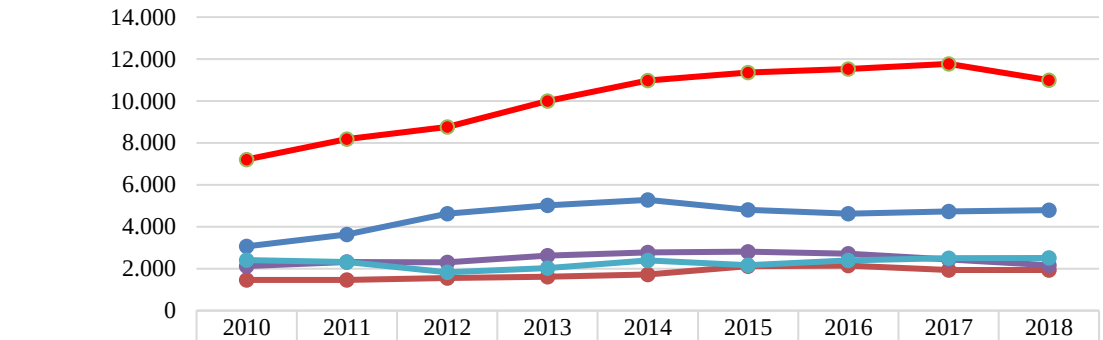
Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), as violências e os acidentes – sejam eles de natureza acidental ou não, são responsáveis por cerca de 9% da mortalidade global. No Brasil, as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito têm apresentado algumas oscilações, diminuindo, parcialmente devido à aplicação do Novo Código de Trânsito de 1998 e aumentando devido à redução da fiscalização após os períodos de implantação da legislação, ao aumento da frota veicular e à falta de manutenção das vias, dentre outros motivos.

Entretanto, grande número de sobreviventes apresenta importantes sequelas físicas e psicológicas, principalmente adultos jovens. Toda pessoa morta, ferida ou incapacitada em um acidente de trânsito é parte de uma rede de outros indivíduos, como familiares e amigos, que são profundamente afetados, seja no cuidado prestado ao acidentado, em casos com sequela, seja na possível dificuldade financeira, considerando que, muitas vezes, o acidentando é o responsável financeiro daquela família. (OMS, 2012).

Segundo o Sistema de Internação Hospitalar em Minas Gerais entre os anos de 2010 a 2018 o total de internações hospitalares foi de 1.235.68, enquanto as internações por Acidente de Transporte Terrestre (ATT) foi de 190.137, correspondendo 15,4% das internações no SUS no estado.

Observando as internações hospitalares no SUS por ATT, segundo Grupo de Causas (Gráfico 63) verifica-se que do total das internações (N=190.137) o maior quantitativo foi de motociclistas com 47,7% dos casos, seguida das internações de pedestres com 21,3% e ocupantes de automóveis com 11,7%. A maior proporção dos acidentados de ATT é do sexo masculino, adulto jovem, pouca escolaridade, residente em área urbana. Esse dado corrobora com os dados da Organização Mundial de Saúde que afirmam que, aproximadamente, 50% das vítimas são constituídas por pedestres, ciclistas ou motociclistas (OMS, 2008).

Gráfico 63 - Distribuição das internações hospitalares no SUS por Acidentes de Transporte Terrestre segundo categoria. Minas Gerais, 2010-2018

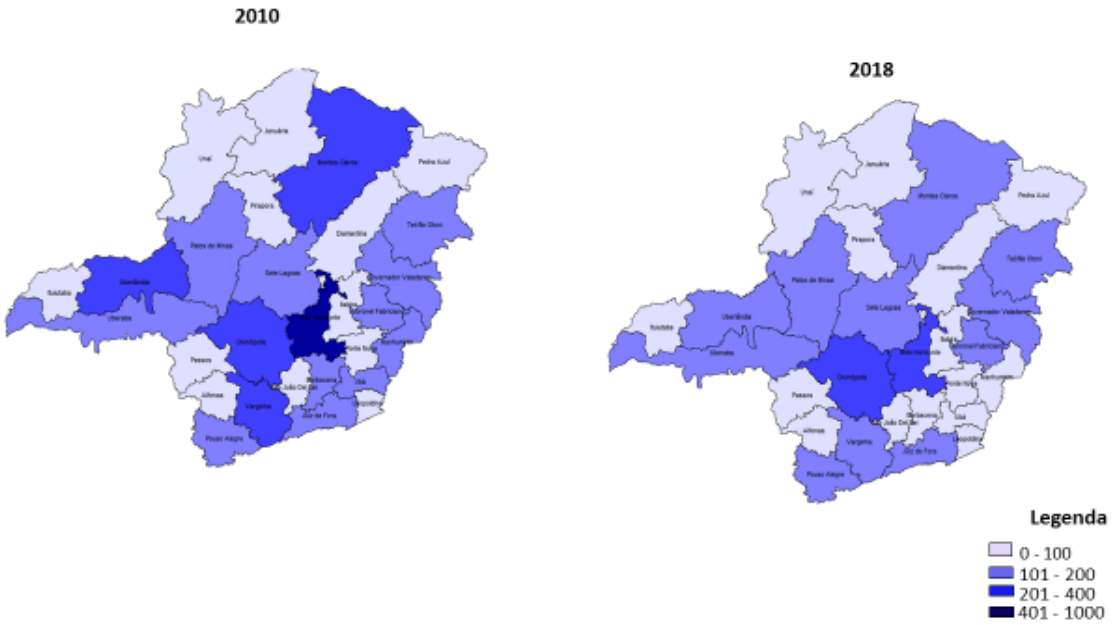


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pedestre	3.065	3.630	4.624	5.019	5.282	4.809	4.617	4.738	4.789
Ciclista	1.463	1.463	1.558	1.618	1.723	2.122	2.145	1.933	1.939
Motociclista	7.210	8.179	8.766	10.001	10.975	11.364	11.526	11.770	10.986
Carro	2.122	2.314	2.308	2.621	2.769	2.812	2.722	2.444	2.164
Outros	2.411	2.313	1.827	2.031	2.395	2.164	2.397	2.500	2.509

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Nota: (1) Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. (2) Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação. CID10 utilizado: V01 a V89, V98 e V99 /-/ Excluídos: V90 a V97. Observações: (1) Morbidade por internação. (2) DATASUS/MS acessado em 12/02/2019.

Comparando os óbitos nas URS no Mapa 16, é possível perceber que houve uma queda em todas as instâncias regionais de saúde, exceto na Regional de Leopoldina, que segundo a taxa calculada houve um aumento de 1,4 óbitos por ATT por 100.000 habitantes.

Mapa 16 - Distribuição de óbitos, por residência, segundo Unidade Regional de Saúde e Ano da Internação. Minas Gerais, 2010 e 2018



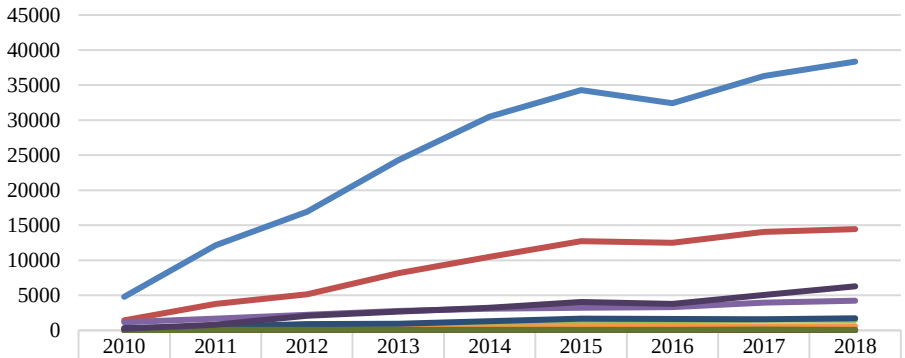
Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SES-MG. Notas: Dados de 2017 a 2019 atualizados em 21 de maio de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Em sua origem e manifestações, a **violência** é um fenômeno sócio-histórico. Portanto, ela não é por si só, uma questão de saúde pública. Ela se torna uma adversidade para o sistema de saúde quando afeta a saúde individual e coletiva da população e à medida que exige formulação de políticas específicas para prevenção e tratamento e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2006). As lesões decorrentes de violências são definidas ou classificadas como causas externas de morbidade e mortalidade.

Conforme o MS (VIVA, 2013), as vítimas comumente são atingidas por sequelas permanentes ou não, podendo levar à incapacidade para o trabalho e/ou outras atividades rotineiras, absenteísmo, custos com o pagamento de pensões e de tratamentos de saúde, o que torna esses agravos um importante problema de saúde pública. Devido ao exposto, as causas externas se tornaram objeto de vigilância e de prevenção em saúde no âmbito do SUS.

Apresenta-se no Gráfico 64 a distribuição de notificações por Tipos de Violência, por meio do qual é possível observar um aumento das notificações em todos os tipos, exceto Trabalho Infantil, em que no período avaliado não houve notificações. É possível observar que a Violência Física, a Psicológica/Moral e Sexual se destacaram em maior número de notificações no período de 2010 a 2018. A Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada permite que seja preenchido mais de um tipo de violência.

Gráfico 64 - Frequência de Notificação de Violência, segundo Tipo de Violências por ano de notificação, Minas Gerais 2010-2018



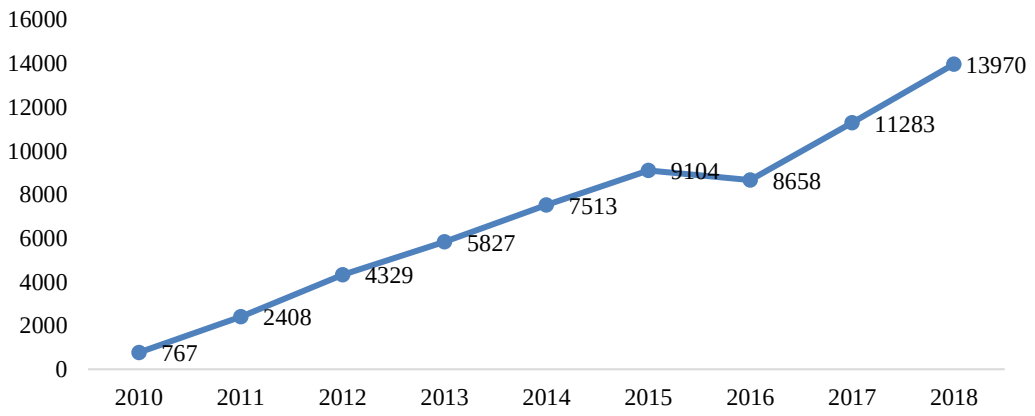
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Física	4792	12142	16942	24293	30513	34277	32432	36291	38351
Violência Psico./Moral	1431	3765	5130	8183	10498	12716	12510	14030	14449
Tortura	170	369	585	871	1058	1366	1309	1528	1489
Sexual	1160	1678	2223	2778	3105	3239	3338	3937	4233
Tráfico de Seres Humanos	4	6	19	16	26	18	25	22	24
Financeira/Econômica	104	237	231	344	374	507	560	563	585
Negligência/Abandono	334	523	913	938	1295	1694	1621	1601	1725
Trabalho Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intervenção Legal	28	57	69	87	92	86	94	119	82
Outros	233	799	2076	2671	3240	4035	3771	5041	6284

Fonte: CVDANT/DVDCANT/SVEAST/SVPS/SES-MG. Dados retirados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 12/04/2019. SINAN atualizado até a 14ª Semana Epidemiológica de 2019.

Em relação à distribuição de notificações por Lesão Autoprovocada, durante os anos 2010 a 2018 em Minas Gerais, verifica-se um aumento no número de notificações no período avaliado, esse

crescimento pode ser devido o fortalecimento da importância das notificações de Lesões Autoprovocadas e ao maior número de casos. O ano de 2018 apresentou o maior número de notificações com percentual de 21,87 %, e do ano de 2017 com um percentual de 17,66%. (Gráfico 65).

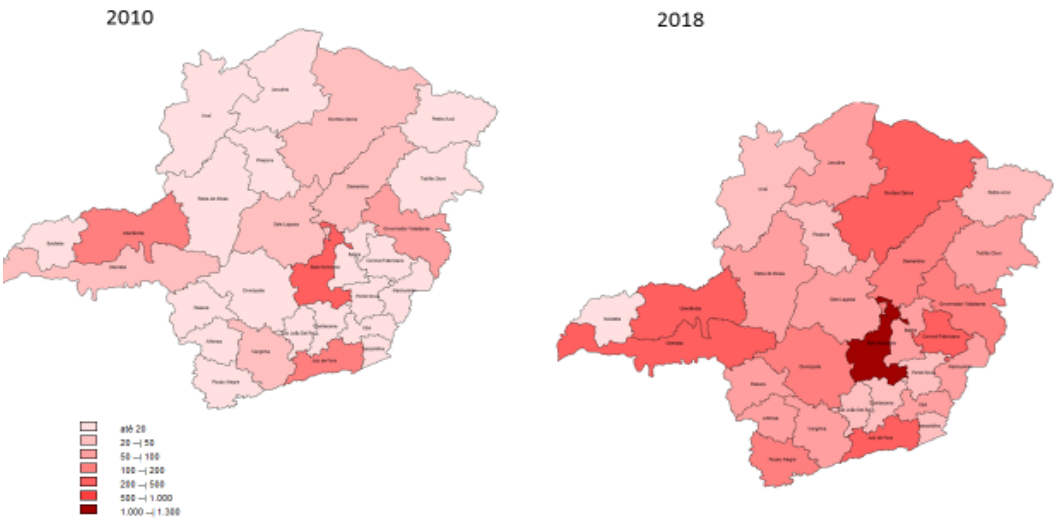
Gráfico 65 - Distribuição de Notificação de Lesão Autoprovocada por ano de notificação, Minas Gerais 2010 a 2018



Fonte: CVDANT/DVDCANT/SVEAST/SVPS/SES-MG. Dados retirados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 12/04/2019. SINAN atualizado até a 14ª Semana Epidemiológica de 2019.

A seguir se observa a distribuição das notificações de violência sexual por unidade regional de saúde nos anos de 2010 e 2018. Dentre as 28 unidades regionais de saúde Belo Horizonte apresentou um percentual de crescimento de 17,6%, Uberaba percentual de 78,9%, Juiz de Fora 24% e Uberlândia 77%. É possível constatar que a regional de Uberaba se destacou com maior percentual em relação a violência sexual.

Mapa 17 - Distribuição das notificações de Violência Sexual por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2010 e 2018



Fonte: CVDANT/DVDCANT/SVEAST/SVPS/SES-MG. Dados retirados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 12/04/2019.

Emergências em Saúde Pública

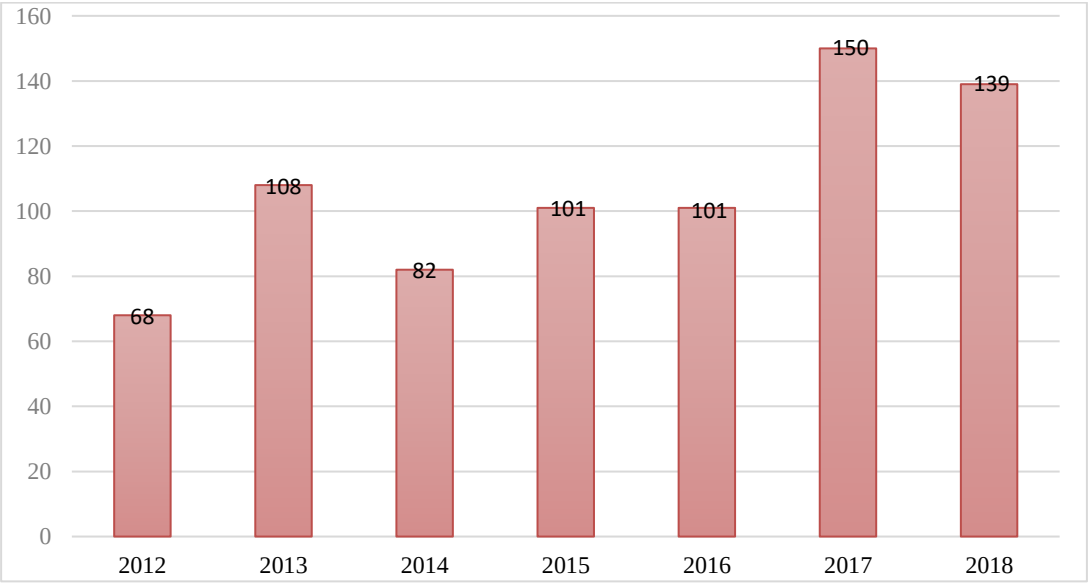
As **Emergências em Saúde Pública** caracterizam-se como uma situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle, contenção de riscos, danos e de agravos, em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), desastres ou desassistência à população (BRASIL, 2014). Para minimizar o impacto desses eventos é necessário implantar um sistema de coordenação e de controle para operacionalização da resposta dos serviços em situações críticas, com elaboração de fluxos, protocolos e planos de contingência. É de extrema importância a articulação entre diferentes atores envolvidos nesses processos.

No monitoramento das emergências em saúde pública no estado de Minas Gerais serão considerados os eventos: doenças emergentes/reemergentes, acidentes com agentes químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (QBRN), acidentes naturais e/ou antropogênicos.

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

Os incidentes/acidentes por agentes QBRN podem ocorrer como resultado de eventos adversos, provocados ou não, causando grande impacto material, ambiental e a saúde pública, resultando perdas sociais e econômicas. A resposta para tais situações precisam ser rápida, coordenada e integrada com diferentes atores. A atribuição do setor de saúde nesse contexto deve estar focada, principalmente, no desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde, no monitoramento ambiental e epidemiológico e na prestação de assistência médica (pré-hospitalar e hospitalar) na zona fria do evento. A principal atividade monitorada pela Secretaria de Estado da Saúde é o transporte/acidentes com produtos perigosos, devido à extensa malha rodoviária do estado. O Gráfico 66 ilustra o número de acidentes com produtos perigosos ocorridos em Minas Gerais de 2012 a 2018.

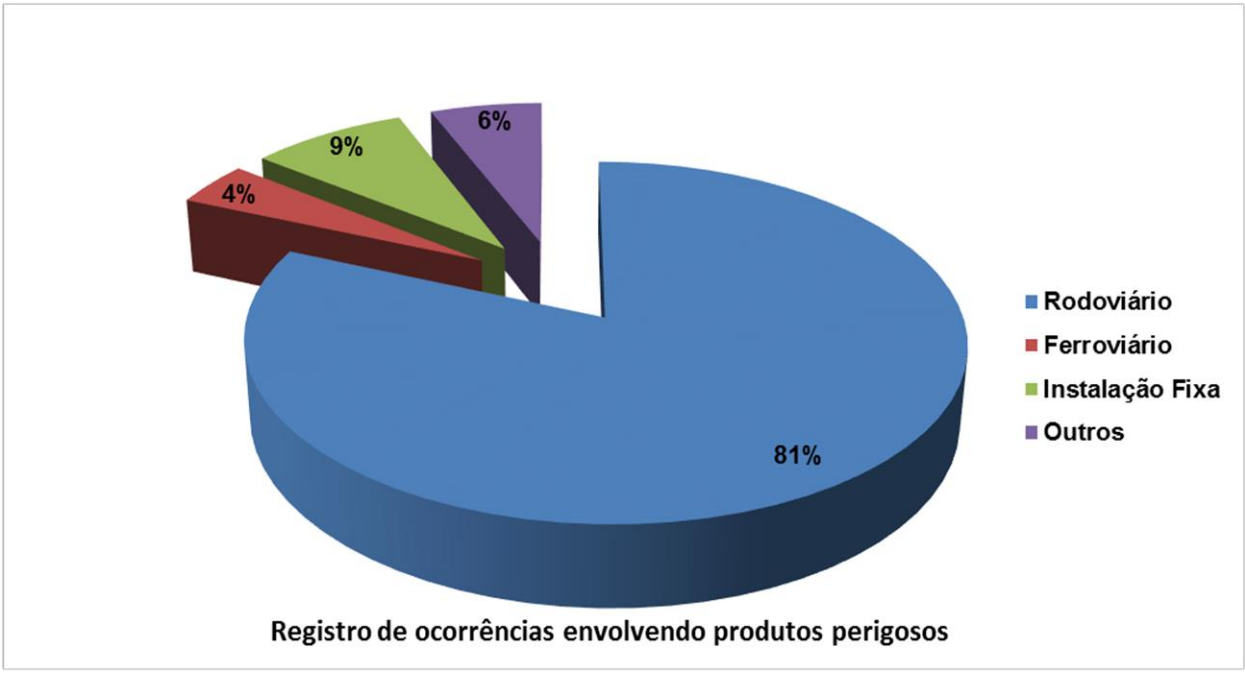
Gráfico 66 - Número de acidentes com produtos perigosos (APP) segundo ano, Minas Gerais, 2012-2018



Fonte: SEMAD-MG – Comunicados de Acidentes, 2018.

Verifica-se o Rodoviário como o principal modal com registro de ocorrências envolvendo produtos perigosos ocorridos em Minas Gerais de 2012 a 2018, conforme o Comunicado de Acidentes. (Gráfico 67).

Gráfico 67 - Principal modal com registro de ocorrências envolvendo produtos perigosos, Minas Gerais, 2018



Fonte: SEMAD-MG – Comunicados de Acidentes, 2018.

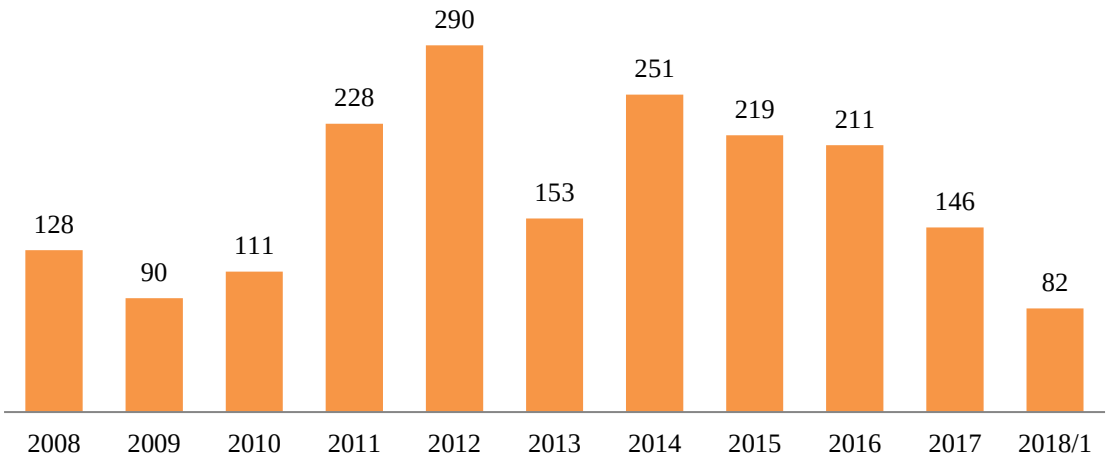
Acidentes naturais e/ou antropogênicos

Eventos de origem natural, como terremotos, ciclones tropicais, tornados, vendavais, inundações, estiagem e secas tendem a se constituir em uma ameaça ou um perigo, podendo resultar em desastres quando houver ruptura do funcionamento normal de um sistema ou de uma comunidade, devido aos danos e efeitos ao bem-estar físico, social, mental, econômico e ambiental de uma determinada localidade (EIRD, 2005).

A seca e estiagem são algumas das principais ameaças de desastres naturais, principalmente quando associadas às condições precárias de subsistência e a vulnerabilidade socioeconômica de uma determinada população. A ocorrência de seca e estiagem causa, portanto, maiores impactos em regiões pobres ou em desenvolvimento, onde os fatores condicionantes e determinantes de saúde já se encontram comprometidas.

O Gráfico 68 ilustra o número de municípios que relataram à Defesa Civil-MG problemas relacionados à seca e/ou à estiagem nos últimos anos. Observa-se o número crescente nos últimos anos.

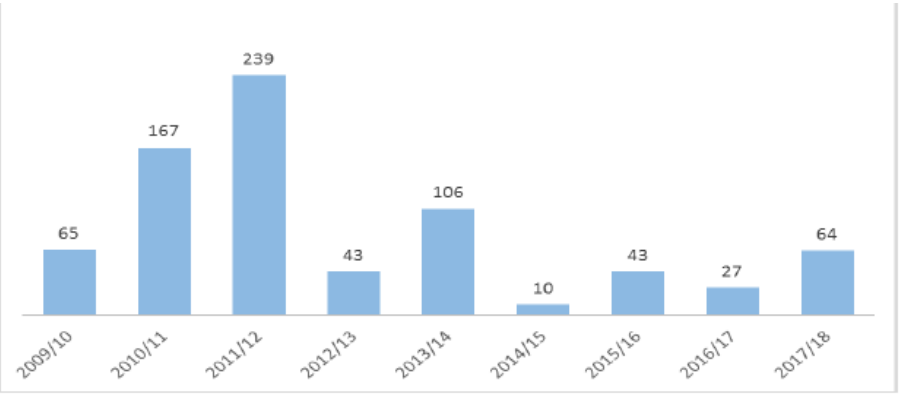
Gráfico 68 - Número de municípios com decretos publicados por seca e estiagem, por ano, Minas Gerais, 2008-2018



Fonte: Defesa Civil – Minas Gerais. Atualizado em 24/04/2019, dados sujeitos a alterações.

Nas inundações ocorre o transbordamento de água da calha normal de rios, mares, lagos e açudes, ou acúmulo de água por drenagem deficiente. Na maioria das vezes, o incremento do fluxo de água é provocado por precipitações pluviométricas intensas e concentradas, pela intensificação do regime de chuvas sazonais ou pela saturação do lençol freático. O desastre associado à inundação tem como característica relevante a possibilidade de abranger uma grande área. A ocorrência de inundação de forma brusca figura-se entre os desastres que proporcionam maiores danos à saúde, podendo causar óbitos e traumas, ou alteração no comportamento das doenças, além de grandes prejuízos ao patrimônio público, ambiente e bens materiais individuais (BRASIL, 2014). No Gráfico 69 observa-se o número de municípios que registraram ocorrências por inundações no estado de Minas Gerais nos últimos anos. Observa-se comportamento diferenciado quando comparado com os decretos por seca e/ou estiagem.

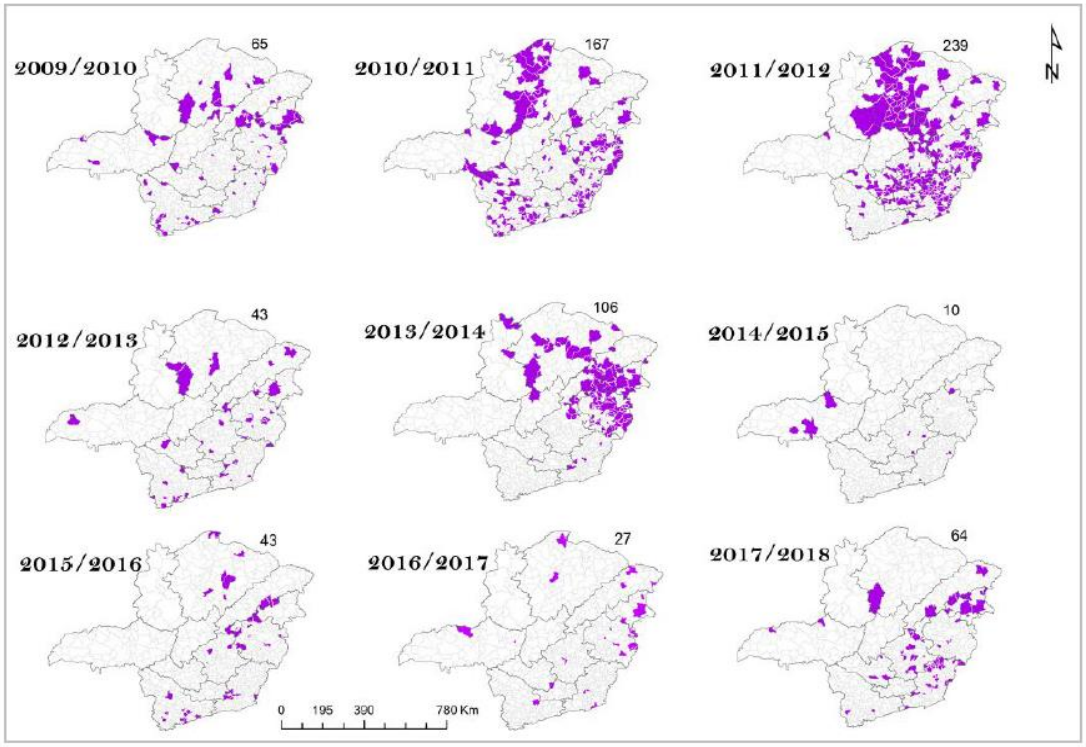
Gráfico 69 - Número de municípios com eventos registrados por inundações por ano, de 2009-2018



Fonte: CEDEC, 2018.

A seguir estão apresentados os diferentes cenários do estado por macrorregião de saúde, nos anos de 2009 a 2018, referente aos municípios que tiveram decretos de Situação de Emergência (SE) ou Estado de Calamidade Pública (ECP).

Figura 5 - Evolução dos municípios que decretaram SE ou ECP de 2009/2010 a 2017/2018



Fonte: CEDEC, 2018.

Os acidentes humanos ou antropogênicos são aqueles provocados pelas ações ou omissões humanas. Relacionam-se com a atuação do próprio homem, enquanto agente e autor. Esses desastres podem produzir situações capazes de gerar danos à natureza, aos habitats humanos e à própria saúde. Normalmente, os desastres humanos são consequências de ações desajustadas geradoras de desequilíbrios nos relacionamentos socioeconômicos e políticos entre os homens; ou de profundas e prejudiciais alterações em seu ambiente ecológico. A atribuição do setor saúde envolve ações de preparação, monitoramento, alerta e resposta. O monitoramento dos riscos associados deve ser uma atividade contínua da Vigilância em Saúde para a emissão de alertas, adoção de medidas necessárias para proteção de saúde da população vulnerável, minimização dos riscos e a continuidade da prestação dos serviços de saúde.

Vigilância da qualidade da água

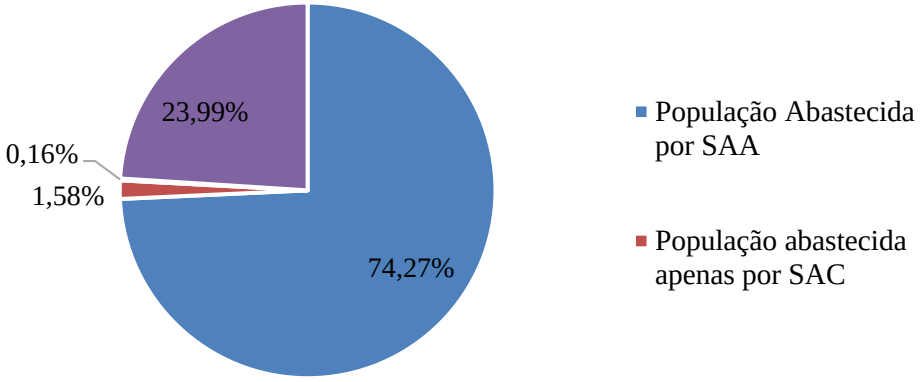
A vigilância da qualidade da água para consumo humano visa avaliar e gerenciar os riscos à saúde relacionados ao abastecimento de água, com o intuito de reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, bem como buscar a melhoria das condições sanitárias das formas de abastecimento de água. Assim sendo, o Programa VIGIAGUA consiste no conjunto de ações adotadas continuamente para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão de

potabilidade estabelecido na legislação vigente, bem como avaliar e prevenir os possíveis riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água podem representar à população abastecida, abrangendo todo o sistema de produção de água potável, desde a captação até o ponto de consumo, incluindo estações de tratamento, reservatórios e sistemas de distribuição.

De acordo com as informações fornecidas pelo banco de dados do SISAGUA (Gráfico 70), em 2018, verifica-se que o maior percentual de cobertura populacional para abastecimento da água está no Sistema de Abastecimento de Água (SAA), com 74,27%. Em segundo lugar com 23,99% encontra-se o percentual da população que não apresenta informação sobre o tipo de abastecimento de água no SISAGUA. Com as menores percentagens encontram-se as formas de abastecimento por soluções coletivas e individuais, sendo respectivamente, 1,58% e 0,16%.

Analisando as informações disponíveis no sistema, conclui-se assim que, o VIGIAGUA possui grande abrangência no estado, porém ainda há cerca de 5 milhões de pessoas sem informações registradas sobre sua forma de abastecimento.

Gráfico 70 - Percentual de Cobertura de Abastecimento-SISAGUA. Minas Gerais, 2018

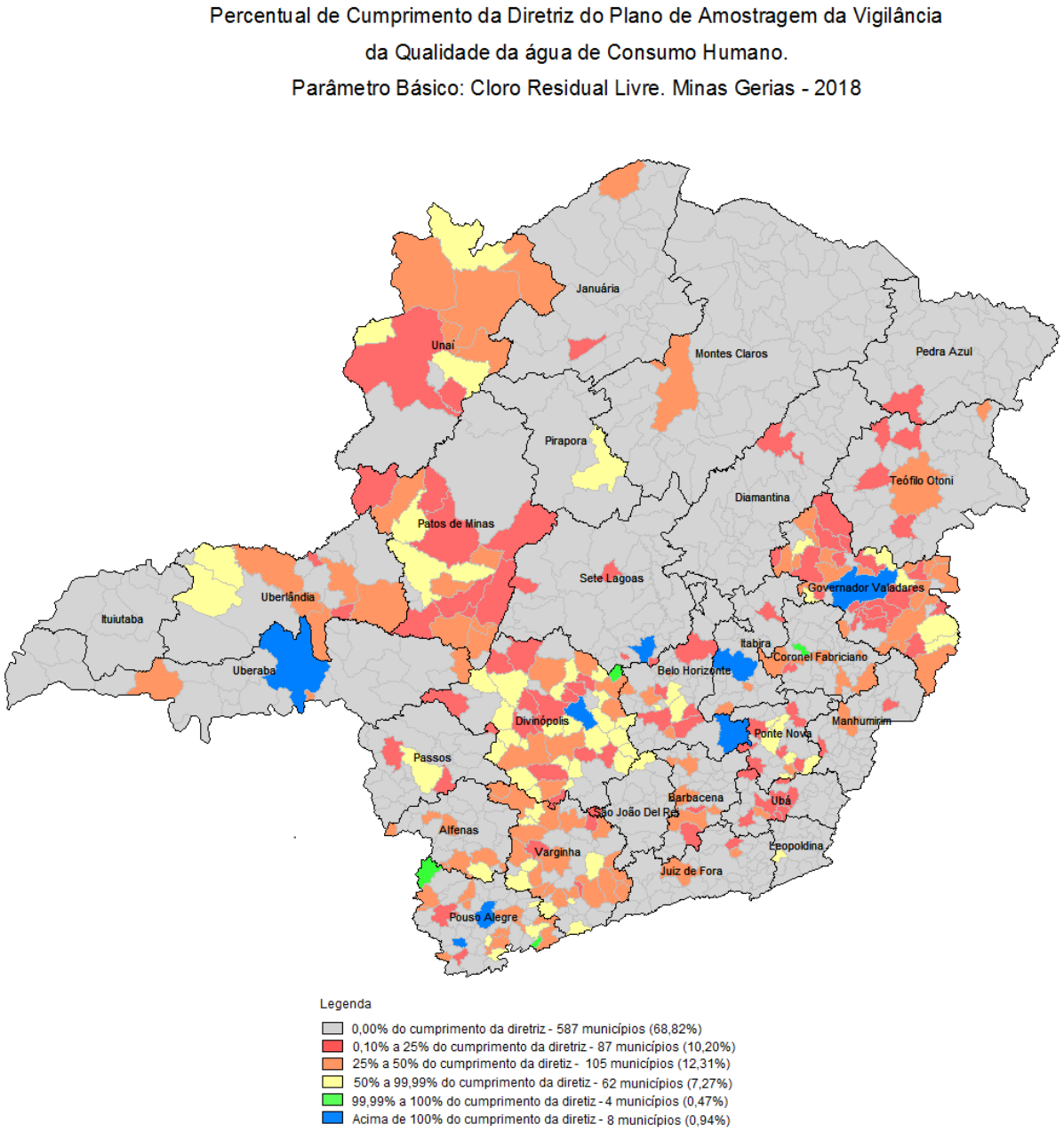


Fonte: SISAGUA, MS. Ano de referência: 2018.

O Cloro Residual Livre é a existência do teor mínimo de cloro para garantir a potabilidade da água para distribuição e consumo humano. Desta forma, o cloro residual trabalha como um parâmetro indicador de potabilidade microbiológica da água. Além desse parâmetro, todos os sistemas de abastecimento de água e as soluções alternativas coletivas devem prever a desinfecção, independentemente do modo de captação (por manancial subterrâneo ou superficial). Com isso, pretende-se, no mínimo, garantir os Residuais Desinfetantes no sistema de distribuição (reservatório e rede), além de reservação e canalização.

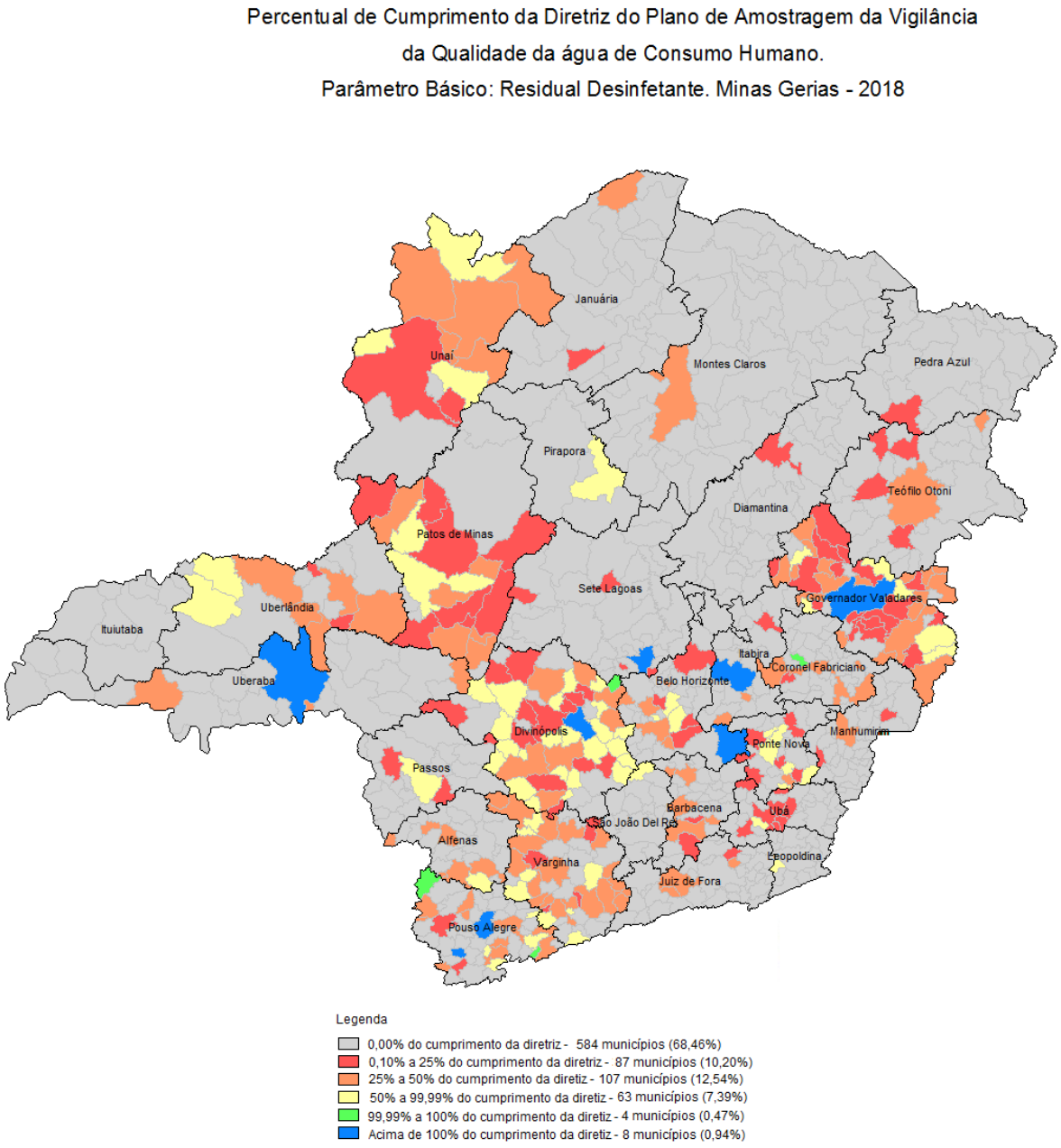
Ao analisar os Mapas 18 e 19, para esses dois parâmetros, verifica-se semelhanças nos dados informados no SISAGUA e as ações realizadas nas Regionais de Saúde e nos municípios. Nos dois casos, aproximadamente, 69% dos municípios não apresentam informações de análises de vigilância desses parâmetros no SISAGUA.

Mapa 18 - Percentual de Cumprimento - Parâmetro Básico: Cloro Residual Livre. Minas Gerais, 2018



Fonte: Elaboração própria. Dados: SISAGUA/Ministério da Saúde/11 de abril de 2019.

Mapa 19 - Percentual de Cumprimento - Parâmetro Básico: Residual Desinfetante. Minas Gerais, 2018



Fonte: Elaboração própria. Dados: SISAGUA/Ministério da Saúde/11 de abril de 2019.

MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO PARA O ACESSO ADEQUADO E OPORTUNO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Regulação Assistencial em Minas Gerais

Conforme a Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria 1.559/2008), a regulação do acesso à assistência "tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS". Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde tem por competência estabelecer as macro diretrizes para a Regulação do Acesso às Redes de Atenção à Saúde e executar ações de programação, monitoramento, controle e avaliação assistencial do SUS, com atribuições de:

I. Gerenciar o Sistema Estadual de Regulação, efetivando as ações assistenciais, em consonância com as competências atribuídas em lei a cada um dos entes federados;

II. Subsidiar o planejamento, a organização e a programação físico-financeira da assistência ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade;

III. Fomentar o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços, nas diferentes regiões do estado, em tempo oportuno, de forma ordenada, promovendo a equidade;

IV. Coordenar os processos de inovação e implantação de tecnologias informacionais de tele regulação, em parceria com outras instituições;

V. Promover, de modo suplementar, o acesso de usuários cadastrados no Sistema Estadual de Regulação Assistencial a serviços especializados, em caráter de urgência, atendendo a diretrizes técnicas que determinem tal necessidade.

Minas Gerais é um estado com extensa área territorial, inúmeras disparidades regionais, múltiplas variáveis e determinantes locais, que impõem ao cidadão dificuldades para alcançar consultas, exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos, a despeito de todos os avanços em relação ao aumento de cobertura de acesso a serviços de saúde em todos os níveis de atenção. O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, em sua essência, se apresenta como um mediador de uma série de atores no âmbito do Estado, na medida em que operacionaliza os fluxos assistenciais e testa a efetividade dos desenhos regionais, mediante a necessidade concreta do usuário. Nessa relação são identificadas interfaces que impactam mutuamente no sucesso deste e dos demais sistemas, estruturas e programas estaduais.

A Regulação Assistencial Urgência e Emergência de Minas Gerais é operacionalizada pelas Centrais macrorregionais de Regulação Assistencial utilizando o sistema informatizado SUSfácil-MG. Uma Central de Regulação (CR) pode ser definida como uma estrutura operacional que avalia o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, sendo capaz de dar a melhor

resposta possível para um problema assistencial específico, em dado momento. As Centrais desempenham a atividade permanente e dinâmica de organizar a demanda por serviços de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada regional.

As Centrais Macrorregionais de Regulação funcionam de forma ininterrupta, com a presença de Médicos Reguladores Plantonistas, um Coordenador, todos imbuídos da função de Autoridade Sanitária, conforme Lei Delegada nº. 174, de 26 de janeiro de 2007, e Decreto Estadual nº. 45.015, de 19 de janeiro de 2009, e com operadores/tele digitadores nos turnos diurno e noturno.

Um dos pilares do Sistema Estadual de Regulação Assistencial é o sistema informatizado, denominado SUSfácil-MG, responsável pela integração entre o a SES-MG, as 13 Centrais de Regulação, as 853 Secretarias Municipais de Saúde e os cerca de 530 prestadores que realizam internação hospitalar no âmbito do SUS/MG, bem como os mais de 3.200 estabelecimentos que realizam atendimentos ambulatoriais. O sistema conta com três módulos funcionais, conforme figura a seguir:

Figura 6 - Atividades realizadas por meio dos módulos funcionais do SUSFácil-MG.

Fonte: Elaboração própria.

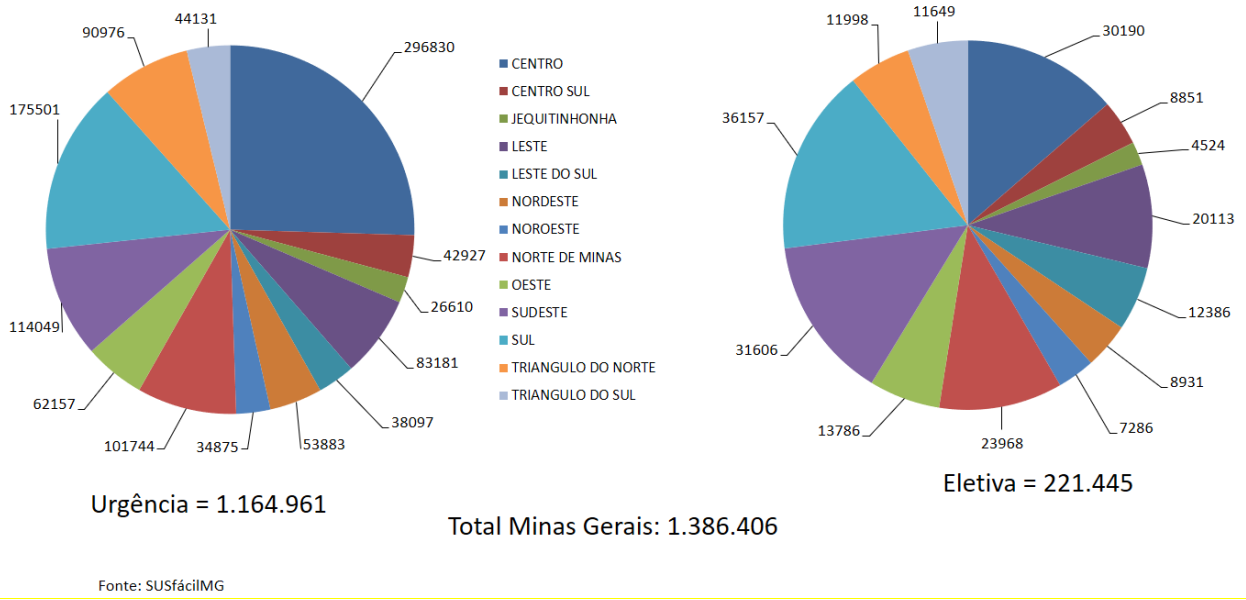
Para cumprir adequadamente o seu papel, as Centrais de Regulação devem dispor em tempo real de informações da oferta de serviços e da situação clínica dos pacientes, uma vez que, a informação atualizada é instrumento fundamental no processo de regulação, possibilitando a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente.

A evolução natural do processo regulatório impôs a articulação dessas Centrais de Regulação Assistencial com as Centrais Operacionais do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), caminhando para uma formatação de base regional. A Central Operativa reúne dentro da mesma estrutura física o grupo médico designado como autoridade sanitária, os equipamentos e os profissionais do SAMU, integrando todo o ciclo necessário para o acesso a serviços e procedimentos para manejo de Urgência e Emergência.

Em relação à Regulação de internações, existem 2 (dois) fluxos estabelecidos no âmbito estadual: O Fluxo de internações de urgência/emergência mediado pelas CR e SUSfácil-MG e o fluxo de internações eletivas, que é completamente gerido e mediado pelas Secretarias Municipais de Saúde.

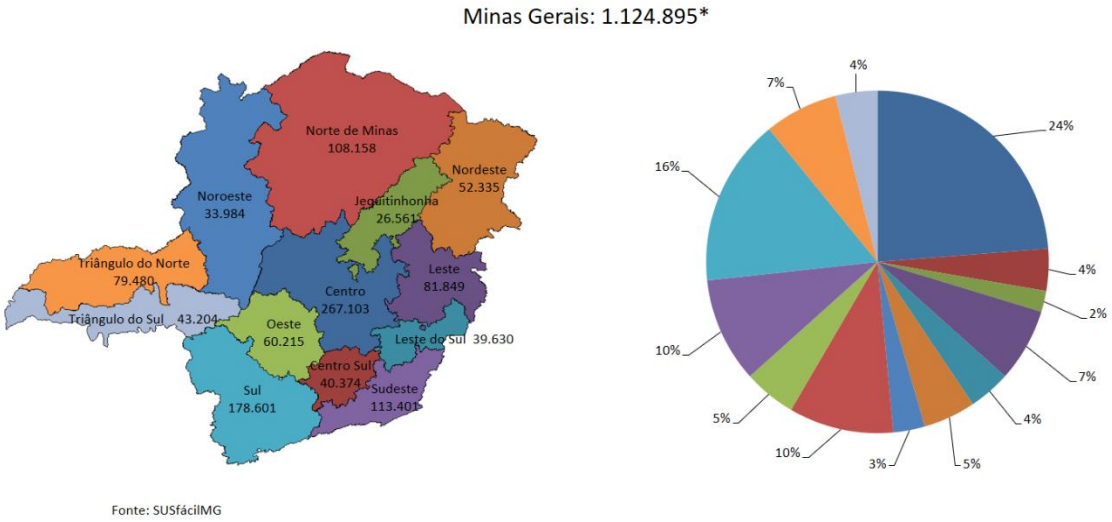
A seguir apresentamos um panorama do processo regulatório no Estado:

Gráfico 71 - Solicitação de internação por macrorregião de saúde de origem no ano de 2018



Fonte: SUSfácil-MG.

Gráfico 72 - Número de internações realizadas por macrorregião de saúde no ano de 2018



Fonte: SUSfácil-MG.

Capacidade instalada

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

Quadro 4 - Número de estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais, por tipo de gestão – competência outubro de 2019

Tipo de Gestão	Quantidade
Dupla*	1245
Estadual	620
Municipal	42633
TOTAL	**44498**

Fonte: Elaboração própria com dados do SCNES/DATASUS. *Gestão dupla: Estadual e Municipal.

Destes, 12.667 prestam serviços ao SUS/MG, e estão classificados conforme tipos discriminados na Tabela 11:

Tabela 11 - Estabelecimentos de saúde do estado de Minas Gerais credenciados para prestação de serviços ao SUS – por tipo de estabelecimento e RAS – competência outubro de 2019

TIPO DE ESTABELCIMENTO	CENTRO	CENTRO SUL	JEQUITINHONHA	LESTE	LESTE DO SUL	NORDESTE	NOROESTE	NORTE DE MINAS	OESTE	SUDESTE	SUL	TRIÂNGULO DO NORTE	TRIÂNGULO DO SUL
CENTRO DE IMUNIZACAO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	11	0	1	2	2	0	0	0	0	1	1	2	3
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	123	53	24	88	55	65	35	90	55	95	153	26	27
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	14	3	0	6	1	1	3	3	6	3	18	4	3
CENTRAL DE REGULACAO MÉDICA DAS URGENCIAS	6	1	0	2	0	1	1	1	1	1	2	2	1
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	2	1	3	1	0	3	0	5	4	14	8	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPICA E OU HEMATOLOGICA	6	1	1	1	2	0	1	1	1	2	3	3	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	80	18	6	29	20	30	11	37	30	35	49	16	13
CENTRO DE PARTO NORMAL – ISOLADO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	976	203	99	406	216	335	194	596	364	414	752	215	141
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	293	75	12	78	27	55	47	102	57	106	247	55	42
CONSULTORIO ISOLADO	66	10	6	14	5	32	11	21	15	28	171	22	38
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FARMACIA	91	39	11	34	43	47	32	57	47	69	118	17	22
HOSPITAL ESPECIALIZADO	11	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	3
HOSPITAL GERAL	69	30	11	28	20	34	18	36	34	48	95	27	18
HOSPITAL/DIA – ISOLADO	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	4	2	3	2	0	3	1	3	5	4	5	0	4
OFICINA ORTOPEDICA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
POLICLINICA	48	1	3	8	9	10	16	8	49	36	50	17	9
POLO ACADEMIA DA SAUDE	106	5	12	37	17	28	21	73	10	21	27	11	9
POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
POSTO DE SAUDE	95	75	49	56	72	47	36	118	36	128	145	27	17
PRONTO ATENDIMENTO	46	2	0	4	0	1	3	4	10	7	15	3	7

TIPO DE ESTABELCIMENTO	CENTRO	CENTRO SUL	JEQUITINHONHA	LESTE	LESTE DO SUL	NORDESTE	NOROESTE	NORTE DE MINAS	OESTE	SUDESTE	SUL	TRIÂNGULO DO NORTE	TRIÂNGULO DO SUL
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
PRONTO SOCORRO GERAL	3	1	0	0	4	0	1	2	5	5	19	4	1
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TELESSAUDE	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	268	63	13	93	57	39	21	67	67	88	183	77	20
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	2	0	0	3	0	4	0	7	2	0	1	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	45	9	5	21	4	14	7	60	6	9	70	5	19
UNIDADE MISTA	1	0	2	0	0	3	5	0	0	0	3	9	4
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	65	23	10	8	0	25	4	57	32	39	49	27	5
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	14	0	1	2	1	6	10	11	3	7	5	4	6

Fonte: SCNES/DATASUS

Nos prestadores hospitalares, existem atualmente 46.165 leitos para internação, sendo 30.532 deles credenciados para o SUS. A distribuição dos leitos SUS por macrorregião de saúde segue na Tabela 12:

Tabela 12 - Número de leitos de internação hospitalar e complementar – por RAS e tipo de gestão – competência outubro de 2019

RAS	Gestão	Leitos de Internação	Leitos Complementares
TRIANGULO DO SUL	ESTADUAL	121	0
TRIANGULO DO SUL	MUNICIPAL	1099	98
TRIANGULO DO NORTE	ESTADUAL	215	3
TRIANGULO DO NORTE	MUNICIPAL	1329	246
SUL	ESTADUAL	1333	87
SUL	MUNICIPAL	2365	361
SUDESTE	ESTADUAL	1278	155
SUDESTE	MUNICIPAL	1694	213
OESTE	ESTADUAL	747	59
OESTE	MUNICIPAL	531	78
NORTE	ESTADUAL	259	2
NORTE	MUNICIPAL	1681	198
NOROESTE	ESTADUAL	87	2
NOROESTE	MUNICIPAL	582	102
NORDESTE	ESTADUAL	99	0
NORDESTE	MUNICIPAL	1371	53
LESTE DO SUL	ESTADUAL	437	20
LESTE DO SUL	MUNICIPAL	485	71
LESTE	ESTADUAL	497	8
LESTE	MUNICIPAL	1079	168
JEQUITINHONHA	ESTADUAL	240	6
JEQUITINHONHA	MUNICIPAL	242	37
CENTRO-SUL	ESTADUAL	343	12
CENTRO-SUL	MUNICIPAL	989	104
CENTRO	ESTADUAL	651	21
CENTRO	MUNICIPAL	7326	1348
TOTAL		27080	3452

Fonte: SCNES/DATASUS

Dos 273.051 profissionais de saúde cadastros no Sistema Nacional como prestadores de serviços ao SUS/MG, 75.315 são médicos. A distribuição nas Regiões Ampliadas de Saúde é demonstrada a seguir:

Tabela 13 - Profissionais de saúde cadastrados como prestadores de serviços ao SUS – competência outubro de 2019

Macrorregião de Saúde	Médicos	Outros profissionais de saúde
CENTRO	31847	65088
CENTRO SUL	3007	8181
JEQUITINHONHA	695	3102
LESTE	4468	13016
LESTE DO SUL	1895	6773
NORDESTE	1822	8421
NOROESTE	1325	6028

Macrorregião de Saúde	Médicos	Outros profissionais de saúde
NORTE DE MINAS	4174	16350
OESTE	3415	10503
SUDESTE	6797	17604
SUL	9442	24156
TRIÂNGULO DO NORTE	3955	10784
TRIÂNGULO DO SUL	2473	7730
Total	**75315**	**197736**

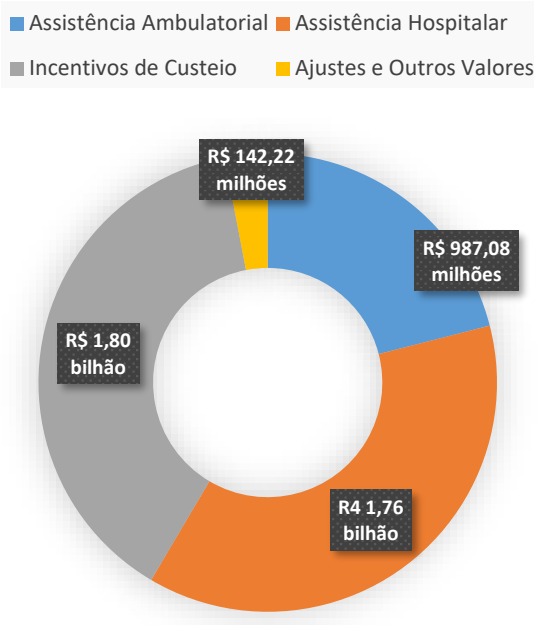
Fonte: SCNES/DATASUS.

Programação Pactuada Integrada – PPI/MG

A Programação Pactuada Integrada em Minas Gerais (PPI/MG) tem características próprias e vem sendo construída como um modelo pioneiro e diferenciado no contexto brasileiro. Em uma auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) em 2009 foram avaliados 8 estados com o objetivo de verificar o status de implantação e funcionamento da PPI como um dos instrumentos norteadores do processo de regulação. O resultado mostrou que Minas Gerais se destaca na publicização dos dados físicos e financeiros inerentes à programação assistencial, bem como na atualização dos pactos firmados entre os municípios de origem e de atendimento, refletindo toda dinamicidade do fluxo de acesso aos serviços do SUS.

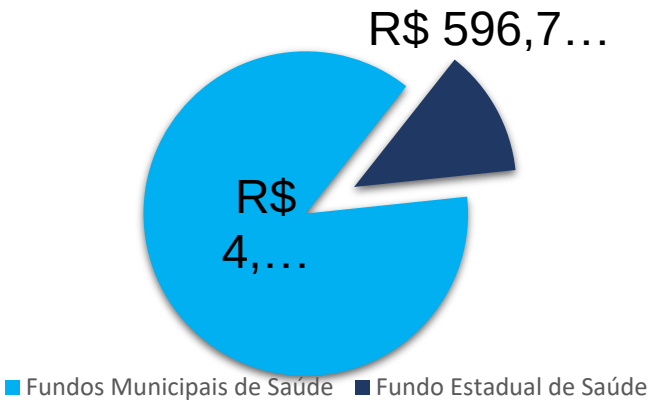
O teto financeiro de média e alta complexidade do Estado de Minas Gerais é composto por recursos financeiros de origem federal, que correspondem ao valor de 4,7 bilhões de reais por ano. Tais recursos são destinados ao custeio da produção realizada pelos prestadores de serviços de saúde, financiamento das redes temáticas prioritárias, além do custeio dos incentivos repassados às unidades de saúde, conforme metas estabelecidas nos diversos programas federais e estaduais para qualificação da assistência (Gráficos 73 e 74):

Gráfico 73 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: novembro/2019)



Fonte: PPI Assistencial Minas Gerais.

Gráfico 74 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: dezembro/2019)



Fonte: PPI Assistencial Minas Gerais.

Este montante está dividido entre os 853 municípios, conforme pactuação realizada entre os gestores na Programação Pactuada Integrada do estado de Minas Gerais, disponível para consulta no sítio da

PPI assistencial[1]. A PPI Eletrônica permite um acompanhamento minucioso de todo processo de remanejamento dos procedimentos pactuados, pois o status das solicitações é atualizado em tempo real, permitindo ao solicitante consultar as ocorrências de registros das respostas dos envolvidos.

Os remanejamentos das pactuações, alocações de metas físicas e financeira, entre os serviços de saúde ocorrem semestralmente, de forma a permitir o planejamento em tempo adequado e dar maior segurança jurídica aos contratos firmados entre prestadores e gestores.

Através de um processo contínuo, a equipe responsável pela PPI na SES-MG atua em grupos de trabalho (juntamente com o COSEMS/MG) na produção de estudos e análises que fundamentam a implementação de soluções e melhorias à lógica alocativa dos recursos disponíveis, executando ainda o plano de reorganização do site eletrônico. Essa última iniciativa visa permitir uma visão mais próxima à lógica de Redes de Atenção à Saúde, aperfeiçoando o atual modelo de programação consubstanciado no arranjo por procedimentos e forma de organização.

Dado o contexto multicausal e complexo no qual se inserem as políticas de saúde, somado a um cenário estrutural de subfinanciamento, a melhoria da gestão dos recursos disponíveis para o SUS (ligado ao monitoramento e avaliação) destaca-se como aspecto fundamental para se verificar a coerência entre as estratégias adotadas e a realidade de intervenção. Vale ressaltar que, apesar dos inúmeros esforços, atualmente não há um instrumento que faça uma avaliação da qualidade dos gastos com saúde sob critérios de eficiência e eficácia. Contudo, o atual cenário financeiro torna a missão extremamente desafiadora para os gestores, sendo imperativa a necessidade de se adotar novas tecnologias gerenciais capazes de introduzir rotinas mais eficientes e uma melhor destinação/utilização dos recursos escassos.

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

Entre janeiro e dezembro de 2018, foram realizadas quase 1,25 milhões de internações e cerca de 237,3 milhões de procedimentos ambulatoriais, no âmbito da média e alta complexidade (Quadro 5):

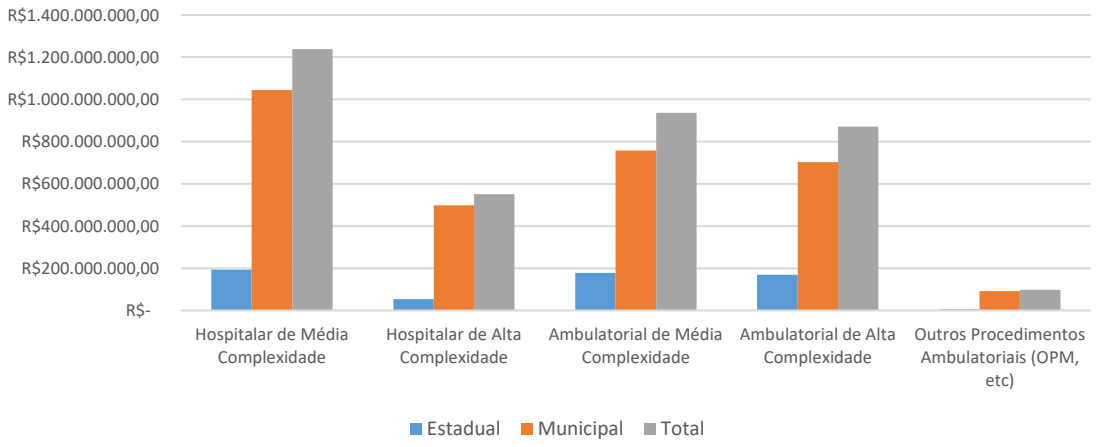
Quadro 5 - Quantidade de procedimentos de média e alta complexidade nos estabelecimentos do SUSMG

	Estadual	Municipal	Total
Hospitalar de Média Complexidade	264.220	882.114	1.146.334
Hospitalar de Alta Complexidade	10.927	88.492	99.419
Ambulatorial de Média Complexidade	25.636.567	117.793.330	143.429.897
Ambulatorial de Alta Complexidade	89.426.331	4.403.305	93.829.636
Outros Procedimentos Ambulatoriais	1.467.430	5.240.025	6.707.455
TOTAL	**116.805.475**	**128.407.266**	**245.212.741**

Fonte: SIASUS/SIHD/DATASUS. *Quantidade total aprovada. (janeiro e dezembro de 2018).

[1] www.ppiassitencial.mg.gov.br

Gráfico 75 - Valor total da produção realizada nos estabelecimentos do SUSMG (janeiro e dezembro de 2018)



Fonte: SIASUS/SIHD/DATASUS. *Valor total aprovado.

Tratamento Fora de Domicílio – TFD

O **Tratamento Fora do Domicílio (TFD)** é um benefício definido pela Portaria Ministerial nº 55 de 1.999, que tem por objetivo fornecer auxílio a pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados pelo SUS a serviços assistências de outro município/estado, desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir.

Conforme determinação dessa portaria, a SES-MG, no ano de 2000, confeccionou e aprovou, em Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG), o Manual do Tratamento Fora do Domicílio de Minas Gerais através da Resolução SES-MG nº 532/2000. Neste manual, ficou estabelecida a responsabilidade dos governos municipais e do governo estadual, no que tange a gestão dessa política. Ao governo municipal compete o fornecimento das despesas com deslocamento, alimentação e hospedagem, se houver, tanto ao paciente quanto ao acompanhante. Ao governo estadual compete a aquisição das passagens de ida e volta aos locais de tratamento fora do estado.

Atualmente, a Secretaria de Estado de Saúde fornece as passagens rodoviárias ou aéreas aos pacientes cuja possibilidade terapêutica momentaneamente não possui provimento junto aos prestadores de serviços de saúde do estado. Como exemplos de patologias atendidas estão incluídas as deformidades crânios faciais (para pacientes cujo tratamento se iniciou antes de 2012), e os acompanhamentos de transplantes (medula óssea, pulmonar, hepático dentre outros) nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, em Brasília e outros.

Sistema Estadual de Transporte em Saúde

Criado em 2005, o **Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS)** proporciona o deslocamento de pacientes para realização de consultas e exames fora de seu domicílio, com eficiência e de forma humanizada. Ao todo, 535 municípios foram beneficiados com a entrega de 695 micro-ônibus a 53

Consórcios Intermunicipal de Saúde, que gerenciam o programa em 74 microrregiões de saúde do Estado. Focando no objetivo do SETS de realizar o deslocamento dos pacientes com conforto e segurança, todos os pacientes são devidamente cadastrados no sistema próprio do SETS disponibilizado nas Secretarias Municipais de Saúde.

Conforme a Resolução SES-MG nº 6.254 de 22 de maio de 2018, que institui as novas diretrizes para o sistema estadual de transporte em saúde no Estado, está prevista a substituição da frota a cada 6 anos de utilização, condicionada à disponibilidade financeira e orçamentária. No ano de 2018 e 2019, foi realizada a substituição de alguns dos veículos, apesar das adversidades financeiras.

O Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal e deve ser realizado por veículos tipo lotação. Esse programa contribui no complemento do transporte de pacientes da média e alta complexidade (sem urgência) dos municípios consorciados, o que corresponde a cerca de 1.300.000 pacientes transportados por ano. O transporte é realizado preferencialmente para polos de micros, e municípios com mais densidade tecnológica, com várias viagens programadas durante a semana.
Em Minas Gerais, há ainda a previsão da implantação do SETS em 4 microrregiões, sendo elas as microrregiões de Formiga, Governador Valadares, Passos e Piumhi. Na implantação do SETS, a SES-MG é o financiador prioritário deste serviço, proporcionado a estruturação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) públicos de direito de público para gerenciar tal política.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O direito à saúde, constitucionalmente garantido no Brasil, inclui a Assistência Farmacêutica (AF), concebida em sua configuração integral. A efetividade da Assistência Farmacêutica depende da articulação de todas as suas etapas, o que tem se caracterizado como um desafio para o SUS.

O conceito associado à Assistência Farmacêutica por vezes é relacionado apenas ao medicamento, tecnologia que, se por um lado traz grandes benefícios, por outro lado também pode oferecer riscos à saúde do usuário. Esse é um dos motivos pelo qual não devemos associar a **Assistência Farmacêutica** somente aos medicamentos, mas sim a uma **política de saúde** que deve ser desenvolvida de forma integrada com as demais ações de saúde com o objetivo de promover a qualidade de vida do cidadão.

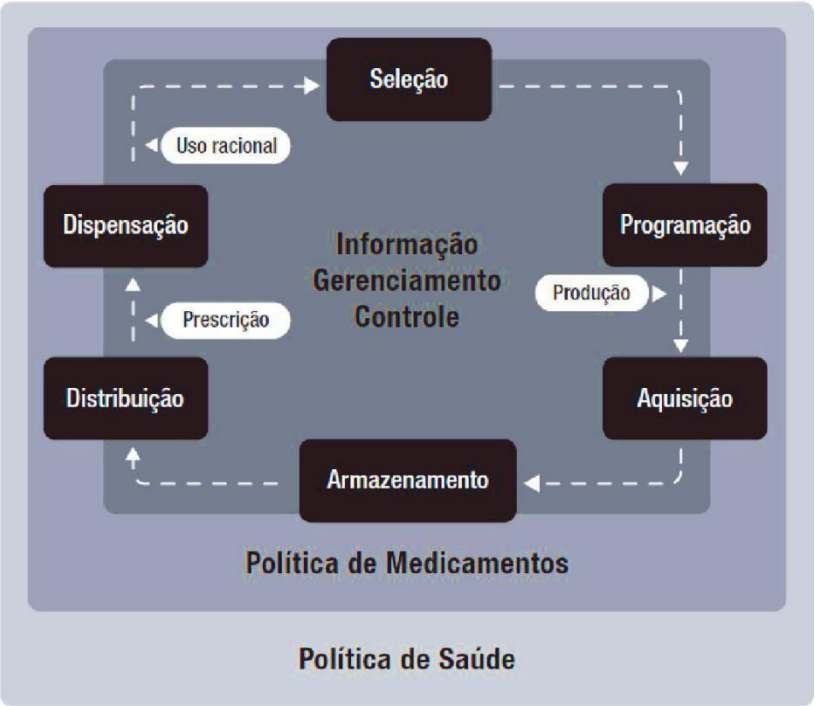
As diretrizes primordiais da Assistência Farmacêutica são promover o **acesso** e o **uso racional dos medicamentos**. O entendimento desses dois conceitos é o primeiro passo para a plena compreensão do campo de atuação da Assistência Farmacêutica pelos diferentes atores envolvidos, o que, por sua vez, é fundamental para a operacionalização de forma efetiva de todas as ações que concernem esse eixo da atenção à saúde.

Segundo Emmerick (2011), o acesso a medicamentos é um fenômeno resultante da interação entre múltiplas dimensões que são perpassadas tanto por características do sistema de saúde quanto por características do usuário. Essa análise engloba um conceito multidimensional, abrangendo dimensões específicas que incluem: disponibilidade *(availability)*, acessibilidade geográfica *(accessibility)*, adequação *(accommodation)*, capacidade aquisitiva *(affordability)* e aceitabilidade *(acceptability)* (PNAUM, 2016). Diversos estudos têm apontado que, dentre os fatores que comprometem o acesso, o principal deles é a disponibilidade do medicamento.

Já o uso racional de medicamentos é "o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas condições indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade." (MINAS GERAIS, 2010).

Outra consideração importante refere-se às etapas da Assistência Farmacêutica, cujo bom funcionamento depende da atuação articulada do farmacêutico com os demais profissionais da equipe de saúde, o que é otimizado sobremaneira pela utilização de um sistema de informação eletrônico, denominado Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

Figura 7 - Etapas da Assistência Farmacêutica



Fonte: Elaboração própria.

A organização da Assistência Farmacêutica

Conforme legislação vigente, é competência das três instâncias gestoras do SUS – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos, bem como seu uso racional.

A Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) é o instrumento promotor do uso racional e lista orientadora do financiamento de medicamentos na Assistência Farmacêutica, sendo os três componentes principais: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), organizados conforme Tabela 14:

Tabela 14 - Organização da Assistência Farmacêutica por componentes

Organização da AF no SUS	Componente Básico	Componente Estratégico	Componente Especializado
Medicamentos	Medicamentos e insumos que estejam relacionados a doenças e agravos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	Medicamentos e insumos para doenças e agravos de perfil endêmico contemplados em programas estratégicos de saúde (Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Endemias Focais, Alimentação e Nutrição, Tabagismo, Influenza, dentre outros).	Medicamentos estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para doenças específicas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)
Financiamento	Tripartite (federal, estadual e municipal)	Federal	Bipartite (estadual* e federal)
Programação	Municipal	Municipal	Estadual
Dispensação	Municipal	Municipal	Estadual (GRS/SRS)

Fonte: Elaboração própria com base na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Federal (Grupo 1A), Estadual (Grupo 1B e 2), conforme Portaria Nº 1554, de 30 de julho de 2013.

A organização administrativa para a coordenação da política de Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, conta com:

I. No nível central, a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF/SES-MG);

II. No nível regional, o Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) das 28 Unidades Regionais de Saúde.

A Superintendência de Assistência Farmacêutica tem como competência elaborar, implementar, coordenar e monitorar a política de Assistência Farmacêutica de forma integrada às redes de atenção à saúde, no âmbito do Estado, com atribuições de:

I. Promover a normatização e coordenar a organização da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS/MG;

II. Planejar, desenvolver, implementar, coordenar e monitorar a Rede Estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS/MG, bem como seus projetos e programas relacionados;

III. Promover o acesso e o uso racional de medicamentos no âmbito do SUS/MG;

IV. Coordenar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da SES-MG de forma a contribuir para a seleção de medicamentos eficazes, seguros e com melhor custo-efetividade para o SUS/MG;

V. Realizar a gestão do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e alimentação da Base Nacional de Dados do MS no âmbito do SUS/MG.

Desafios e Propostas

A Política de Assistência Farmacêutica tem avançado, entretanto os "velhos" desafios como aqueles para garantir o acesso aos medicamentos, à estrutura adequada para prestação dos serviços ainda existem, bem como novos têm surgido, como o grande aumento da judicialização da saúde, subtraindo recursos planejados para assistência, a fim de atender demandas judiciais muitas vezes irracionais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no mundo, o custo associado aos erros de medicação tem sido estimado em U$ 42 bilhões anuais (WHO, 2016; PNAUM, 2016).

Diversos indicadores e informações ilustram o **impacto** dos serviços relacionados à Assistência Farmacêutica do ponto de vista **financeiro** e **assistencial**.

Figura 8 - Impactos financeiros e assistências relacionados à Assistência Farmacêutica

Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) está atuando em diferentes frentes, a fim de fortalecer a Assistência Farmacêutica no estado de maneira integrada às demais políticas de saúde.

A princípio, as ações a serem desenvolvidas foram priorizadas levando em consideração (I) as necessidades de melhoria identificadas previamente pelos gestores no nível central; (II) as reuniões de diagnóstico realizadas com as diretorias entre 29/01/19 e 22/02/19; (III) os relatos realizados pela equipe durante a Oficina de Planejamento da SAF realizada em 08/02/19.

Dentre essas ações, seguem as principais a curto, médio e longo prazos:

Reestruturação da SAF

Criação da Coordenação de Farmácia e Terapêutica (CFT) e da Coordenação de Qualidade e Gestão da Informação (CQGI).

Figura 9 - Organograma da SAF reestruturado em 2019

Fonte: Elaboração própria

A criação da **Coordenação de Farmácia e Terapêutica (CFT)** justifica-se porque a seleção de medicamentos é considerada o eixo da Assistência Farmacêutica. Nessa etapa, é estabelecida a Relação de Medicamentos Essenciais do estado de Minas Gerais (REMEMG), levando-se em consideração a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente e demais legislações publicadas pelo MS referentes à incorporação/exclusão de medicamentos.

Dentre outros fatores, a atuação desta coordenação é importante, pois a indústria farmacêutica disponibiliza no mercado um grande número de especialidades farmacêuticas. O lançamento constante de 'produtos novos' permite à empresa projetar no mercado uma imagem de capacidade tecnológica e científica. Essa atuação faz parte da estratégia dessa indústria, na qual as empresas buscam manter sua imagem de inovadoras e garantir sua capacidade competitiva (MARIN, 2003).

Sendo assim, é fundamental o fortalecimento da CFT estadual com foco no usuário.

Além das atividades relacionadas à incorporação e desincorporação de medicamentos, essa Coordenação também será responsável pelas ações referentes ao Cuidado Farmacêutico.

A criação da **Coordenação de Qualidade e Gestão da Informação** foi proposta, em linhas gerais, com o objetivo de otimizar as ferramentas de gestão, o monitoramento e a avaliação das atividades/serviços, a fim de corroborar para o amadurecimento dos processos de trabalho. Essa coordenação também é responsável pelo SIGAF.

Priorizações de atividades a ser realizadas

Além das atividades/ações já mencionadas, seguem as demais que foram priorizadas pela SAF, além das atividades de rotina, e que estão em andamento/iniciadas:

I. Revisão da Competências da Superintendência;

II. Reestabelecimento das discussões sobre a Política de Assistência Farmacêutica, iniciando por aquelas referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e à Comissão de Farmácia e Terapêutica;

III. Fortalecimento do SIGAF com ênfase na melhoria da usabilidade e estudo para viabilidade de mudança de tecnologia de forma gradual sem riscos de paralisação do Sistema;

IV. Fortalecimento das estratégias de comunicação com os diferentes atores envolvidos - "SAF dia a dia" (*workplace*);

V. Cronograma anual de videoconferência com Núcleos de Assistência Farmacêutica (NAF), aplicativo MG APP;

VI. Ampliação do Cuidado Farmacêutico;

VII. Melhoria continuada de processos;

VIII. Centralização da Informações.

Com isso, espera-se oportunizar a efetiva inserção das ações e serviços da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de:

I. Promover a seleção de medicamentos baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), por meio de um trabalho articulado com profissionais de saúde e atendendo às singularidades das regiões de saúde;

II. Qualificar o sistema de abastecimento de medicamentos e insumos estratégicos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição);

III. Integrar os sistemas de informação em saúde da rede de atenção à saúde com a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR);

IV. Induzir o desenvolvimento e a implantação de infraestrutura necessária à qualificação das atividades da Assistência Farmacêutica na rede de atenção à saúde;

V. Induzir a criação de programas de capacitação, fixação e valorização de recursos humanos necessários ao desenvolvimento e qualificação das atividades da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde.

VI. Desenvolver serviços farmacêuticos clínicos (cuidado em saúde) para compor o ponto de atenção à saúde;

VII. Fortalecer as atividades de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;

VIII. Desenvolver e aplicar instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação dos serviços clínicos, evitando o excesso de burocratização sem prejuízo do controle e atendimento dos dispositivos legais, tais como:

a) Protocolo de classificação de riscos para problemas relacionados aos medicamentos;

b) Documento de notificação de falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;

c) Documento de notificação de reação adversa a medicamentos.

IX. Aumentar a adesão ao tratamento e reforçar a compreensão dos usuários sobre os medicamentos;

X. Reduzir erros de medicação/prescrição;

XI. Minimizar erros de aplicação/administração de medicamentos nos diferentes pontos de atenção (PUPO et al, 2016).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica 2017 (PNAB), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

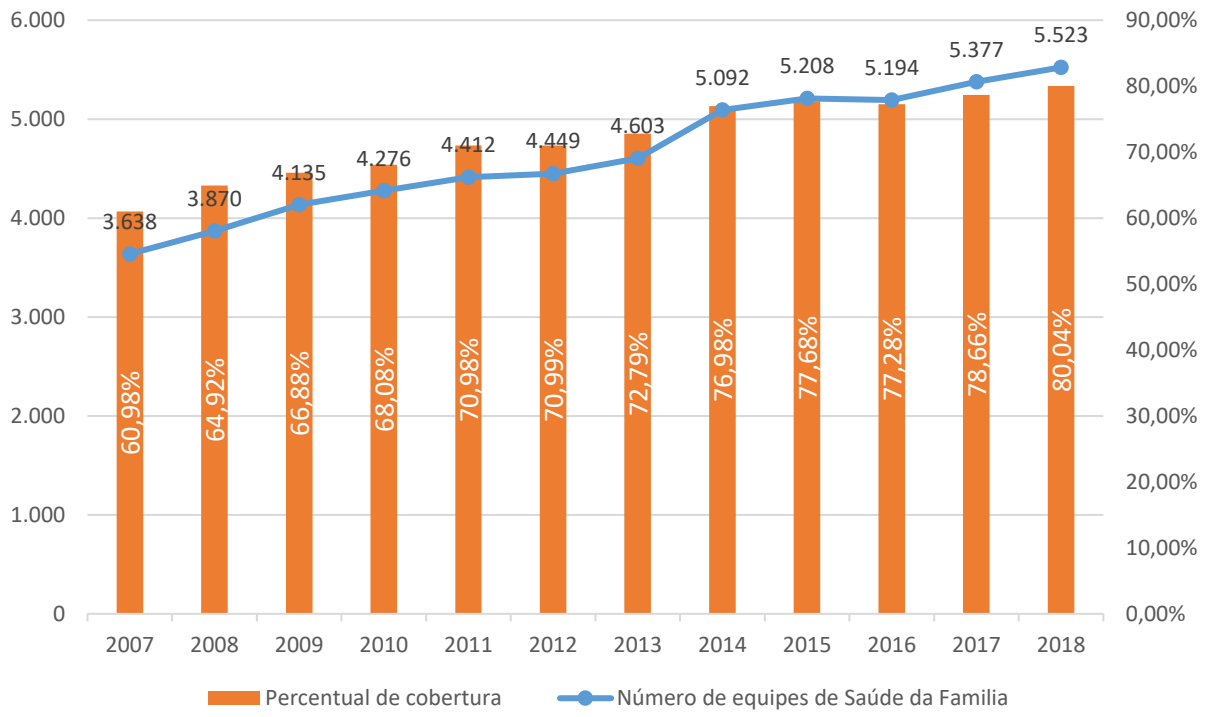
Em consonância com a política nacional, a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS) tem como princípios norteadores o acesso, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação, atenção centrada na pessoa e na família, trabalho em equipe, resolutividade, equidade, intersetorialidade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

A Atenção Primária à Saúde é considerada como um nível essencial do sistema de saúde, representando, de forma geral, o primeiro contato do cidadão com a rede de atenção à saúde, baseada em um modelo de atenção que visa a longitudinalidade do cuidado, para a maioria dos problemas e necessidades em saúde. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços nela disponibilizados.

A atenção primária tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da política no Estado. Ela busca promover a qualidade de vida e intervir nos fatores que colocam em risco a saúde daquela população, através do trabalho das equipes de Saúde da Família ligadas à Unidade Básica de Saúde (UBS) local.

A cobertura pelas Equipes de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais aumentou consideravelmente desde a implantação da estratégia, tendo atingido 80,04% de cobertura em dezembro de 2018 (Gráfico 76).

Gráfico 76 - Percentual de Cobertura por Equipes de Saúde da Família em Minas Gerais - Dezembro



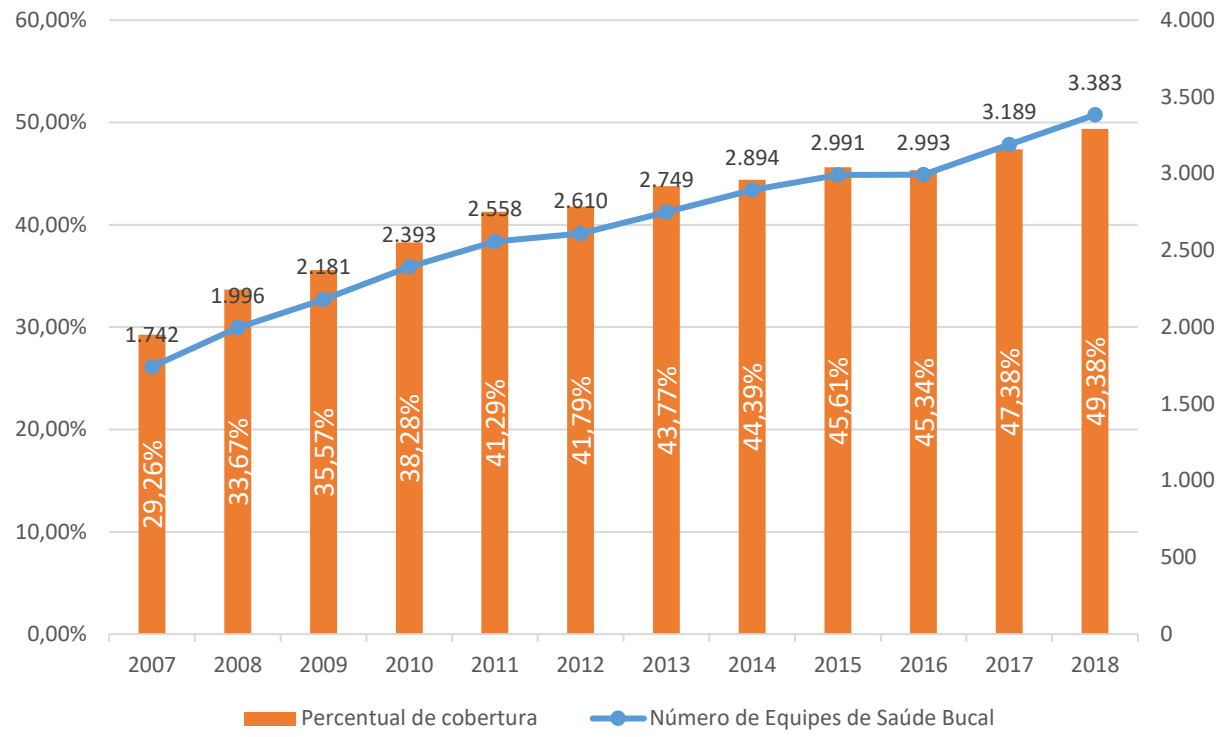
Fonte: E-GestorAB, 2019.

Atualmente, são 5.536 equipes de Saúde da Família credenciadas pelo Ministério e implantadas nos municípios de Minas Gerais (dados de setembro/2019 – Fonte: E-GestorAB).

Também podem compor as equipes que atuam na atenção primária, as equipes de Saúde Bucal, com a composição básica de um cirurgião-dentista e um técnico e/ou auxiliar em saúde bucal (TSB/ASB), de acordo com a modalidade.

Em relação às equipes de Saúde Bucal na ESF, em dezembro de 2018 a cobertura de equipes de saúde bucal na ESF representava 49,38%, com 3.383 equipes, conforme Gráfico 77:

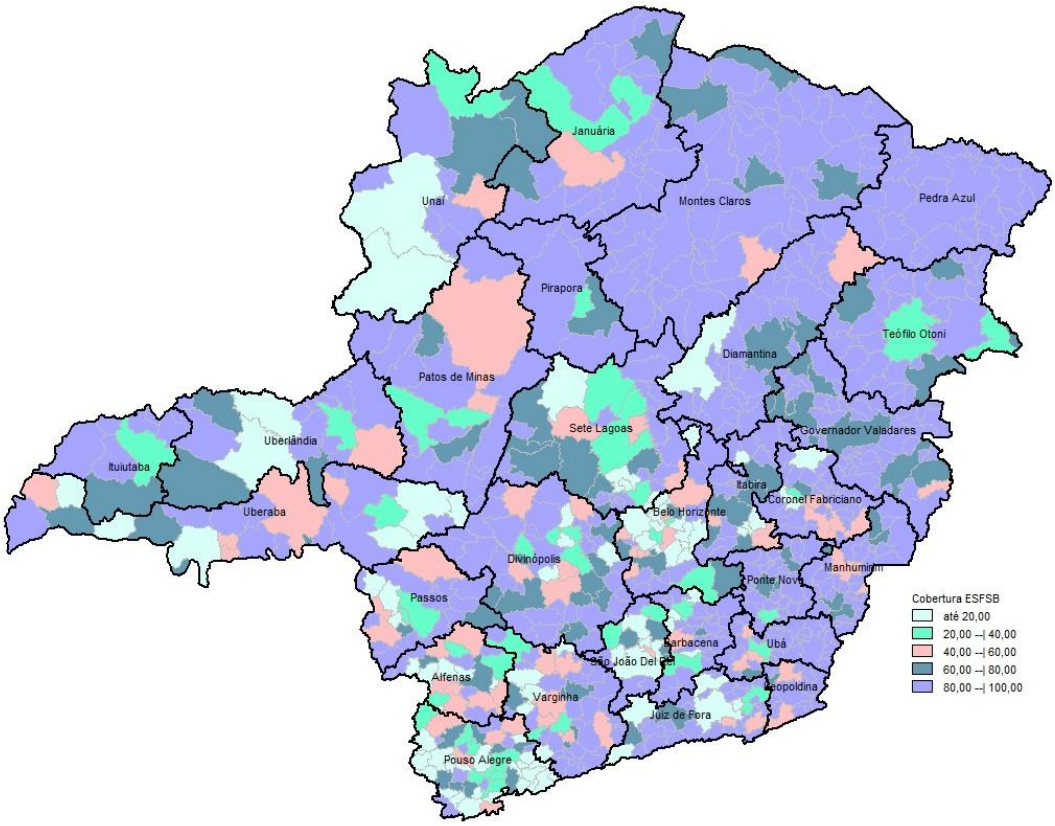
Gráfico 77 - Cobertura por Equipes de Saúde Bucal em Minas Gerais - Dezembro



Fonte: E-GestorAB, 2019.

Hoje, o Estado de Minas Gerais possui 2.554 equipes de saúde bucal credenciadas e implantadas na modalidade I e 749 na modalidade II, totalizando 3.303 equipes.

Mapa 20 - Cobertura (%) por Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família nas Unidades Regionais do Estado de Minas Gerais – Setembro 2019

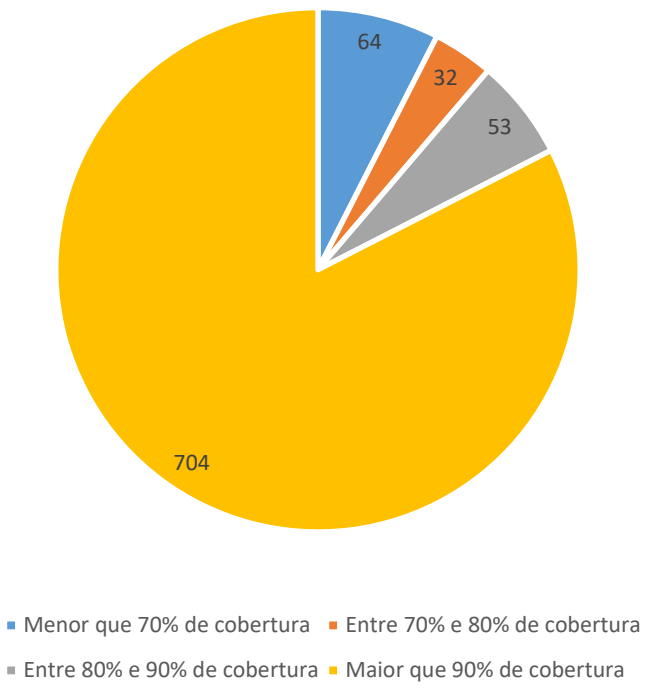


Fonte: E-GestorAB - Dados de setembro/2019.

Atualmente, considera-se que o Estado de Minas Gerais possui uma cobertura de atenção primária de 88,96%, considerando a Estratégia Saúde da Família e outras estratégias semelhantes da Atenção Primária à Saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.

Apenas 64 municípios no Estado possuem cobertura por ESF inferior a 70%. A maior parte dos municípios (704) possui um percentual de cobertura superior a 90% (Gráfico 78).

Gráfico 78 - Número de Municípios por percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família – setembro 2019



Fonte: E-GestorAB, 2019 – Dados de setembro/2019.

De forma complementar às equipes que atuam na atenção primária, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde para apoiar o planejamento e a execução dos trabalhos das equipes da atenção primária, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

O Estado de Minas Gerais possui 919 núcleos credenciados e implantados, distribuídos em 696 municípios, sendo 458 núcleos na modalidade I, 212 núcleos na modalidade II e 249 núcleos na modalidade III.

A atenção primária possui uma responsabilidade direta pela atenção à saúde das populações que apresentem vulnerabilidades sociais, uma vez que possibilita intervenções mais oportunas nas necessidades de saúde específicas dessa população. Nessa vertente, as equipes de Consultório na Rua (eCR) são equipes da atenção primária com composição variável, responsáveis por articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território. O Estado de Minas Gerais possui 18 equipes de Consultório na Rua implantadas em 15 municípios do Estado, conforme Quadro 6:

Quadro 6 - Distribuição das eCR em 15 municípios do estado de Minas Gerais

	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
Barbacena		1	
Belo Horizonte		4	
Governador Valadares		1	
Ibirité		1	
Ipatinga			1
Janaúba		1	
Juiz de Fora		1	
Montes Claros			1
Passos		1	
Poços de Caldas			1
Pouso Alegre			1
São Lourenço	1		
Teófilo Otoni		1	
Uberaba	1		
Uberlândia		1	
TOTAL	**2**	**12**	**4**

Fonte: Elaboração própria a partir dados do e-Gestor/AB.

Quanto à infraestrutura, a PNAB define que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são necessárias à realização das ações de atenção primária nos municípios.

Um grande quantitativo de Unidades Básicas de Saúde não se encontra de acordo com os parâmetros físicos vigentes. Soma-se a isso o fato de muitas unidades estarem em locais improvisados ou alugados cuja estrutura física não permite que os espaços existentes possuam as dimensões mínimas adequadas à prestação de serviços nem que haja organização do processo de trabalho com priorização dos fluxos assistenciais.

Para enfrentar tal situação, tanto o MS quanto o Estado de Minas Gerais vêm realizando incentivos financeiros para reforma, ampliação e construção de UBS, possibilitando prover condições adequadas para o trabalho em saúde. Ademais, dentro do financiamento estadual, encontra-se prevista a entrega de equipamentos permanentes mínimos para equipar e mobiliar as unidades construídas de 2012 a 2014.

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

Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

A **Equidade** é um dos princípios do SUS e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Ela é construída a partir da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, ao lazer, à cultura e aos serviços públicos impactam diretamente na saúde (Ministério da Saúde, 2017).

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

O reconhecimento das necessidades específicas das populações, assim como suas barreiras em relação ao acesso à saúde de forma qualificada e equânime, é fundamental para a redução dos impactos dos determinantes sociais da saúde a que esses sujeitos estão expostos, os quais influenciam não só no atendimento realizado pelos profissionais de saúde, bem como no acesso às políticas públicas, bens e serviços.

Compreendendo as especificidades das diferentes populações no território, a consolidação de uma política específica que tenha um olhar para a promoção da equidade torna-se imprescindível no estado de Minas Gerais, no intuito de promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade.

A construção das políticas de equidade deve ser feita de forma participativa, contemplando as vivências e necessidades dessas populações. Para isso, o Estado conta com grupos e comitês específicos, que atuam no âmbito das Comissões Temáticas da Atenção Primária à Saúde, a saber:

I. O Comitê Técnico LGBT, órgão colegiado de caráter consultivo, que tem a finalidade de formular e propor diretrizes de ação governamental, em âmbito estadual, voltadas para o combate à discriminação, para a promoção da saúde integral e defesa dos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

II. O Comitê Técnico de Saúde da População Negra, órgão colegiado com caráter consultivo e propositivo que tem a finalidade de formular e propor diretrizes de ação governamental, em âmbito estadual, voltadas para o combate à discriminação, para a promoção da saúde integral e defesa dos direitos das Populações Negra e Quilombola;

III. O Grupo Condutor da Política Estadual de Saúde Indígena, que objetiva garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, de forma intersetorial e com apoio das três esferas de governo, configurando-se como um espaço consultivo e propositivo de gestão;

IV. O Grupo Condutor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que tem como objetivo discutir a implantação da PNAISP no estado de Minas Gerais, garantindo o acesso integral à saúde para a população privada de liberdade dentro dos parâmetros e diretrizes do SUS;

V. O Grupo de Trabalho Intersetorial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória (PNAISARI), que objetiva garantir a efetiva implementação do PNAISARI no estado de Minas Gerais, garantindo a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)

A Política Estadual de Promoção à Saúde de Minas Gerais (POEPS) surge da necessidade de divulgar e implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde, agregando a esta as necessidades e prioridades do Estado com a garantia de destinação de recursos orçamentários para apoio ao desenvolvimento de ações de Promoção à Saúde nos municípios. A construção da política ocorreu por meio da realização de oficinas seguindo as mesmas diretrizes e metodologia que nortearam a revisão da política nacional.

A POEPS objetiva promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrassetoriais e intersetoriais que favoreçam a equidade, a melhoria das condições e modos de viver, que estimulem a autonomia dos indivíduos e comunidades buscando reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Em Minas Gerais, 852 municípios aderiram à Política Estadual de Promoção da Saúde, realizando ações e atividades que são monitoradas por meio dos indicadores, sendo eles:

I. Indicador 1: Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.

II. Indicador 2: Realizar, junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde.

III. Indicador 3: Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município.

IV. Indicador 4: Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web.

V. Indicador 5: Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF).

Dentre as estratégias e programas acompanhados pela promoção a saúde, estão:

I. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB): Surgiu em 2013, resultado da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), para fortalecer a rede cegonha, com a finalidade de promover reflexão da prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e capacitar os profissionais de saúde, por meio de atividades participativas, critico-reflexivas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local.

II. Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF): instituído pela Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, é uma das estratégias da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para o combate da deficiência de ferro no Brasil. O programa objetiva a prevenção e controle da anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes (incluindo também o ácido fólico) e mulheres até 3º mês pós-parto e/ou pós aborto.

III. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA): O Programa Nacional de Suplementação de vitamina A consiste na suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade.

IV. Vigilância Alimentar e Nutricional: consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais e da produção científica. A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e a qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

V. Programa Academia da Saúde: criado em 2011 pelo MS, representa uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que consiste na implantação de espaços públicos. Os Polos do Programa Academia da Saúde possuem infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a realização das ações de promoção da saúde. O estado tem 560 polos habilitados e cerca de 59% estão com obras concluídas.

VI. Programa Saúde na Escola (PSE): O programa foi lançado em 2007 com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com os educandos de

escolas públicas, a partir da articulação e planejamento conjunto das equipes de saúde e de educação básicas no território de saúde.

VII. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT): O programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco.

VIII. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): Oferecidas à população de 351 municípios do Estado de Minas Gerais, as Práticas Integrativas e Complementares têm se fortalecido como um sistema complementar à medicina ocidental, em que o "cuidado integral da pessoa" e a prevenção são os principais focos.

É importante destacar que, desde 2009, a Resolução SES-MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009, normatiza as Práticas Integrativas e Complementares no estado. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as PICS fazem parte da Medicina Tradicional e Complementar e, por priorizarem a qualidade de vida, são utilizadas tanto na manutenção e recuperação da saúde, quanto na prevenção de doenças e na promoção da saúde, baseada em um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do indivíduo. Atualmente, são cerca de 30 práticas registradas no estado.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A implantação das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** ainda é um desafio e representa um avanço na organização do SUS, nos seus resultados e na sua avaliação pela população. Além de evidências mundiais e brasileiras do custo efetividade da implantação das RAS, há o convencimento de que o princípio da integralidade no SUS só tem chance de ser garantido a partir da implantação das redes nos diversos territórios e construindo regiões de saúde articuladas de forma supra municipal. A histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, precisa e pode ser rompida com as RAS.

Além disto, a orientação dos usuários no uso dos serviços é um ativo a ser buscado. Esta clareza estratégica colocou, desde 2011, efetivamente as RAS no centro da política de Atenção à Saúde do Ministério de Saúde, pautando o debate nacional e redirecionando novos recursos federais para essa iniciativa.

A Portaria Ministerial de nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Ressalta-se o fortalecimento das RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que este necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com suprimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Fomentando a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas, contribuindo positivamente para a promoção da saúde, prevenção de doenças e impactando positivamente nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde trabalha por meio de políticas e programas a implantação e manutenção das seguintes redes: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Hospitalar, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde Bucal, Atenção Especializada e Alta Complexidade. Como apoio logístico, utiliza-se da organização do Sistema Estadual de Transporte em Saúde.

A transição demográfica vivenciada ao longo dos anos no Brasil é marcada por rápido e sustentado processo de envelhecimento populacional. Tal mudança pode ser reflexo das melhorias nas políticas de saúde, sociais e avanços tecnológicos, todavia, ela traz enormes desafios ao planejamento e organização dos serviços públicos.

Com o objetivo de agregar anos à vida de modo a possibilitar que os idosos tenham capacidade de executar suas atividades cotidianas com independência e autonomia, o Estado tem buscado estruturar o sistema de saúde para atuar de forma integrada, contínua e proativa, voltado para atenção às condições crônicas e agudas, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar.

No que se refere à média complexidade ambulatorial, o Estado de Minas Gerais possui 3 Centros Mais Vida, em funcionamento com abrangência por macrorregião de saúde: sudeste, norte e centro, localizados, respectivamente, nos municípios de Juiz de Fora, Montes Claros e Belo Horizonte. No entanto, devido ao critério populacional o Centro Mais Vida de Belo Horizonte atende somente a população do próprio município. Esses Centros possuem como estratégia integrar e descentralizar as ações de atenção à saúde do idoso por meio da organização de um conjunto de ações sistêmicas qualificadas e articuladas entre si, que buscam a integralidade do cuidado com a responsabilização dos profissionais da rede e a vinculação do usuário e família para os cuidados propostos.

Os dados epidemiológicos demonstram que as principais causas de morbidade na população idosa no ano de 2018 são as doenças do aparelho circulatório (22,7%), doenças do aparelho respiratório (15,1%) e neoplasias (11,13%). Já em relação aos dados de mortalidade, em 2017 as principais causas foram: doenças do aparelho circulatório (25,4%), neoplasias (16,8%) e doenças do aparelho respiratório (12,8%). Buscando contemplar uma abordagem preventiva, curativa e reabilitadora dessas patologias o estado de Minas Gerais possui, além do trabalho realizado na atenção primária à saúde e nos Centros Mais Vida, na atenção especializada ambulatorial, os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), que disponibilizam assistência multiprofissional voltada às condições crônicas de alto risco relacionadas à hipertensão e diabetes.

Atenção Especializada

A estruturação da atenção especializada ambulatorial no tocante ao acesso às consultas especializadas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ainda se configura como um gargalo no processo de consolidação do SUS.

Torna-se fundamental a reorganização da atenção especializada de modo a fortalecer a articulação com os demais pontos de atenção na rede, na perspectiva de possibilitar a garantia da integralidade do cuidado, otimizar os custos e incrementar a resolutividade da assistência à saúde.

Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE)

Os **Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE)** são pontos de média complexidade ambulatorial e fazem parte da política estadual de assistência aos usuários com hipertensão, diabetes, Doença Renal Crônica (DRC), bem como crianças e gestantes de alto risco.

A oferta assistencial dos Centros Estaduais de Atenção Especializada é fundamentada no perfil epidemiológico da população e das necessidades de saúde do território, sendo a organização baseada na atenção programada. Esta estratégia é uma importante ferramenta de gestão da clínica que subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos usuários.

A estruturação dos Centros Estaduais de Atenção Especializada, incluindo a oferta assistencial, é ancorada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Um dos preceitos do MACC é que a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada devem se estruturar em rede, considerando que esses níveis de atenção se influenciam mutuamente. O MACC demonstra que não há possibilidade de racionalizar a atenção ambulatorial especializada se a atenção primária à saúde não conhece, diagnostica e estratifica por risco a população portadora de condições crônicas. De sua parte, a atenção ambulatorial especializada deve receber as pessoas de maiores riscos, elaborar e rever seus planos de cuidados e devolvê-los à atenção primária à saúde para aplicação e monitoramento (MENDES, 2011).

Atualmente há 27 Centros Estaduais de Atenção Especializada distribuídos pelos territórios de Minas Gerais, contemplando 44 regiões de saúde e atendendo uma população de 7.474.610 habitantes (TCU, 2018). Os Centros estão classificados de acordo com a carteira de serviços ofertada e são financiados com recursos prioritariamente de fonte estadual que contam, ainda, com apoio do estado para estruturação, bem como para organização das ações.

Quadro 7 - CEAE por área de abrangência

CEAE	Área de Abrangência
Brasília de Minas	Microrregião de Saúde de Brasília de Minas/São Francisco e município de Mirabela
Campo Belo	Microrregião de Saúde de Campo Belo e Oliveira/Santo Antônio do Amparo
Capelinha	Microrregião de Saúde de Minas Novas/Turmalina/Capelinha
Diamantina	Microrregião de Saúde de Diamantina e Serro
Frutal	Microrregião de Saúde de Frutal/Iturama
Governador Valadares	Microrregião de Saúde de Governador Valadares
Itabira	Microrregião de Saúde de Itabira
Itabirito	Microrregião de Saúde de Ouro Preto
Janaúba	Microrregião de Saúde de Janaúba/Monte Azul
Januária	Microrregiões de Saúde de Januária e Manga
Jequitinhonha	Microrregiões de Saúde de Almenara/Jacinto, Itaobim e Pedra Azul

CEAE	Área de Abrangência
Juiz de Fora	Microrregiões de Saúde de Juiz de Fora, Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas
Lavras	Microrregião de Saúde de Lavras
Leopoldina	Microrregiões de Saúde Leopoldina/Cataguases e Além Paraíba
Manhuaçu	Microrregião de Saúde de Manhuaçu
Muriaé	Microrregião de Saúde de Muriaé
Patos de Minas	Microrregiões de Saúde de Patos de Minas, João Pinheiro e São Gotardo
Patrocínio	Microrregião de Saúde de Patrocínio/Monte Carmelo
Pirapora	Microrregiões de Saúde de Pirapora e Coração de Jesus
Ribeirão das Neves	
Santo Antônio do Monte	Microrregião de Saúde de Divinópolis e Lagoa da Prata/Santo Antônio Monte
São João Del Rei	Microrregião de Saúde de São João Del Rei
São Lourenço	Microrregião de Saúde de São Lourenço
Sete Lagoas	Microrregião de Saúde de Sete Lagoas
Taiobeiras	Microrregião de Saúde de Salinas e Taiobeiras
Teófilo Otoni	Microrregiões de Saúde de Águas Formosas, Teófilo Otoni/Malacacheta, Itambacuri, Padre Paraíso e Nanuque
Viçosa	Microrregião de Saúde de Viçosa

Fonte: Elaboração própria.

Saúde Bucal

A política estadual de saúde bucal em Minas Gerais tem sido pautada pelas diretrizes do SUS e voltada para ampliação do acesso à uma atenção universal e integral, abrangendo as ações preventivas e de promoção à saúde, o tratamento e a reabilitação.

A estratégia utilizada tem sido o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal, sendo a estrutura operacional da rede definida com uma base populacional de referência e de responsabilidade sanitária, ou seja, com base na construção de espaços/população, tendo a atenção primária como porta de entrada para a atenção programada em saúde bucal, a partir da territorialização e do cadastramento das famílias. Isso envolve a ampliação dos pontos de atenção, o investimento na modelagem da rede, a regionalização da oferta de acordo com a demanda com utilização de estudos diagnósticos para a definição de políticas e prioridades, o ordenamento dos fluxos assistenciais, a elaboração de diretrizes com ênfase nas ações preventivas, o desenvolvimento de programas de educação permanente e de capacitação profissional para os profissionais do SUS e o estabelecimento de parcerias para execução de ações educativas.

São pontos de atenção em saúde bucal na Atenção Especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades Hospitalares e o Centro de Atenção à Deformidade Crânio Facial. Os CEO oferecem atenção em saúde bucal nas áreas de diagnóstico com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento ambulatorial a usuários com necessidades especiais. Em Minas Gerais foi definida uma base populacional para os CEO Tipo I, II e III, em nível de microrregião de saúde. Em 2016, eram 95

CEO em funcionamento no Estado de Minas Gerais (34 Tipo I, 58 Tipo II e 3 Tipo III). Em 2019 são 102 CEO (39 Tipo I, 57 Tipo II e 6 Tipo III).

As unidades hospitalares, referências para regiões ampliadas de saúde e para o Estado, são representadas pelos Hospitais Regionais para Odontologia (HRO), os Centros de Alta Complexidade em Oncologia e as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) e pelos hospitais para a atenção aos usuários com deformidade crânio facial congênita ou adquirida. Os HRO, que fazem parte da rede de atenção em saúde bucal desde 2012, têm o papel de assegurar a prestação do tratamento odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais que impossibilitem o tratamento odontológico em ambiente ambulatorial, bem como realizar procedimentos cirúrgicos em casos eletivos e/ou urgência e emergência, quando houver indicação de anestesia geral ou sedação. Em 2019, estavam pactuados e em funcionamento 17 HRO no Estado de Minas Gerais.

Os CACON e UNACON são responsáveis por prestar tratamento cirúrgico, complementar e reabilitador aos portadores de neoplasias bucais malignas através da rede hospitalar habilitada para os serviços de Oncologia de Cabeça e Pescoço no Estado Minas Gerais. Já os Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial servem como referências estaduais para realização do tratamento bucomaxilofacial integral e multiprofissional às pessoas com deformidades craniofaciais congênitas e/ou adquiridas. Encontram-se em funcionamento os dois serviços de referência estadual, em Alfenas e Belo Horizonte, oferecendo uma cobertura de 100% da população nos casos novos.

O sistema de apoio, representado pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), é responsável pela fase laboratorial da confecção de próteses odontológicas, de forma a propiciar um avanço na reabilitação protética nos edêntulos parciais e totais. Atualmente, Minas Gerais possui LRPD em 370 municípios, com diferentes faixas de produção de próteses dentárias, o que representa um aumento no acesso à reabilitação protética no estado.

Entre as principais ações desenvolvidas no período 2016-2019 encontram-se:

I. Utilização dos dados do SB Minas Gerais (estudo sobre a saúde bucal da população mineira realizado pela CSB em 2012) na definição de parâmetros e de necessidades em saúde bucal;

II. Elaboração de diretrizes em saúde bucal para a Carteira de Serviços da APS/SES-MG;

III. Elaboração de diretrizes em saúde bucal para o Consultório na Rua APS/SES-MG;

IV. Fortalecimento da atenção especializada em saúde bucal, CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) e Odontologia Hospitalar, através do incentivo de adesão e de custeio para implantação do CEO e Odontologia Hospitalar;

V. Revisão das regras do financiamento dos pontos de atenção especializada, com vistas ao cumprimento de metas e aumento do acesso;

VI. Incentivo ao aumento de acesso à atenção especializada em Saúde Bucal através do aumento do número de pontos de atenção de CEO;

VII. Parceria com instituições de ensino para educação permanente em saúde bucal para os profissionais do SUS;

VIII. Elaboração de propostas relacionadas ao Câncer de Lábio e Cavidade Oral incluídas no Plano Estadual de Oncologia;

IX. Incentivo à adesão dos municípios à política de reabilitação protética – aumento dos municípios que aderiram à política de reabilitação protética representada pelos LRPD;

X. Apoio à qualificação da gestão dos estabelecimentos de atenção especializada à saúde bucal;

XI. Participação da CSB na avaliação de projetos de pesquisa ligados ao PPSUS;

XII. Participação na elaboração de material educativo.

Muitos avanços foram conquistados durante os últimos anos em relação à política estadual de saúde bucal no Estado, que culminaram na expansão da rede de atenção à saúde bucal juntamente com uma ação orçamentária específica e crescente, o que tem consolidado a saúde bucal como uma política do SUS em Minas Gerais. No entanto, muitos desafios ainda necessitam ser enfrentados para o alcance de maiores avanços na implantação e qualificação da rede de atenção.

Ações propostas para o período 2020-2023:

I. Definição de diretrizes voltadas para a modelagem da rede e ordenamento dos fluxos assistenciais;

II. Elaboração de diretrizes clínicas voltadas para as condições de saúde bucal em nosso estado;

III. Incentivo ao aumento da adesão dos municípios à rede de atenção em saúde bucal e aos financiamentos federais e estaduais;

IV. Oferta de incentivos financeiros estaduais ligados aos LRPD e à atenção primária em saúde bucal para fomentar o aumento do acesso e a oferta de reabilitação;

V. Ampliação da parceria com instituições de ensino para educação permanente em saúde bucal para os profissionais do SUS voltada para a qualificação dos processos de trabalho;

VI. Incentivo contínuo à regionalização da oferta de atenção especializada, incluindo a participação dos consórcios;

VII. Estabelecimento de mecanismos para regulação dos serviços regionais;

VIII. Criação de incentivo para o diagnóstico precoce de câncer bucal;

IX. Aumento da integração ensino/serviço, incentivando e promovendo propostas de tele consultoria em saúde bucal.

Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças

No ano de 2012, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina do Estado de Minas Gerais correspondia a 50,80% da população total, sendo 6.374.527 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos - 63,19% da população de mulheres).

Tomando como base o número de nascidos vivos registrados no SINASC em 2017, estima-se uma população mineira de 274.007 gestantes por ano, sendo 41.101 gestantes de alto risco. Destaca-se que as gestantes e crianças estratificadas como de alto risco, além do acompanhamento pela atenção primária, necessitarão de acompanhamento especializado. Desse modo, no estado contam-se com 27 Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE).

De acordo com informações sobre internações por Capítulo CID-10 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), em consulta realizada em 2018 sobre o período de 2013 e 2015, em Minas Gerais, as cinco principais causas mais frequentes de internação de mulheres foram, respectivamente: gravidez, parto e puerpério (30,45%); doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho geniturinário; doenças do aparelho digestivo e neoplasias (tumores). Em relação às neoplasias, segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018), os cânceres de mama, de cólon e reto, de intestino, de colo de útero, de pulmão e de tireoide são os mais prevalentes incidentes entre as mulheres, excluindo-se o câncer de pele não melanoma.

No Estado, dentre os anos de 2013 a 2018, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), as principais causas de mortalidade neonatal (0 a 27 dias), foram respectivamente: afecções originadas no período neonatal (76,15%) e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (20,90%).

Com o intuito de atuar sobre as principais causas de mortalidade materna e infantil, e promover a atenção à saúde da mulher de forma integral, a Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher e Crianças (CASMC) se propõe a investir em ações voltadas à melhoria da assistência para mulheres e crianças do Estado Minas Gerais, conforme preconizado pela Rede Cegonha.

A fim de atingir esses objetivos, as ações se direcionam para:

I. Apoiar a realização da assistência à saúde de gestantes no nível primário, secundário e terciário da rede materno-infantil do Estado de Minas Gerais;

II. Apoiar a realização da assistência à saúde do recém-nascido e da criança com foco naquelas estratificadas como de alto risco e em situação de vulnerabilidade;

III. Investir e/ou custear:

a. Casas de Apoio a Gestantes e Puérperas (CAGEP);

b. Centro de Parto Normal (CPN) em funcionamento que aguardam habilitação do MS;

c. Implantação de Bancos e Postos de Coleta de Leite Humano (BCLH e PCLH);

d. Manutenção das instituições com componentes contemplados pela Rede Cegonha - UTI Neonatal, UCI Convencional, leitos de alto risco obstétrico, disponibilização de medicamentos e insumos para a assistência ginecológica e obstétrica;

IV. Realizar capacitação de profissionais da área da saúde da mulher e da criança em níveis da Rede materno-infantil;

V. Monitorar a implantação e funcionamento dos pontos de atenção;

VI. Incentivar o modelo de cuidado progressivo neonatal.

A fim de atingir esses objetivos, as ações se direcionam para investimento, custeio e monitoramento da implantação e do funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, capacitação de profissionais da área da saúde da mulher e da criança e melhoria na qualidade no atendimento.

Rede Cegonha

Em 2011, por intermédio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, o MS instituiu a **Rede Cegonha**, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento. A Rede é composta por um conjunto de medidas que visam garantir às mulheres, usuárias do SUS, o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, na atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. Essa rede de cuidado ainda assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo.

As ações são executadas pelos estados e municípios na lógica da descentralização do SUS, que aderem às estratégias nacionais para o recebimento dos recursos reservados pelo MS, tanto nas ações da atenção primária como na rede hospitalar, principalmente no que tange à qualificação de leitos.

A operacionalização da Rede Cegonha se dá pela execução de cinco fases:

I. Adesão e diagnóstico;

II. Desenho Regional da Rede Cegonha;

III. Contratualização dos Pontos de Atenção;

IV. Qualificação dos componentes e

V. Certificação.

Na fase II, se tem a elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB-SUS/MG, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela união, pelos estados, pelo distrito federal e pelos municípios envolvidos.

Em Minas Gerais, o trabalho de implantação da Rede Cegonha teve início em 2011 contando com representantes da Secretaria de Estado da Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais (COSEMS-MG) e do Conselho Estadual de Saúde. A partir de 2016, Minas passou a contar com o componente II Parto e Nascimento da Rede Cegonha, implantado em todas as RAS.

Diante deste cenário, a CASMC tem como principais desafios reestruturar e qualificar a rede materno-infantil, promovendo a assistência à saúde da mulher e da criança (0 a 2 anos) de forma integral, estruturando os fluxos entre os pontos de atenção das macrorregiões, estabelecendo a vinculação do pré-natal e do parto, qualificando a assistência à saúde da mulher e crianças, conforme preconizado pela Rede Cegonha, com a publicação da Linha Guia Materno Infantil e Revisão dos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha.

Desde 2014, após reorganização dos comitês de prevenção, tendo como principal ação a unificação dos Comitês materno, fetal e infantil, a SES-MG vem trabalhando em intenso monitoramento das ações de tais comitês. Além disso, em 2015 foi instituída uma Secretaria Executiva na composição do Comitê Estadual com foco na análise dos óbitos maternos e infantis segundo critérios epidemiológicos e assistenciais, com destaque para as vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais e para as diversas regiões do Estado. Em monitoramento realizado em 2018, foram identificados 25 Comitês Regionais de prevenção do óbito materno, fetal e infantil em funcionamento.

A estratégia “Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto”, desenvolvida pelo MS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tem por objetivo estruturar o processo de qualificação da atenção às situações de morbimortalidade em mulheres com hemorragia pós-parto, principalmente em áreas remotas e de pouco acesso às tecnologias de cuidado. A implementação do projeto no Estado é uma das estratégias para a redução da morbimortalidade materna e infantil, sendo executada por meio da distribuição de Traje Anti-Choque Não Pneumático (TAN), da qualificação de profissionais médicos e de enfermagem e da formação de multiplicadores no manejo da hemorragia pós-parto para a utilização do TAN.

No que se refere à atenção à saúde sexual e reprodutiva, as ações envolvem: planejamento familiar; qualificação e acesso ao pré-natal de risco habitual e alto risco; adequação das maternidades para habilitação no atendimento à gestante de alto risco; e adoção de boas práticas de assistência ao parto e nascimento, no intuito de contribuir para a mudança do modelo hegemônico e implementação da assistência perinatal baseada nos preceitos da humanização.

Considerando também a necessidade de humanização no atendimento ao recém-nascido de baixo peso e as taxas de mortalidade infantil e neonatal no Estado de Minas Gerais, a SES-MG, com o apoio

do MG, promove cursos de formação de tutores do Método Canguru, que faz parte da Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido, apresentando como objetivo melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido, promovendo o contato pele a pele entre a mãe e seu bebê, fortalecendo o vínculo afetivo, aumentando a estabilidade térmica e melhorando o desenvolvimento da criança, bem como reduzindo o tempo de internamento e, consequentemente, os custos da assistência perinatal. Essa estratégia é um modelo de assistência que integra um conjunto de ações voltadas para a qualificação do cuidado com o recém-nascido e sua família, como produzir mudanças na postura dos profissionais de saúde, ao reforçar a necessidade de implementação de assistência segura e a adoção das boas práticas. O conjunto das estratégias contribui também para a promoção do aleitamento materno. Neste sentido, visando difundir e incentivar esta prática em todo o estado, a SES-MG divulga textos informativos e celebra datas como o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e a Semana Mundial de Aleitamento Materno.

Vale ressaltar a implementação de três estratégias por parte da CASMC, que possuem forte influência no cumprimento dos objetivos relacionados à saúde da mulher e da criança:

I. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): tem como objetivo mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade e estabelecimentos com leitos de parto para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce.

II. Banco de Leite Humano: são centros públicos especializados, sem fins lucrativos e obrigatoriamente vinculados a hospitais maternos e/ou infantis, responsáveis pela promoção do incentivo ao Aleitamento Materno, e execução das atividades de coleta, processamento e distribuição do Leite Humano sob rigoroso controle de qualidade (REDEBLH, 2005).

III. Mulher Trabalhadora: esta iniciativa visa auxiliar a redução da mortalidade infantil com o incentivo da amamentação, mesmo após o retorno da mãe trabalhadora de sua licença-maternidade.

A implantação de Fóruns Perinatais nas Regiões Ampliadas de Saúde, abertos a todas as cidadãs e a todos os cidadãos, permite a avaliação, o planejamento e a coordenação da política de atenção perinatal. Os fóruns são espaços de diálogo permanente, inclusivos, plurais, democráticos e participativos, com o objetivo de construção de consenso e referenciais ético-políticos, que envolvem discussões sobre a rede de assistência e a linha de cuidado integral para adequação dos serviços às necessidades da população.

O abortamento representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte materna no país. Nas situações de abortamento, as instituições seguem as recomendações do MS conforme a norma técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”. A SES-MG disponibiliza aos hospitais/maternidades insumos previstos na norma, como o misoprostol e kit para Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), de acordo com os critérios estabelecidos pelo MS.

Como forma de avaliar os casos de abortamento atendidos no estado de Minas Gerais foram analisados os procedimentos curetagem pós-abortamento/puerperal no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e esvaziamento de útero pós-aborto por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O total dos dois procedimentos por ano está apresentado a seguir:

Quadro 8 - Procedimentos curetagem pós-abortamento/puerperal e esvaziamento de útero pós-aborto por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)

Curetagem Pós-Abortamento / Puerperal										
2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
19.253	19.048	18.458	18.393	18.030	17.711	17.430	16.312	15.529	15.258	14.977
Esvaziamento de Útero Pós-Aborto por Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)										
2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
872	861	824	619	548	482	448	918	1.209	1.573	1.765

Fonte: SIH/SUS. Dados relacionados ao estado de Minas Gerais, nos anos de 2008-2018.

Doenças e Agravos em gestantes e puérperas

Em relação à violência contra a mulher, um grave problema social, a SES-MG desenvolve estratégias voltadas para a atenção humanizada e em rede. Em especial, para o atendimento à pessoa em situação de violência sexual, é fundamental que os serviços adotem a norma "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes" do MS, que prevê para os hospitais de referência a realização de exame físico, oferta de exames sorológicos, quimioprofilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites e a contracepção de emergência. Além disso, existe a proposta de identificação e indicação dos pontos de atenção que serão referencias para o atendimento a vítima de violência sexual, a implantação da Cadeia de Custódia[2], bem como a capacitação dos profissionais nas instituições que são portas de entrada, que é realizada pela SES-MG em parceria com o Instituto Médico Legal.

As gestantes dependentes ou em uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas quando identificadas no pré-natal de risco habitual são referenciadas para o pré-natal de alto risco com elaboração de plano de cuidado. As orientações para os serviços sócio assistenciais sobre o atendimento destas mulheres e seus filhos recém-nascidos envolvem também a Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social por meio de criação de resolução conjunta.

Para a organização da assistência aos casos de infecção por vírus Zika foi elaborado e disponibilizado, em março de 2016, o "Manual técnico de atenção à saúde e resposta aos casos de infecção pelo vírus Zika em gestantes, fetos e recém-nascidos", que tem o intuito de direcionar o manejo dos casos suspeitos e confirmados. As ações são desenvolvidas em interface com o MS e diferentes áreas técnicas da SES-MG: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Atenção à Saúde do

[2] Cadeia de custódia é a guarda em segurança do material coletado até o envio para a investigação.

Trabalhador, Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária à Saúde, Coordenação de Atenção à Pessoa com deficiência e Unidades Regionais de Saúde, na perspectiva de promover o monitoramento e assistência adequada aos casos, conforme previsto no protocolo estadual. Foi instituído pela Deliberação nº 2.740, de 06 de Junho de 2018 no estado, o Comitê Gestor Estadual de Fortalecimento das Ações de Vigilância e Cuidado das Crianças Diagnosticadas ou com Suspeita de Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus Zika e outras etiologias infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) - Z-STORCH, com o objetivo de apoiar o Estado e os Municípios para a organização do cuidado integral, em rede, garantindo a todas as crianças diagnosticadas ou com suspeita de Síndrome Congênita associada à infecção pelo Z-STORCH, a realização das avaliações clínicas e laboratoriais, definidas por Diretrizes e Protocolos específicos do MS, bem como o acompanhamento de cada criança, considerando as suas diferentes necessidades.

Além disso, as ações da SES-MG são direcionadas para fortalecer parcerias com o objetivo de promover capacitações de profissionais e revisões de protocolos; incentivar a formação e o aprimoramento de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes e reaplicar cursos de urgências e emergências obstétricas para os profissionais que atuam na assistência perinatal no SUS, além de ampliar as estratégias de comunicação com a população.

O conjunto das medidas apresentadas tem impacto na qualidade da assistência prestada e visa contribuir para a redução da morbimortalidade materna, fetal e infantil no Estado de Minas, bem como na qualidade de vida da mulher fora do período reprodutivo. Em especial, de forma a possibilitar a atenção integral à mulher nos diferentes pontos da Macrorregião, a CASMC mantém a articulação com diversas áreas da gestão estadual, participando de discussões e tomada de decisões no que tange à atenção a outras condições da mulher, além da gestação, puerpério, câncer de colo do útero e de mama e em situação de violência, tais como climatério, saúde da mulher indígena, adolescente e em situação de rua ou com doenças crônicas. Esta articulação também envolve as ações previstas para a criança de 0 a 24 anos para a produção de uma atenção compartilhada entre as áreas da SES-MG.

Alta Complexidade

Malta e Merhy (2010), ressaltam a intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas de saúde que contribuem para uma incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção da população, focando sua atenção para condições agudas e se negligenciando da mudança no perfil epidemiológico da população, na qual evidencia-se uma ascensão das doenças crônicas.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar à singularidade de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que necessita de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Oncologia

A Política Nacional de Atenção Oncológica passou a tratar o câncer como problema de saúde pública, conforme orienta a Organização Mundial da Saúde (OMS). O controle da doença deve focalizar o diagnóstico precoce e a prevenção, em vez de se concentrar no tratamento das fases avançadas. A Rede de Atenção Oncológica tem como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade por câncer e garantir qualidade de vida aos pacientes em tratamento.

Em Minas Gerais, a rede de alta complexidade em oncologia é composta por 34 hospitais habilitados, sendo que apenas uma Macrorregião (Jequitinhonha) não possui serviço habilitado.

Conforme previsto na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, os gestores devem descrever, no processo de solicitação de habilitação na atenção especializada em oncologia, a organização e as responsabilidades de todos os componentes da rede. A Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.846, de 5 de dezembro de 2018 aprovou o Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes – para o Estado de Minas Gerais.

Este documento identifica uma má distribuição dos serviços habilitados, com maiores concentrações de serviços em algumas regiões; número de cirurgias oncológicas bem abaixo do parâmetro mínimo proposto pelo MS; falta de acesso da população aos exames para diagnóstico oncológico - Serviço Apoio Diagnóstico (SADT); inexistência de processo de regulação efetivo de acesso e qualidade dos serviços contratados; críticos intervalos medianos entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias nas macrorregiões e elevados percentuais dos casos avançados no início do tratamento oncológico, ou seja, com prognóstico desfavorável.

Diante do cenário exposto, a fim de organizar e melhorar a rede de alta complexidade em oncologia foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.854, de 05 de dezembro de 2018, que aprovou a pactuação e reprogramação da Rede de Oncologia de Alta Complexidade no âmbito da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado de Minas Gerais. Essa deliberação também estabeleceu a carteira de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para oncologia, visando garantir que os hospitais habilitados realizem o estadiamento, acompanhamento, seguimento e diagnóstico diferencial (alta suspeição) e definitivo do câncer. Posteriormente, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.990, de 20 de março de 2019, que aprovou o Protocolo Clínico de Alta Suspeição em Oncologia no âmbito do SUS do Estado de Minas Gerais.

Em relação aos esforços necessários para melhorar o fluxo do encaminhamento dos pacientes nos territórios e a iminente necessidade de fortalecimento das ações de suspeita e detecção precoce e garantia do atendimento integral que deve ser realizado pelo hospital de referência, propõe-se que as Regionais de Saúde elaborem Planos de Atenção Oncológica pactuados regionalmente, por

macrorregião, descrevendo a organização e as responsabilidades de todos os componentes da rede, frente ao cenário epidemiológico da região.

Doença Renal Crônica (DRC)

O número de doentes renais crônicos vem aumentando, principalmente pelo envelhecimento da população em geral e pelo aumento no número de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, as duas maiores causas de **Doença Renal Crônica (DRC)**. A este aumento da incidência da DRC, somam-se os fatos de que a melhoria na terapêutica dialítica prolongou a sobrevida de pacientes em programa de diálise e o número de transplantes renais no Brasil é ainda muito baixo.

A Portaria GM/MS n° 1.675, de 07 de junho de 2018, e a Portaria GM/MS nº 3.415, de 22 de outubro de 2018, estabelecem os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS.

A Atenção Especializada em DRC será estruturada para fins de habilitação pelo MS conforme as seguintes tipologias:

I. Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (código 15.04): Realiza a modalidade de TRS - hemodiálise para tratamento da pessoa com DRC e oferta atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de hemodiálise, sob sua responsabilidade.

II. Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (código 15.05): Realiza a modalidade de Terapia Renal Substitutiva – diálise peritoneal para tratamento da pessoa com DRC e oferta atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise peritoneal, sob sua responsabilidade.

III. Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico (código 15.06): Realiza o acompanhamento multiprofissional em DRC no estágio 4 e 5 pré-dialítico (realização de consultas multiprofissionais e exames) e matriciamento das equipes de Atenção Básica para o estágio 3.

Minas Gerais possui 84 serviços habilitados em Atenção Especializada em DRC. Das 77 Regiões de Saúde do Estado, 22 regiões (30%) não possuem serviços habilitados. As Regiões Ampliadas de Saúde Leste, Nordeste e Norte são as áreas com maior número de Regiões de Saúde com vazios assistenciais.

A Rede de Atenção da Pessoa com DRC deverá buscar habilitações ou investimentos futuros e, enquanto isto, viabilizar alternativas garantindo atendimento dos residentes das Regiões de Saúde que apresentam vazios de serviço na RS mais próxima. As discussões referentes ao tema são realizadas no Grupo de Trabalho da Pessoa com Doença Renal Crônica que tem como objetivo organizar a rede.

Obesidade

As grandes mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos 50 anos têm por fundamento o envelhecimento populacional, a rápida urbanização e a globalização de estilos de vida pouco saudáveis. Nesse cenário, as doenças crônicas não transmissíveis são mais prevalentes do que as doenças infecciosas como a principal causa de morbidade e mortalidade, com o sobrepeso e a obesidade figurando como importantes fatores de risco.

No SUS, a assistência ao paciente portador de Obesidade Grave está prevista nas Portarias Ministeriais nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013 e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. A Portaria nº 424 redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Já a Portaria nº 425 estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. De acordo com essa portaria, o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal.

Minas Gerais possui 09 estabelecimentos de saúde habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Há vazios assistenciais nas Regiões Ampliadas de Saúde Norte, Nordeste, Noroeste, Jequitinhonha, Centro Sul, Leste do Sul e Oeste. Neste cenário visualiza-se a necessidade de ampliação da rede de estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade em todas as Regiões Ampliadas de Saúde do Estado.

Doenças Raras

A definição de uma doença como doença rara, segundo o MS, depende de critérios epidemiológicos: é a doença que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 para cada 2 mil pessoas. No SUS, a assistência ao paciente com doenças raras está prevista na Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e aprova as diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. A Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014 define que os pontos de atenção à saúde (Atenção básica, atenção especializada e componente atenção domiciliar) garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à microrregião de saúde considerando que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. O componente da atenção especializada da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é composto pelo Serviço de atenção especializada em doenças raras e pelo Serviço de Referência em doenças raras.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por intermédio da Coordenação de Alta Complexidade da SES-MG está empenhada em viabilizar a habilitação de estabelecimentos de saúde, de acordo com a Portaria Ministerial n°199/2014, para que os pacientes tenham diagnóstico precoce e com isso aconteça o mapeamento adequado das doenças, bem como assistência integral e de qualidade aos pacientes. As discussões referentes ao tema são realizadas no Núcleo de Atenção às

Doenças Raras, que tem como objetivo propor ações de promoção e proteção da saúde e a organização da assistência às pessoas com doenças raras no estado de Minas Gerais.

Transplantes

Em setembro de 2019 foi publicada a Deliberação CIB/SUS-MG n° 2.999, que aprova o Plano Estadual de Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos de Minas Gerais. Esse plano propõe para os próximos quatro anos a reestruturação do Sistema Estadual de Transplantes para ampliar o número de notificações de morte encefálica, o número de doações de órgãos efetivadas e o número e qualidade dos transplantes realizados. Além disso, ampliar o acesso aos transplantes, sobretudo ofertar no Estado os transplantes pediátricos de coração e fígado.

Alta complexidade cardiovascular

A assistência ao paciente com doença cardiológica está prevista na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, denominada Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS - Anexo XXXI - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (fonte: PRT MS/GM 1169/2004), que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Essa Política define que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção em alta complexidade cardiovascular. A Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004 estabelece as normas de habilitação das unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e dos centros de referência em alta complexidade cardiovascular.

A Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade de Minas Gerais tem sido definida com base em parâmetros de necessidade e qualidade. Os parâmetros de necessidade englobam incidência epidemiológica de doenças, cobertura populacional e capacidade instalada. Já os parâmetros de qualidade englobam escala de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

No ano de 2015, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais observou a necessidade de reorganização da programação da cardiologia hospitalar de alta complexidade na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI/MG). As motivações para esse estudo foram às distorções nos custos médios das formas de organização da cardiologia hospitalar, a presença de recursos macro alocados sem forma de organização e origens definidas e a concentração de recursos em determinadas regiões de saúde. Em julho de 2015, foi formado um grupo SES-MG/COSEMS para estudar a nova programação da cardiologia e rede de assistência em alta complexidade cardiovascular.

Foi feita uma análise dos custos médios, por município de atendimento, considerando a produção de cada prestador, e uma análise da cobertura da assistência cardiológica nas regiões de saúde comparada a outros estados, a resolubilidade dos serviços credenciados em cada forma de organização e a adequação da programação da cardiologia com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Visto que a Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004 propõe apenas parâmetros de

número de cirurgias/hospital, foi então proposto um novo parâmetro por forma de organização considerando a base populacional. A Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.223, de 18 de novembro de 2015 aprovou os novos parâmetros e custos médios da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais para as formas de organização da alta complexidade de cardiologia hospitalar. Atualmente, em Minas Gerais, estão presentes 42 hospitais habilitados na Alta Complexidade Cardiovascular.

Atenção Psicossocial

A Rede de Saúde Mental de Minas Gerais é composta por 336 Centros de Atenção Psicossociais habilitados pelo MS, porém, atualmente existem 355 em funcionamento. Existem também 47 Centros de Convivência em funcionamento no Estado, sendo 09 em Belo Horizonte. Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos, existem 107 habilitadas pelo MS.

Os leitos de saúde mental em hospital geral são em número de 381 habilitados pelo MS distribuídos nos seguintes municípios: 5 em Abaeté, 2 em Águas Formosas, 2 em Aimorés, 1 em Além Paraíba, 2 em Almenara, 2 em Araçuaí, 10 em Araguari, 1 em Baependi, 10 em Barbacena, 2 em Belo Vale, 1 em Berilo, 4 em Bocaiuva, 4 em Brumadinho, 3 em Bueno Brandão, 3 em Caetanópolis, 2 em Caeté, 1 em Campanha, 8 em Campestre, 2 em Capelinha, 4 em Carangola, 4 em Carangola, 2 em Cassia, 4 em Cataguases, 1 em Claudio, 6 em Conselheiro Lafaiete, 8 em Contagem, 3 em Coração de Jesus, 5 em Curvelo, 5 em Diamantina, 1 em Entre Rios de Minas, 2 em Ervália, 1 em Espera Feliz, 1 em Eugenópolis, 3 em Francisco Sá, 10 em Governador Valadares, 3 em Grão Mogol, 4 em Ibertioga, 2 em Ibirité, 6 em Ipanema, 11 em Ipatinga, 6 em Itabira, 2 em Itabirito, 2 em Itamarandiba, 2 em Itambacuri, 2 em Itaobim, 6 em Janaúba, 4 em Jequitinhonha, 1 em Joaíma, 24 em Juiz de Fora, 4 em Leopoldina, 2 em Mariana, 3 em Minas Novas, 2 em Monte Azul, 1 em Monte Santo de Minas, 10 em Montes Claros, 6 em Montes Claros, 2 em Morada Nova de Minas, 7 em Muriaé, 1 em Novo Cruzeiro, 6 em Ouro Preto, 1 em Padre Paraíso, 15 em Patrocínio, 8 em Poço Fundo, 8 em Poços de Caldas, 4 em Pompeu, 1 em Poté, 8 em Pouso Alegre, 4 em Pouso Alto, 3 em Resplendor, 2 em Rio Pomba, 3 em Salinas, 4 em Santa Rita do Sapucaí, 1 em São Domingos do Prata, 1 em São Vicente de Minas, 8 em Teófilo Otoni, 12 em Três Pontas, 2 em Turmalina, 7 em UBA, 6 em Uberaba, 25 em Uberlândia, 10 em Viçosa, 1 em Virgem da Lapa, 1 em Virginópolis e 2 em Visconde do Rio Branco.

Temos apenas 05 Unidades de Acolhimento habilitadas pelo MS (02 Adultos e 03 Infanto-juvenis).

Ainda temos 06 Hospitais Psiquiátricos em Minas Gerais com leito SUS (01 em Barbacena, 02 em Belo Horizonte, 01 em Uberaba, 01 em São Sebastião do Paraíso e 01 em Ituiutaba), perfazendo um total de 737 (setecentos e trinta e sete) leitos.

No Estado de Minas Gerais temos regiões com grandes vazios assistenciais como a região de Unaí, Teófilo Otoni, Montes Claros, região do Jequitinhonha e Leste de Minas. A meta da Coordenação é a garantia de recursos para implantação e participação no custeio dos pontos de atenção da RAPS, sendo estes: CAPSi, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS ADIII, Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil, Centros de Convivência e Serviços Residenciais

Terapêuticos, além da execução de ações de educação permanente para a Rede de Saúde Mental do Estado.

Temos atualmente diversos Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento não habilitados pelo MS. Tais municípios, ao assumirem o custeio total dos CAPS, têm ameaçado o fechamento das unidades devido à sobrecarga proveniente da falta de habilitação pelo MS. O mesmo se aplica para os Serviços Residenciais Terapêuticos, uma vez que alguns precisam ser implantados, pois foram descredenciados leitos, bem como se aplica para hospitais psiquiátricos em Juiz de Fora, Leopoldina, Divinópolis, Passos e Lavras.

O objetivo da Coordenação Estadual de Saúde Mental é implantar e ampliar a RAPS nas regiões de saúde do Estado, priorizando as realidades e necessidades dos territórios, especialmente nas regiões ampliadas Centro, Nordeste, Norte, Jequitinhonha, Leste e Noroeste, onde ainda há vazios assistenciais, bem como a necessidade de implantação de modalidades de serviços substitutivos tais como CAPS AD III, CAPS III, CAPSi e UA adultos e infanto-juvenil, considerando as pactuações realizadas e as possíveis repactuações que se fizerem necessárias.

Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 apresentou informações relevantes no tocante à prevalência e à incidência das deficiências no Brasil. Esses dados são de enorme relevância para o fomento e organização das Redes Assistenciais no âmbito do SUS. A pesquisa apontou que 6,8% da população brasileira possui algum tipo de deficiência. Em relação à deficiência intelectual a prevalência foi de 0,8%, sendo que 0,5% da população total possuía deficiência intelectual desde o nascimento e 0,3% a adquiriu devido a doença ou acidente. Destes, 30,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde. A deficiência física apresentou prevalência de 1,3%, sendo que 0,3% da população total possuía deficiência física desde o nascimento e 1,0% a adquiriu devido a alguma doença ou acidente. Destes, 18,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde. A Deficiência Auditiva apresentou prevalência de 1,1%, sendo que 0,2% da população total possuía deficiência auditiva desde o nascimento e 0,9% a adquiriu devido a doença ou acidente. Destes, 8,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde. A Deficiência Visual apresentou prevalência de 3,6%, sendo que 0,4% da população total possuía deficiência visual desde o nascimento e 3,3% a adquiriu devido a doença ou acidente. Destes, 4,8% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde. Considerando o cenário apontado pela pesquisa, em Minas Gerais temos aproximadamente 1.360.000 habitantes com algum tipo de deficiência.

Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência

No SUS, a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD) é composta por serviços especializados nas modalidades de reabilitação auditiva, intelectual, visual, físico e ostomia. Um importante reforço para o financiamento desta rede se deu a partir de 2012, com o lançamento do Plano Viver Sem Limites pelo Governo Federal, no qual foi instituída a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. As ações de reabilitação são desenvolvidas com integralidade do cuidado,

envolvendo uma equipe multiprofissional e uma articulação intersetorial especialmente entre atenção primária à saúde, saúde bucal, saúde mental, atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência.

Atualmente, o MS tem focado nas habilitações de Centros Especializados em Reabilitação (CER), que são serviços especializados em mais de uma modalidade de reabilitação. Entretanto, a rede é integrada também por serviços especializados de reabilitação de modalidade única. A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência de Minas Gerais (RCPD/MG) é composta por 292 pontos de atenção, sendo 27 Centros Especializados de Reabilitação (CER), 36 Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO), 148 Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI), 14 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), 15 Serviços de Reabilitação Física (SRF), 04 Serviços de Reabilitação Visual (SRV), 43 instituições no Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal (PETAN), 05 Serviços de Implante Coclear (SIC), distribuídos em 169 municípios, conforme listagem (Quadro 9). Embora estes serviços estejam estruturados, a qualificação da assistência e a oferta ainda são inadequadas, exigindo ações para ampliação do acesso e da qualificação da assistência ofertada.

Quadro 9 - Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
310010	Abadia dos Dourados	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
310110	Aimorés	RESPLENDOR	LESTE		SERDI						
310090	Águas Formosas	ÁGUAS FORMOSAS	NORDESTE		SERDI						
310150	Além Paraíba	ALÉM PARAÍBA	SUDESTE	CER	CER		CER			CER	
310160	Alfenas	ALFENAS / MACHADO	SUL	CER	SERDI	CER	CER	CER	TAN	CER	SIC
310260	Andradas	POÇOS DE CALDAS	SUL		SERDI						
310340	Araçuaí	ARAÇUAÍ	NORDESTE		SERDI				TAN		
310350	Araguari	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI				TAN		
310400	Araxá	ARAXÁ	TRIÂNGULO DO SUL	CER	CER		CER			CER	
310450	Arinos	UNAÍ	NOROESTE		SERDI						
310490	Baependi	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
310560	Barbacena	BARBACENA	CENTRO SUL		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
310590	Barroso	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
310620	Belo Horizonte	BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	CENTRO	CER	CER/SERDI	SRA CER	SRF CER	SRV CER CECER	TAN	SASPO	SIC
310670	Betim	BETIM	CENTRO						TAN		
310710	Boa Esperança	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
310740	Bom Despacho	BOM DESPACHO	OESTE		SERDI					SASPO	
310830	Borda da Mata	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
310840	Botelhos	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
310860	Brasília de Minas	BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO	NORTE						TAN		
310930	Buritis	UNAÍ	NOROESTE		SERDI						
310970	Cachoeira de Minas	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
311060	Cambuí	POUSO ALEGRE	SUL							SASPO	
311070	Cambuquira	TRÊS CORAÇÕES	SUL		SERDI						
311090	Campanha	TRÊS CORAÇÕES	SUL		SERDI						
311100	Campestre	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
311120	Campo Belo	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO/ CAMPO BELO	OESTE		SERDI				TAN	SASPO	
311160	Campos Gerais	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
311200	Candeias	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO/ CAMPO BELO	OESTE		SERDI						
311230	Capelinha	MINAS NOVAS/TURMALINA/CAPELINHA	JEQUITINHONHA		SERDI						
311330	Carangola	CARANGOLA	SUDESTE		SERDI						
311340	Caratinga	CARATINGA	LESTE		SERDI						
311370	Carlos Chagas	NANUQUE	NORDESTE		SERDI						
311410	Carmo de Minas	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
311430	Carmo do Paranaíba	PATOS DE MINAS	NOROESTE		SERDI						
311440	Carmo do Rio Claro	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
311530	Cataguases	LEOPOLDINA / CATAGUASES	SUDESTE		SERDI					SASPO	
311550	Caxambu	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
311580	Centralina	ITUIUTABA	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
311830	Conselheiro Lafaiete	CONSELHEIRO LAFAIETE / CONGONHAS	CENTRO SUL		SERDI		SRF	SRV		SASPO	
311860	Contagem	CONTAGEM	CENTRO	CER	CER/SERDI	CER	CER/ SRF	CER	TAN		
311870	Coqueiral	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
311930	Coromandel	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI					SASPO	
311940	Coronel Fabriciano	CORONEL FABRICIANO/TIMÓTEO	LESTE		SERDI						
312020	Cristais	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO/ CAMPO BELO	OESTE		SERDI						
312050	Cristina	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
312080	Cruzília	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
312090	Curvelo	CURVELO	CENTRO		SERDI						
312160	Diamantina	DIAMANTINA	JEQUITINHONHA	CER	CER	CER	CER	CER	TAN	CER	
312230	Divinópolis	DIV./ S. ANTÔNIO DO MONTE	OESTE		SERDI				TAN	SASPO	
312360	Elói Mendes	VARGINHA	SUL		SERDI						
312420	Espera Feliz	CARANGOLA	SUDESTE		SERDI						
312430	Espinosa	JANAÚBA/MONTE AZUL	NORTE		SERDI						
312570	Felixlândia	CURVELO	CENTRO		SERDI						
312610	Formiga	FORMIGA	OESTE		SERDI	SRA			TAN	SASPO	
312710	Frutal	FRUTAL / ITURAMA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
312770	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE		SERDI	SRA		SRF	TAN	SASPO	SIC

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
312830	Guaranésia	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
312800	Guanhães	GUANHÃES	CENTRO		SERDI						
312840	Guarani	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
312870	Guaxupé	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
312950	Ibiá	ARAXÁ	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
312980	Ibirité	CONTAGEM	CENTRO						TAN		
313090	Inhapim	CARATINGA	LESTE		SERDI						
313130	Ipatinga	IPATINGA	LESTE	CER	SERDI		CER	SRF	TAN	SASPO	
313150	Ipuiúna	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
313160	Iraí de Minas	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
313170	Itabira	ITABIRA	CENTRO		SERDI				TAN	SASPO	
313190	Itabirito	OURO PRETO	CENTRO	CER	CER			CER		CER	
313240	Itajubá	ITAJUBÁ	SUL		SERDI				TAN	SASPO	
313270	Itambacuri	TEÓFILO OTONI / MALACACHETA / ITAMBACURI	NORDESTE		SERDI						
313300	Itamonte	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
313310	Itanhandu	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
313380	Itaúna	ITAÚNA	OESTE		SERDI					SASPO	
313420	Ituiutaba	ITUIUTABA	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI					SASPO	
313440	Iturama	FRUTAL / ITURAMA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
313470	Jacinto	ALMENARA	NORDESTE		SERDI						
313510	Janaúba	JANAÚBA/MONTE AZUL	NORTE	CER	CER			CER	TAN	CER	CER
313520	Januária	JANUÁRIA	NORTE	CER	CER			CER		CER	
313620	João Monlevade	JOÃO MONLEVADE	CENTRO		SERDI						
313665	Juatuba	BETIM	CENTRO		SERDI						
313670	Juiz de Fora	JUIZ DE FORA/ LIMA DUARTE/ BOM JARDIM MINAS	SUDESTE		SERDI	SRA	SRF		TAN	SASPO	SIC

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
313720	Lagoa da Prata	DIVINÓPOLIS / SANTO ANTÔNIO DO MONTE	OESTE		SERDI						
313750	Lagoa Formosa	PATOS DE MINAS	NOROESTE		SERDI						
313760	Lagoa Santa	VESPASIANO	CENTRO		SERDI				TAN		
313780	Lambari	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
313820	Lavras	LAVRAS	SUL		SERDI						
313840	Leopoldina	LEOPOLDINA / CATAGUASES	SUDESTE		SERDI					SASPO	
313850	Liberdade	JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE/ BOM JARDIM MINAS	SUDESTE		SERDI						
313860	Lima Duarte	JUIZ DE FORA/LIMA DUARTE/BOM JARDIM DE MINAS	SUDESTE		SERDI						
313900	Machado	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
313920	Malacacheta	TEÓFILO OTONI/MALACACHETA/ITAMBACURI	NORDESTE		SERDI						
313940	Manhuaçu	MANHUAÇU	LESTE DO SUL		SERDI		SRF			SASPO	
313950	Manhumirim	MANHUAÇU	LESTE DO SUL		SERDI						
313960	Mantena	MANTENA	LESTE	CER	CER		CER		TAN	CER	
314180	Minas Novas	MINAS NOVAS / TURMALINA / CAPELINHA	JEQUITINHONHA		SERDI						
314190	Minduri	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
314210	Miradouro	MURIAÉ	SUDESTE		SERDI						
314220	Miraí	MURIAÉ	SUDESTE		SERDI						
314260	Monsenhor Paulo	VARGINHA	SUL		SERDI						
314280	Monte Alegre de Minas	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
314300	Monte Belo	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
314310	Monte Carmelo	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI					SASPO	
314330	Montes Claros	MONTES CLAROS / BOCAIÚVA	NORTE		SERDI	SRA	SRF		TAN	SASPO	SIC

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
314350	Morada Nova de Minas	SETE LAGOAS	CENTRO		SERDI						
314390	Muriaé	MURIAÉ	SUDESTE		SERDI						
314400	Mutum	MANHUAÇU	LESTE DO SUL		SERDI						
314410	Muzambinho	GUAXUPÉ	SUL		SERDI						
314430	Nanuque	NANUQUE	NORDESTE		SERDI						
314480	Nova Lima	BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETÉ	CENTRO	CER	CER	CER					
314460	Nepomuceno	LAVRAS	SUL		SERDI						
314560	Oliveira	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO/ CAMPO BELO	OESTE		CER		CER				
314600	Ouro Fino	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI					SASPO	
314700	Paracatu	UNAÍ	NOROESTE		SERDI						
314710	Pará de Minas	PARÁ DE MINAS	OESTE	CER	CER		CER			CER	
314720	Paraguaçu	ALFENAS / MACHADO	SUL		SERDI						
314730	Paraisópolis	ITAJUBÁ	SUL		SERDI						
314740	Paraopeba	SETE LAGOAS	CENTRO		SERDI						
314760	Passa Quatro	SÃO LOURENÇO	SUL		SERDI						
314790	Passos	PASSOS / PIUMHI	SUL		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
314800	Patos de Minas	PATOS DE MINAS	NOROESTE	CER	CER	CER	SRF		TAN	SASPO	
314810	Patrocínio	PATROCÍNIO / MONTE CARMELO	TRIÂNGULO DO NORTE		CER				TAN	SASPO	
314860	Peçanha	Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	LESTE		SERDI						
314870	Pedra Azul	PEDRA AZUL	NORDESTE		SERDI					SASPO	
314930	Pedro Leopoldo	VESPASIANO	CENTRO		SERDI						
314990	Perdões	LAVRAS	SUL		SERDI						
315120	Pirapora	PIRAPORA	NORTE		SERDI					SASPO	
315130	Piraúba	UBÁ	SUDESTE		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
315150	Piumhi	PASSOS / PIUMHI	SUL		SERDI					SASPO	
315180	Poços de Caldas	POÇOS DE CALDAS	SUL		SERDI					SASPO	
315210	Ponte Nova	PONTE NOVA	LESTE DO SUL		SERDI	SRA			TAN	SASPO	
315220	Porteirinha	JANAÚBA/ MONTE AZUL	NORTE		SERDI						
315250	Pouso Alegre	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI	SRA			TAN	SASPO	
315280	Prata	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
315340	Presidente Olegário	PATOS DE MINAS	NOROESTE		SERDI						
315390	Raposos	BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETÉ	CENTRO		SERDI						
315400	Raul Soares	PONTE NOVA	LESTE DO SUL		SERDI						
315460	Ribeirão das Neves	BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	CENTRO						TAN		
315490	Rio Casca	PONTE NOVA	LESTE DO SUL		SERDI						
315540	Rio Novo	JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE/ BOM JARDIM MINAS	SUDESTE		SERDI						
315580	Rio Pomba	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
315610	Ritápolis	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI						
315670	Sabará	BH/ NOVA LIMA/CAETÉ	CENTRO		SERDI						
315690	Sacramento	UBERABA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI						
315700	Salinas	Salinas/Taiobeiras	Norte		SERDI						
315780	Santa Luzia	BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	CENTRO			SRA					
315830	Santana da Vargem	TRÊS PONTAS	SUL		SERDI						
315960	Santa Rita do Sapucaí	POUSO ALEGRE	SUL		SERDI						
315980	Santa Vitória	ITUIUTABA	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
315990	Santo Antônio do Amparo	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO/ CAMPO BELO	OESTE							SASPO	
316200	São Gonçalo do Sapucaí	VARGINHA	SUL		SERDI						
316250	São João Del Rei	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI				TAN	SASPO	
316290	São João Nepomuceno	SÃO JOÃO NEPOMUCENO/BICAS	SUDESTE		SERDI						
316370	São Lourenço	SÃO LOURENÇO	SUL	CER	CER	CER					
316470	São Sebastião do Paraíso	SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	SUL		SERDI						
316530	São Vicente de Minas	SÃO JOÃO DEL REI	CENTRO SUL		SERDI						
316540	Sapucaí-Mirim	ITAJUBÁ	SUL		SERDI						
316570	Senador Firmino	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
316720	Sete Lagoas	SETE LAGOAS	CENTRO	CER	CER	CER			TAN	SASPO	
316800	Taiobeiras	SALINAS/TAIOBEIRAS	NORTE		SERDI						
316860	Teófilo Otoni	TEÓFILO OTONI / MALACACHETA / ITAMBACURI	NORDESTE	CER	CER	SRA	SRF	CER	TAN		
316870	Timóteo	CORONEL FABRICIANO/TIMÓTEO	LESTE		SERDI						
316900	Tocantins	UBÁ	SUDESTE		SERDI						
316930	Três Corações	TRÊS CORAÇÕES	SUL		SERDI		SRF		TAN		
316940	Três Pontas	TRÊS PONTAS	SUL	CER	CER	CER					
316960	Tupaciguara	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE		SERDI						
316990	Ubá	UBÁ	SUDESTE		CER	CER	CER		TAN	SASPO	
317010	Uberaba	UBERABA	TRIÂNGULO DO SUL		SERDI	SRA	SRF	SRV	TAN	SASPO	
317020	Uberlândia	UBERLÂNDIA / ARAGUARI	TRIÂNGULO DO NORTE	CER	CER/SERDI	SRA	CER	CER	TAN	CER	

IBGE	MUNICÍPIO	MICRORREGIÃO DE SAÚDE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CER	Intelectual	Auditivo	Físico	Visual	TAN	Ostomia	Implante COCELAR
317040	Unaí	UNAÍ	NOROESTE	CER	CER		CER			CER	
317070	Varginha	VARGINHA	SUL		SERDI		SRF		TAN	SASPO	
317130	Viçosa	Viçosa	Leste do Sul	CER	CER		CER	CER			
317200	Visconde do Rio Branco	UBÁ	SUDESTE		SERDI						

Fonte: Elaboração própria.

Nos últimos anos, investimentos têm sido realizados no sentido de aumentar a cobertura assistencial nas regiões de saúde do Estado, com a habilitação de novos CER. Com a distribuição regional dos serviços especializados em reabilitação mencionados acima, temos atualmente em Minas Gerais 72 regiões de saúde com cobertura assistencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o que representa 93,5% de cobertura do Estado. A Secretaria de Estado de Saúde tem desenvolvido estudos para justificar e pactuar a definição da abrangência de atendimento de cada um destes serviços.

Os esforços continuam sendo no sentido da ampliação desta Rede focada na habilitação e construção de Centros Especializados de Reabilitação, conforme Deliberação CIB-SUS MG nº 1545, de 21 de agosto de 2013, com assistência em mais de uma modalidade de reabilitação, buscando o suprimento de vazios assistenciais ainda existentes e o atendimento integral da pessoa com deficiência, incluindo além da reabilitação, a concessão de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção.

Encontra-se em finalização de construção o CER IV com oficina ortopédica em Três Corações. Está em andamento no MS a proposta de construção de CER II em Patos de Minas.

Como um diferencial da RCPD e com a finalidade de regular, controlar e avaliar os serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o Estado de Minas Gerais, institui, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG 1.272, de 24 de outubro de 2012 e da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014, as Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (JRRCPD). Estas juntas estão sendo formadas por profissionais da saúde, educação e assistências social dos municípios que possuem algum ponto da RCPD/MG, sendo que nos municípios onde não houver serviços desta Rede, os mesmos deverão formalizar quem será a referência municipal para assuntos relacionados à saúde da pessoa com deficiência.

Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA)

O **Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA)** foi concebido diante da necessidade de se planejar e priorizar o foco da assistência à saúde, no acompanhamento dos neonatos de risco e na intervenção precoce, visando à prevenção de deficiências, ao diagnóstico e ao tratamento precoce. Ao identificar sinais iniciais de problemas de desenvolvimento na criança será possível a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em

resposta a terapias são mais significativos quanto mais precocemente instituídos. O PIPA é adotado em quase todos os serviços de reabilitação da deficiência intelectual.

A Intervenção Precoce (IP) é definida como um conjunto de medidas postas a serviço da criança que apresenta transtornos no seu desenvolvimento global. Seu objetivo é garantir ao máximo o desenvolvimento das capacidades físicas, sensoriais e sociais, desde os primeiros momentos de vida, sendo uma prática adotada internacionalmente por diversos profissionais de saúde. Além disso, assegura maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida, além do papel fundamental das experiências de vida de um bebê para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornando este período um momento sensível e privilegiado para intervenções.

O PIPA teve início em 2014 quando as instituições atendiam 3.309 neonatos de risco e hoje já são 20.000 neonatos de risco acompanhados por estes serviços. São 151 Serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado de Minas Gerais, sendo 126 Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI), serviços de modalidade única e 25 Centros Especializados de Reabilitação com modalidade intelectual. A Rede está em expansão, contando com mais 21 serviços de modalidade única como SERDI contratualizados neste mês de setembro de 2019, totalizando 147 SERDI e 172 serviços com modalidade intelectual no Estado de Minas Gerais.

Triagem Auditiva Neonatal (TAN)

Em relação ao componente auditivo da triagem neonatal **(Triagem Auditiva Neonatal)**, atualmente o Estado possui 43 prestadores com contratos assinados entre Termos de Compromisso e Termos de Metas.

A reorganização do Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal e Saúde Auditiva na Infância ocorreu em agosto de 2019, com a publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2980/2019. Nesta deliberação os procedimentos de avaliação foram revistos e atualizados de acordo com recomendações e evidências científicas mundiais. Houve definição de critérios e métodos para credenciamento de novos serviços objetivando cobertura para 100% dos nascidos vivos dependentes do SUS. Atualmente as Regionais estão conduzindo a identificação dos novos prestadores nos territórios para solicitação de credenciamento.

Houve um aporte de R$ 2.430.935,36 proveniente de fonte federal que possibilitará o custeio parcial da TAN, sendo que este recurso já está pactuado na PPI. O estado manterá custeio com incentivo financeiro complementar de R$2.878.976,00 para as instituições que se qualificarem com a compra do equipamento de Potencial Evocado de Tronco Encefálico automático (PEATE-a), que permite a avaliação mais precisa do neonato de risco e a redução do índice de falso positivo.

Houve também um aporte de R$ 1.034.308,00 provindo de fonte federal para procedimentos de monitoramento e avaliação audiológica na infância. Para tanto, foi programado na PPI um recurso para todos os 853 municípios de Minas Gerais.

Política de Atenção Hospitalar do Estado

A Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio da Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, está em fase de elaboração da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Trata-se de uma construção transversal que agrega todas as Subsecretarias e atores externos.

A Política de Atenção Hospitalar tem como foco os usuários do SUS e objetiva qualificar e ampliar o acesso, bem como responder às demandas e necessidades da população mineira mediante organização das redes de atenção e otimização da alocação de recursos nas regiões de saúde. Assim, configura-se como a inflexão entre um modelo centrado no financiamento de estabelecimentos hospitalares para um modelo que visa integrar às Redes de Atenção à Saúde no âmbito dos territórios.

Essa construção é subsidiada pela necessidade de (I) alocação de recursos estaduais de forma equitativa nas Regiões de Saúde; (II) vinculação do repasse dos recursos aos resultados assistenciais passíveis de mensuração; (III) agregação, em um único instrumento, dos recursos hospitalares de programas estaduais; (IV) fortalecimento das Redes de Atenção; (V) recuperação do poder de gestão da Secretaria Estadual de Saúde e (VI) elaboração de uma política hospitalar condizente com o perfil e demandas da população.

Atualmente, há cerca de 480 estabelecimentos hospitalares[3] que prestam serviços para o SUS-MG. Destes, 152 são beneficiários do Pro-Hosp (Mapa 21). Dada a alocação espacial dos estabelecimentos e a atual metodologia de definição dos recursos estaduais alocados nos hospitais beneficiários, há discrepâncias importantes entre as Regiões de Saúde (Mapa 22).

Para além da distribuição equitativa dos recursos, a qualidade do investimento público tem se tornado cada vez mais presente na discussão orçamentária e financeira no âmbito do Governo. É importante fomentar a cultura permanente de avaliação desses investimentos, a qual inclui o monitoramento, a mensuração dos resultados e a análise de impactos das políticas públicas. Destarte, é imperativo que os recursos sejam vinculados a objetivos finalísticos passíveis de mensuração.

A vinculação aos objetivos finalísticos e a avaliação da efetividade dos investimentos perpassam a existência de um instrumento que agregue todos os recursos estaduais que compõem a receita dos estabelecimentos, além da ciência do aporte financeiro federal alocado nos hospitais. Esse é um dos principais avanços almejados para a Política de Atenção Hospitalar que irá contribuir para uma visão sistêmica do complexo hospitalar e para a concepção da Saúde em Redes de Atenção.

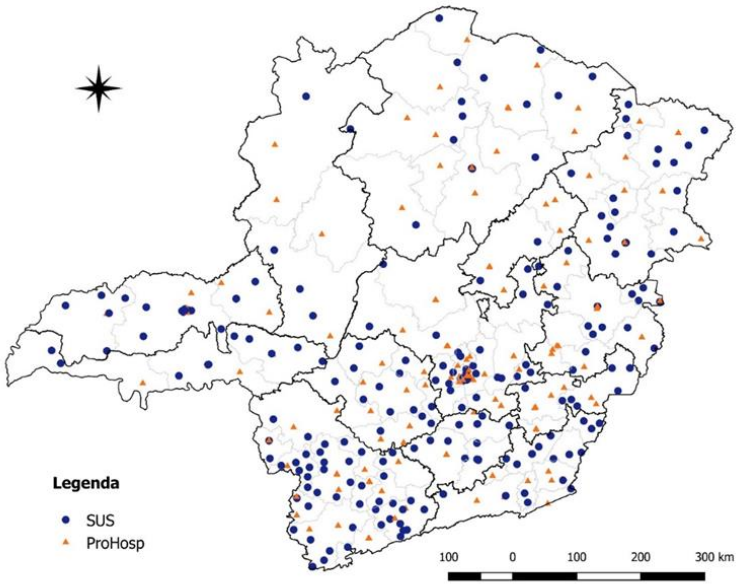
Nesse contexto de alocação de recursos nos territórios, a vinculação a objetivos passíveis de mensuração, acompanhamento sistemático da efetividade dos investimentos e visão sistêmica do

[3] Se considerada a produção apresentada em 2018.

complexo hospitalar, as Redes de Atenção são fortalecidas, recupera-se o poder de gestão do Estado e conseguinte, espera-se uma Política condizente com as demandas da população mineira.

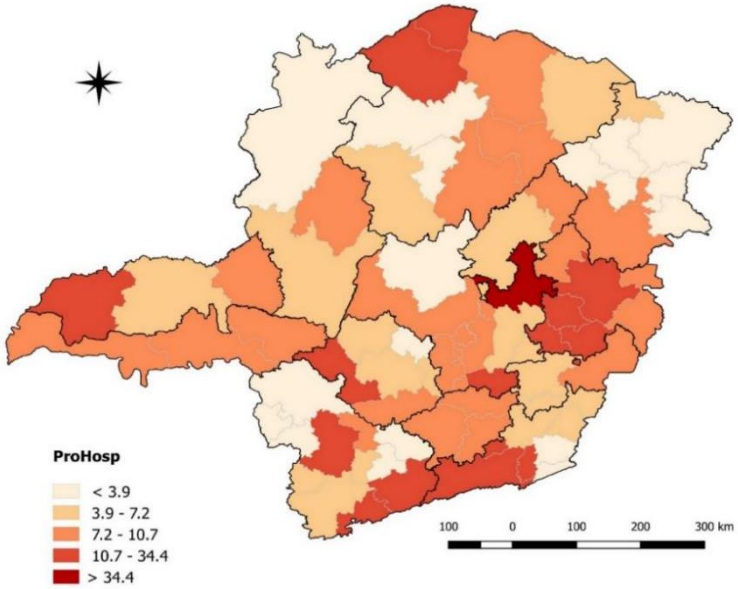
Ressalta-se que, na Saúde, a Política de Atenção Hospitalar é um dos dois projetos da Carteira Estratégica do Governo.

Mapa 21 - Distribuição espacial dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviços para o SUS-MG



Fonte: MS/DATASUS/SIH-SUS e SES-MG/SUBPAS/SRAS/DAHUE/CGH.

Mapa 22 - Distribuição per capita dos recursos do Pro-Hosp (Incentivo e Gestão Compartilhada) nas Regiões de Saúde



Fonte: Elaboração própria.

O Modelo de Construção

A Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais está sendo desenvolvida em três módulos: (I) Hospitais de Pequeno Porte (HPP); (II) Hospitais de relevância micro e macrorregional e (III) Política Estadual das Cirurgias Eletivas. A concepção da Política de Atenção Hospitalar em módulos é uma resposta à complexidade do sistema de saúde, heterogeneidade do perfil dos estabelecimentos hospitalares e demandas/necessidades identificadas no processo de construção do modelo.

Essa concepção em módulos emergiu durante a elaboração do diagnóstico situacional, que, dentre outras coisas, identificou que:

I. Cerca de 50% dos estabelecimentos hospitalares são classificados como "Hospitais de Pequeno Porte" (leitos totais < 50 leitos);

II. A Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é inversamente relacionada ao número de leitos;

III. A Taxa de Ocupação é diretamente associada ao número de leitos;

IV. Parte significativa dos recursos da Estratégia das Eletivas do MS é consumida por cirurgias de catarata;

V. A estimativa é que a fila das eletivas ultrapasse 400 mil pessoas.

Assim, tem-se:

Figura 10 - Módulos de desenvolvimento da Política de Atenção Hospitalar

Hospitais de Pequeno Porte	Hospitais de relevância micro e macrorregional	Política Estadual das Cirurgias Eletivas
• Compõem cerca de 50% do complexo Hospitalar; • Proposta: vocacionalizar os estabelecimentos de acordo com o que realizam e sua potencialiade para as Redes de Atenção.	• Hospitais que contribuem para a resolubilidade das Microrregiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde; • Estima-se ≈ 170 estabelecimentos hospitalares; • Proposta: delimitar sua função nas Redes de Atenção e vincular recursos a resultados assistenciais.	• Política Estadual das Cirurgias Eletivas; • Contempla parte das demandas não resolvidas na Rede (70 procedimentos prioritários); • Objetiva reduzir as filas e processos judicializados.

Fonte: Elaboração própria.

Os Hospitais de Pequeno Porte (leitos totais < 50 leitos) possuem grande relevância no complexo hospitalar de Minas Gerais - atualmente correspondem a cerca de 50% do total de hospitais que prestam serviços para o SUS-MG. A proposta é vocacionar estes hospitais, a partir do seu perfil e assistência prestada, ou seja, a partir da sua relevância para a sua Microrregião de Saúde. A proposta está em consonância com o que vem sendo realizado pelo MS que está em processo de reformulação da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte.

Os Hospitais de relevância micro e macrorregionais são os hospitais identificados como estratégicos para as Redes de Atenção à Saúde, sendo considerados resolutivos (ou potencialmente), agregando valor às políticas de saúde desenvolvidas no âmbito do Estado. Estima-se que este conjunto seja composto por cerca de 170 hospitais.

Mesmo com reestruturação da Atenção Hospitalar (resultado almejado com os dois módulos anteriores) é esperado que parte das demandas não sejam absorvidas pela Rede – demandas estas que compõem parte dos processos judicializados e/ou estão na fila de espera. Adicionada à impossibilidade de absorver toda a demanda, há a necessidade identificada de "girar" a fila de espera das cirurgias eletivas. Nesse sentido, é previsto um módulo destinado à Política Estadual das Cirurgias Eletivas, com o objetivo reduzir as filas de espera por cirurgias. Inicialmente, foram identificados 70 procedimentos prioritários (procedimentos com alta frequência e maior).

Percurso Metodológico

Para o alcance dos objetivos propostos pela Política de Atenção Hospitalar foi traçado percurso metodológico com etapas e atividades definidas. A primeira etapa compreende o diagnóstico das condições de saúde da população, com enfoque na atenção hospitalar. Na segunda fase são

levantadas informações sobre os fluxos de atendimento, segundo especialidade e complexidade, além da identificação de vazios assistenciais. O mapeamento dos estabelecimentos de saúde da atenção secundária e terciária e a tipificação dos estabelecimentos hospitalares são atividades definidas para a terceira etapa. A quarta etapa é constituída pela elaboração da metodologia de alocação de recursos nas Regiões de Saúde e, finalmente, a quinta etapa agrega as etapas anteriores ao vincular os recursos aos resultados assistenciais desejados (Figura 11).

Figura 11 - Etapas da construção da Política Hospitalar

Fonte: Elaboração própria.

A primeira e a segunda fases foram concluídas e em breve os resultados serão disponibilizados – entende-se que se trata de um importante produto institucional que irá subsidiar não apenas a Política de Atenção Hospitalar, mas as atividades desenvolvidas no âmbito da SES-MG.

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental, urgências pediátricas, urgências obstétricas entre outras), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a contemplar as diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência e emergência. Assim, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica.

A atenção às urgências vem se apresentando como pauta fundamental e prioritária, tanto para a união, os estados e os municípios, justificada pela magnitude dos problemas nesta área e pela necessidade de intervenção para a melhoria do atendimento. A política preconiza que a atenção às

urgências deve fluir em todas as instâncias do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas, passando pelas atenções pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar.

Nesse sentido, o MS, por meio da Portaria Consolidada nº 3/2017 estabeleceu como componentes da Rede de Atenção às Urgências:

I. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II. Atenção Básica em Saúde;

III. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV. Força Nacional de Saúde do SUS;

V. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VI. Hospitalar;

VII. Atenção Domiciliar.

A Resolução SES-MG nº 6.714/2019 estabeleceu que a Rede Regional de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais é composta por:

I. Atenção Primária em Saúde;

II. Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h);

III. Pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua tipologia e função na Rede;

IV. Leitos de Retaguarda da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;

V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional;

VI. Componente de Atenção Domiciliar;

VII. Complexo regulador como instrumento de comando na resposta às demandas de urgência, sendo que à regulação de urgências do SAMU caberá a coordenação das ações, apoiada pelas demais centrais de regulação do complexo;

VIII. Comitê Gestor Regional das Urgências e Emergências.

Os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências devem atuar de forma universal, realizando o Acolhimento com Classificação de Risco, possuindo como premissa a regionalização, a humanização e a regulação de acesso.

Plano de Ação Regional (PAR)

Em conformidade com o MS, o **Plano de Ação Regional (PAR)** da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. O PAR deve apresentar um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às Urgências e Emergências em uma determinada microrregião de saúde, bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar os problemas identificados.

A seguir apresenta-se o status dos Planos de Ação Regionais da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Minas Gerais:

Quadro 10 - Status PAR – Minas Gerais, novembro 2019

Macrorregião de Saúde	PAR aprovado pelo MS	Portaria GM/MS
Sul	Sim	Portaria nº 3.039 de 27/12/16
Sudeste	Sim	Portaria nº 1.790 de 25/8/14
Nordeste-Jequitinhonha	Sim	Portaria nº 1.683 de 8/8/14
Centro Sul	Sim	Portaria nº 1.789 de 25/8/14
Norte	Sim	Portaria nº 2.008 de 13/9/12
Centro	Sim	Portaria nº 3.062 de 21/12/11
Oeste	Sim	Portaria nº 764 de 30/4/19
Noroeste	Não	Em diligência na SES-MG, previsão de encaminhamento para o MS em dezembro de 2019
Triângulo do Norte	Não	Encaminhado ao MS para avaliação em Novembro de 2019
Leste	Não	Encaminhado ao MS para avaliação em Novembro de 2019
Leste do Sul	Não	Em elaboração pela SES-MG
Triângulo do Sul	Não	Em elaboração pela SES-MG

Fonte: Elaboração própria.

UPA 24h

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 3 de outubro de 2017, as UPA 24h são caracterizadas como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articuladas com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências.

As UPA 24h Novas são UPA 24h construídas com recursos de investimento federal. As UPA 24h Ampliadas são UPA 24h construídas a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica, Pronto Atendimento, Pronto Socorro

Especializado, Pronto Socorro Geral e Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

O financiamento do programa UPA 24h é tripartite, sendo que o incentivo financeiro estadual de custeio mensal corresponde a 25% do valor de custeio mensal repassado pelo MS. Atualmente, o Estado de Minas Gerais é contemplado por 61 UPA 24h, conforme Resolução SES-MG nº 6.407/2018.

Quadro 11 - Quantidade de UPA 24h por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	UPA 24h
Centro	30
Centro Sul	2
Leste	3
Leste do Sul	1
Nordeste	1
Noroeste	2
Norte	2
Oeste	7
Sudeste	3
Sul	5
Triângulo do Norte	2
Triângulo do Sul	3
Jequitinhonha	0
TOTAL	**61**

Fonte: Resolução SES-MG nº 6.407/2018.

Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências

De acordo com a Resolução SES-MG nº 6.714/2019, o Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências se configura como uma iniciativa estadual com o objetivo de fortalecer as Portas de Urgência e Emergência por meio de incentivo financeiro complementar às equipes assistenciais dos Hospitais e serviços equivalentes aos Hospitais. Esse Programa conta com incentivo mensal exclusivamente de fonte estadual e tem como objetivo o custeio das equipes assistenciais que prestam atendimento direto às Urgências e Emergências.

Em conformidade com a Resolução SES-MG nº 6.713/2019, o Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências possui 164 beneficiários, em 9 RAS, com cobertura de 84% da população do Estado de Minas Gerais.

Quadro 12 - Quantidade de Hospitais do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	Quantitativo de Hospitais
Centro	20
Centro Sul	12
Leste	23

Nordeste/Jequitinhonha	26
Norte	20
Oeste	18
Sudeste	19
Sul	26
TOTAL	**164**

Fonte: Resolução SES-MG nº 6.713/2019.

Programa de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência (PROURGE)

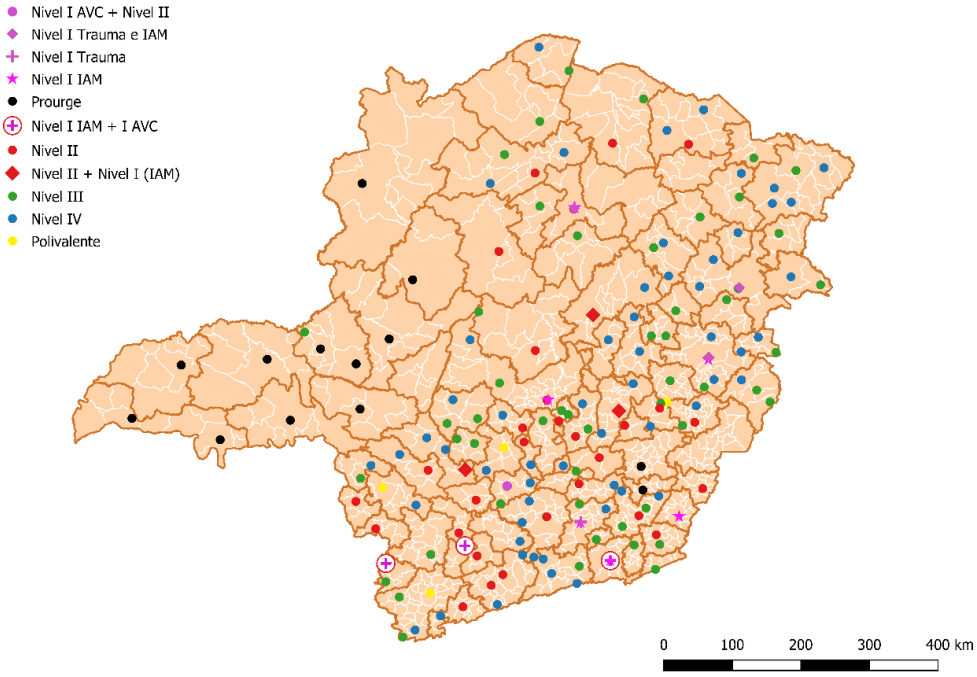
O **Programa de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência/PROURGE** tem como objetivo organizar a Rede de Resposta às Urgências no âmbito do Estado de Minas Gerais (Resolução SES-MG nº 6.714/2019).

Quadro 13 - Quantidade de Hospitais do PROURGE por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	Quantitativo de Hospitais
Leste do Sul	2
Triângulo do Norte	4
Triângulo do Sul	4
Noroeste	3
TOTAL	**13**

Fonte: Resolução SES-MG nº 6.527/2018.

Mapa 23 - Hospitais pertencentes ao Rede Resposta e PROURGE segundo Tipologia



Fonte: Elaboração própria com base em resoluções estaduais.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)** é um dos componentes da Rede de Urgência e Emergência sendo caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados. Sua atuação na Rede de Urgência e Emergência visa promover a redução do período de permanência de usuários internados no hospital por meio da desospitalização precoce e a redução da demanda por atendimento hospitalar, a partir da desupalização de pacientes com necessidade de internação. Essa ação possibilita maior giro de leitos e otimização de recursos em saúde.

Atualmente esse Programa é financiado tanto por fonte federal quanto municipal. O Estado de Minas Gerais conta com 111 equipes atualmente habilitadas pelo MS.

Quadro 14 - Quantidade de Equipes do SAD por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	UPA 24h
Centro	55
Centro Sul	2
Leste	2
Leste do Sul	0
Nordeste/Jequitinhonha	4
Noroeste	0
Norte	17
Oeste	4
Sudeste	7
Sul	6
Triângulo do Norte	11
Triângulo do Sul	3
TOTAL	**111**

Fonte: Elaboração própria.

Leitos de Retaguarda (Clínicos, UTI Adulto e Pediátrico, Cuidados prolongados) e Linhas de Cuidado (Traumatologia, Cardiovascular e Cerebrovascular)

Segundo a Portaria de Consolidação nº 03/2017, o Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. O recurso de incentivo dos leitos de retaguarda são fonte federal. No entanto, a Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências realiza o monitoramento dos leitos com o intuito de fortalecer a Rede de Atenção às Urgências no Estado.

O MS afirma ainda que a Rede de Atenção às Urgências deve se organizar considerando as Linhas de Cuidados Prioritárias de Traumatologia, Cardiovascular e Cerebrovascular (Portaria de Consolidação nº 3/2017), tendo em vista o perfil de morbimortalidade.

Para conhecimento, segue o quantitativo dos leitos de retaguarda qualificados na Rede de Atenção às Urgências.

Quadro 15 - Quantidade de Leitos de Retaguarda no Estado de Minas Gerais

Leito de Retaguarda	Quantidade de Leitos
Cuidados Prolongados	280
UTI Adulto tipo II	914
UTI Adulto tipo III	20
Leitos Clínicos	1.450
UTI Coronariana	35
UTI Pediátrica tipo II	33
UTI Pediátrica tipo III	13
Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral)	127

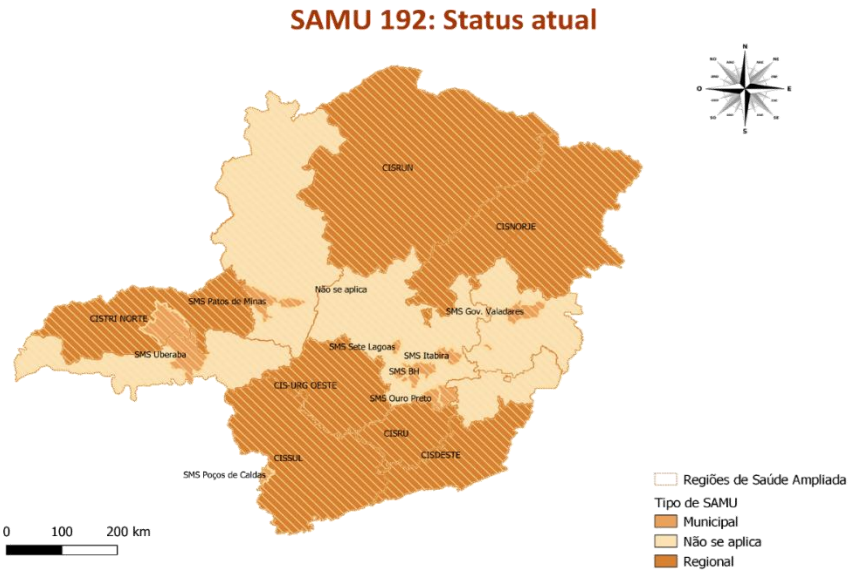
Fonte: Elaboração própria.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Com relação ao SAMU 192 Regional, acionado gratuitamente pelo número 192, que tem por objetivo chegar precocemente à vítima após a ocorrência de um agravo à sua saúde, em qualquer lugar, destaca-se que o Estado vem investindo sistematicamente na ampliação da cobertura juntamente com os municípios e o governo federal. Na lógica de implantação do componente SAMU 192 Regional, a Macrorregião de Saúde Oeste foi implantada em 2017 e Triângulo do Norte implantada em 2018, com uma Central de Regulação nos municípios de Divinópolis e Uberlândia, respectivamente.

Em julho de 2018, inaugurou-se o SAMU 192 Regional no Triângulo do Norte, garantindo assim o acesso de mais de 10.099.068 de habitantes residentes nas regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais. Com isso, a cobertura deste serviço para população mineira passou para 64,36%, além de ampliar a frota que, atualmente, conta com 42 Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) (também conhecida como UTI Móvel) e 180 Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), bem como veículos que foram renovados e que estão como reserva técnica. O Mapa 24 ilustra a atual cobertura do SAMU 192 Regional em Minas Gerais.

Mapa 24 - Cobertura do SAMU 192 em Minas Gerais



Fonte: Elaboração própria.

Com o objetivo de garantir 100% de cobertura do território mineiro até o ano 2022, o Estado tem trabalhado em duas vertentes, regionalizando os SAMU 192 Municipal já existentes e implantando o SAMU 192 Regional nas regiões que ainda não possuem o serviço. Para ambos, têm sido realizadas ações imprescindíveis para concretização dos projetos.

Na Macrorregião de Saúde Centro, o trabalho tem se concentrado no sentido de ampliar o acesso de 4.642.755 para 6.480.169 de habitantes. Na mesma perspectiva, o SAMU 192 Municipal de Governador Valadares e o de Ipatinga também estão em processo de regionalização, buscando aumentar a cobertura dos referidos serviços para todos os 1.532.984 de habitantes que residem na Macrorregião de Saúde Leste. As Regiões Ampliadas de Saúde Noroeste, Triângulo do Sul e Leste do Sul também estão em processo de alinhamento para iniciar as implantações, e já contam com projeto aprovado, Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde criados e acompanhamento técnico contínuo para realização de todas as ações inerentes ao projeto de implantação.

Além do transporte pré-hospitalar móvel terrestre, o Estado conta com 3 aeronaves de asas rotativas (helicópteros), cujos atendimentos à saúde são realizados através da parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e os profissionais do SAMU 192 (médicos e enfermeiros). Além do helicóptero já existente (EC 145) com base em Belo Horizonte, o Sul de Minas, o Triângulo do Sul e o Norte também passam a contar com o serviço, ampliando assim o acesso aos usuários do SUS.

Concomitante ao aumento da cobertura do SAMU 192 Regional, tem-se realizado ações estratégias para garantia da manutenção dos componentes já existentes e a prestação de serviços com qualidade, como ampliações do SAMU 192 Regional do Norte de Minas 5 USB e 3 USA, ampliação da RAS Centro-Sul com 1 USA e a ampliação da RAS Nordeste/Jequitinhonha com 8 USB e 1 USA; e novas estratégias gerenciais para monitoramento e avaliação do serviço, revisão dos Regimentos Internos dos Comitês Gestores Regionais da RUE.

AS POLÍTICAS E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO SUS/MG 2020-2023

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída e aprovada pela Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018, em seu Art. 2º, parágrafo 1º:

> [...] entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.
> (BRASIL, 2018)

A Subsecretaria de Vigilância em Saúde, levando em conta este papel no SUS e os diversos fatores de risco à saúde humana, estabeleceu agenda que visa efetivar esta visão estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) de forma a cumprir seu papel na redução e/ou minimização do impacto negativo dos determinantes e condicionantes nas condições de vida (situação de saúde) dos mineiros, tendo em vista a necessidade de se consolidar uma política de atuação com foco no aperfeiçoamento da sensibilidade e resposta dos territórios de forma coordenada, ativa e eficaz, atuando nas causas em detrimento dos efeitos e resgatando fundamentos da integralidade da saúde junto à política das redes de atenção.

Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de Redes de Vigilância que articulem políticas e programas historicamente fragmentados, em consonância com a Resolução nº 588/2018, do Conselho Nacional de Saúde:

> A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.
> (BRASIL, 2018)

Como estratégia a Subsecretaria de Vigilância em Saúde propõe a criação do Centro de Mineiro de Controle de Doenças, Pesquisa e Vigilância em Saúde (CMC), concomitante à implantação das redes de vigilância em saúde. O CMC seria a unidade administrativa responsável pela aglutinação destes esforços fragmentados, materializando o controle integral da linha de cuidado, dos agravos de interesse da vigilância epidemiológica, bem como o controle de doenças infecciosas sazonais, emergentes, reemergentes e importadas; por meio da oferta de serviços de diagnóstico e recuperação de saúde; pela atuação em prol da prevenção dos fatores de risco associados a tais doenças; por meio da atuação coordenada com demais atores, instâncias e localidades responsáveis pela vigilância em saúde, em consonância às políticas públicas aplicáveis.

Esta estrutura administrativa seria, portanto, responsável pelo matriciamento do controle de doenças em saúde para agravos de interesse epidemiológico; pela oferta e matriciamento das atividades laboratoriais de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador;

pela organização, matriciamento e operacionalização das ações que demandem resposta rápida por parte da vigilância em saúde na contenção de danos e na prevenção de fatores de risco inerentes à saúde humana. Nesse sentido, o CMC será responsável pelo matriciamento das redes de vigilância em saúde, também em consonância às políticas públicas aplicáveis.

REDE DE GERENCIAMENTO DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE HUMANA

A Rede de Gerenciamento de Risco e Proteção à Saúde Humana objetiva a adoção de estratégias de intervenção sobre danos, riscos e fatores determinantes dos problemas de saúde, assim como a execução de ações de investigação e controle de doenças. Serão, portanto, adotadas estratégias de qualificação das fontes geradoras de dados e de fomento à disseminação das informações visando subsidiar a análise de risco à saúde humana, bem como a elaboração de políticas públicas de saúde e ações de intervenção oportuna e assertiva.

Nesse sentido, a Rede de Gerenciamento de Risco e Proteção à Saúde Humana será fomentada e implementada por meio da atuação concomitante da vigilância epidemiológica e sanitária com vistas à tomada de decisões qualificadas mediante situações de risco à saúde humana.

Ressalta-se que a atuação da vigilância sanitária está diretamente relacionada ao gerenciamento do risco, ao envolver ações com o objetivo de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. Especificamente tratando-se do risco sanitário, entendido como a propriedade de uma atividade, serviço ou substância de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, considera-se que as ações da vigilância sanitária perpassam o ciclo de gerenciamento de riscos, envolvendo a identificação, análise, avaliação, resposta e tratamento desses riscos.

A vigilância epidemiológica, por sua vez, atua no gerenciamento de risco na medida em que exerce vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças. Tais esforços são consubstanciados por meio de análise de situação de saúde, da manutenção de programas e políticas de saúde pública; bem como pelo fomento de serviços, tais como o Serviço de Verificação de Óbitos, Saúde do Trabalhador e imunização.

A Rede de Gerenciamento de Risco e Proteção à Saúde Humana propõe, portanto, o fortalecimento da vigilância em seu aspecto mais tradicional, ou seja, qualificação dos painéis de situação em saúde elaborados para prevenção, detecção, tratamento dos agravos transmissíveis e monitoramento de agravos não transmissíveis, observando e atuando sobre os fatores de riscos determinantes à saúde através de gerenciamento do território e análise das informações.

REDE DE VIGILÂNCIA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS

A Rede de Vigilância às Condições Crônicas Transmissíveis objetiva monitorar e assistir as pessoas portadoras de condições crônicas transmissíveis, por meio da ampliação do escopo dos serviços de atenção especializada em HIV, passando a incluir outras afecções crônicas transmissíveis, em caráter regional. Tal iniciativa visa a redução da morbimortalidade e a disseminação da doença, por meio da detecção precoce dos casos, pela adoção de medidas de prevenção, controle e monitoramento.

Atualmente, as condições crônicas transmissíveis representam um grande problema de saúde pública. Dessa forma, tais condições requerem a articulação intra e intersetorial, visando a redução da carga de tais doenças, a interrupção da cadeia de transmissão, a otimização dos recursos disponíveis para o desenvolvimento de intervenções adequadas e efetivas, e consequentemente, melhoria e ampliação do acesso da população aos serviços do SUS-MG.

Assim, a implantação de uma Rede de Vigilância às Condições Crônicas Transmissíveis em Minas Gerais, visa à promoção do desenvolvimento regional e à implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências. Para tanto, serão estabelecidos serviços de vigilância, matriciamento e atendimento especializado, com escopo de atuação ampliado e integrado para as infecções crônicas transmissíveis, tendo como foco as demais infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase e leishmaniose.

REDE DE VIGILÂNCIA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Emergências em saúde pública caracterizam-se como situações que demandam o emprego imediato de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública decorrente de causas epidemiológicas, desastres naturais, ambientais, antropogênicos e tecnológicos.

Conforme o Regulamento Sanitário Internacional vigente, a implementação de ações de controle e prevenção oportunas para os agravos transmissíveis com relevância em saúde pública só é possível a partir da notificação imediata diante da suspeita, seguida da identificação dos fatores de risco, da adoção de medidas de contenção e, ainda, da elucidação do agente responsável em tempo hábil. Para tanto, é fundamental a integração entre os setores público e privado, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Ministério da Saúde (MS) e, quando pertinente, organizações de saúde internacionais.

Nesse contexto, a construção de uma Rede de Vigilância às Emergências em Saúde Pública objetiva a ampliação da capacidade de antecipação de respostas a situações de emergência em saúde pública por meio da coordenação da preparação e oferta de respostas; articulação dos diversos atores responsáveis pela vigilância em saúde; pela atuação oportuna e qualificada das unidades regionais de saúde, por meio do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada (EpiSUS); bem como pelo fortalecimento dos laboratórios de saúde pública, composição de uma força estadual e organização da rede assistencial.

A estruturação de uma rede de resposta rápida e coordenada pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e articulada pelo o CMC se propõe a atuar nas emergências de saúde pública por meio do aperfeiçoamento da tecnologia de informação, dos recursos humanos, da agilidade de comunicação e resposta rápida e eficaz, e da ampliação da capacidade do Estado de Minas Gerais na atuação precoce em emergências epidemiológicas, de forma a manter a capacidade de gestão das demais áreas da saúde.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária objetiva planejar, fomentar e implementar o desenvolvimento de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde.

Atualmente, as ações que visam contribuir para se atingir os objetivos da vigilância sanitária são:

I. **Licenciamento Sanitário Simplificado**: a ação objetiva proporcionar maior agilidade nos processos de licenciamento das empresas sujeitas ao controle sanitário. Abrange a emissão automática de alvará sanitário para estabelecimentos de baixo risco sanitário sem que seja necessária inspeção prévia, a partir da implementação do Sistema de Licenciamento Sanitário Simplificado, em parceria com a Junta Comercial do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios (REDESIM). Contempla, ainda, o desenvolvimento e implantação de sistema de informação em Vigilância Sanitária para cadastro integrado dos estabelecimentos regulados; e o peticionamento eletrônico de alvará sanitário dos serviços classificados como alto risco sujeitos ao licenciamento pelo Estado. Tal iniciativa fomenta o empreendedorismo e desenvolvimento de negócios com vistas à redução da informalidade.

II. **Avaliação de projeto arquitetônico:** a ação objetiva verificar se os projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário classificados como alto risco estão em conformidade com os critérios e normas estabelecidas para cada tipo de estabelecimento, visando minimizar riscos sanitários associados a uma estrutura física inadequada. Os estabelecimentos sujeitos a controle sanitário classificados como alto risco tem seus projetos para construção, ampliação, reforma ou adequação analisados de acordo com a legislação sanitária vigente, e a aprovação é critério essencial para o licenciamento desses estabelecimentos, salvo as condições especificadas em legislação. Tal avaliação contempla os processos encaminhados ao setor, orientação aos proponentes, gestores, arquitetos e engenheiros civis, auxiliando no planejamento da estrutura física adequada das redes assistenciais de saúde pública e privada, contribuindo para a adequada prestação de serviços de saúde à população.

III. **Inclusão Produtiva:** a ação visa a habilitação sanitária dos empreendimentos da agricultura familiar, dos microempreendedores individuais e da economia solidária em conformidade com a RDC Nº 49, de 31 de outubro de 2013. Desta forma, esses três setores têm a possibilidade de se regularizarem e serem incluídos no mercado formal, o que acarreta maior dinamismo da economia local, gerando desenvolvimento social e econômico. Além disso, essa regularização potencializa as compras, por parte do Estado, de produtos da agricultura familiar, atendendo aos critérios para as compras institucionais que determinam que pelo menos 30% dos alimentos comprados sejam provenientes desse setor.

IV. **Segurança do Paciente:** atualmente, os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde. Por isso, a ação Segurança do Paciente objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Envolve os estudos e práticas para a diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente. A Segurança do Paciente envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

V. Monitoramento da qualidade de produtos, serviços e saúde ambiental: a ação Monitoramento da Qualidade de Produtos e Serviços Sujeitos ao Controle Sanitário é realizado um monitoramento estratégico para o controle sanitário e para o gerenciamento de riscos decorrentes dos produtos e de sua produção ou circulação, assim como dos riscos advindos da prestação dos serviços de saúde. As ações são realizadas em conjunto pelas vigilâncias sanitárias estadual e municipais, laboratórios públicos e outros órgãos e em entidades parceiros. Os produtos e serviços com a qualidade monitorados no estado de Minas Gerais incluem os alimentos (PROGVISA); resíduos de agrotóxicos em alimentos (PARA-MG); medicamentos, cosméticos, saneantes, produtos para a saúde e insumos (PROGMEC); água para hemodiálise (PROGDia); equipamentos de mamografia (PECQMamo); e relatórios de levantamento radiométrico e testes de constância (RadioVisa). O PROGVISA objetiva monitorar a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos expostos à venda no Estado de Minas Gerais. O PARA-MG tem o objetivo de avaliar os resíduos de agrotóxicos nos alimentos de origem vegetal (hortifrutigranjeiros, cereais e polpas de frutas. O PROGMEC envolve o monitoramento de medicamentos, cosméticos, saneantes, produtos para saúde e insumos disponibilizados no estado e consiste em um conjunto de ações de fiscalização, compreendendo a coleta de amostras, realização de análise fiscal, avaliação do risco e procedimentos administrativos para identificação de produtos não-conformes e irregulares no mercado. O PROGDia avalia o padrão de qualidade da água tratada utilizada pelos serviços de diálise do Estado de Minas Gerais, verificando se as características microbiológicas e físico-químicas da água estão de acordo com os parâmetros estabelecidos por legislações específicas, sendo que este programa é imprescindível para promoção e proteção da saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica, por meio da prevenção de infecções e doenças causadas por contaminação da água para hemodiálise. O PECQMamo é uma importante ferramenta de gerenciamento da qualidade da mamografia, auxiliando no diagnóstico precoce do câncer de mama através do monitoramento da qualidade técnica dos mamógrafos instalados nos serviços de mamografia públicos e privados do estado de Minas Gerais, por meio da avaliação da imagem radiográfica de um simulador de mama. O Programa RadioVISA objetiva garantir a qualidade dos relatórios de testes de constância e levantamento radiométrico realizados por profissionais e empresas licenciados que realizam estes testes em ambientes e equipamentos que utilizam raio X. Devido à alta especificidade técnica dos testes de cada área correlata, faz-se necessário uma padronização dos relatórios emitidos, de forma

a garantir a qualidade dos serviços prestados e a confiabilidade dos testes, minimizando os riscos no uso das tecnologias empregadas. Além disso, há o monitoramento dos serviços de interesse da saúde, serviços de sangue, outras células, tecidos e órgãos. No âmbito da saúde ambiental são monitorados, dentre outros objetos, a qualidade da água, do solo e do ar, a partir das diretrizes nacionais dos programas Vigiagua, Vigisolo e Vigiar.

VI. **Institucionalização de Práticas Avaliativas:** a ação objetiva a incorporação de processos e práticas de monitoramento e avaliação das ações de regulação e vigilância sanitária à governança organizacional da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio de um projeto-piloto, validando uma modelagem de avaliação aplicável ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de modo a promover a gestão estratégica da vigilância sanitária baseada em evidências.

VII. **Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade:** a ação contempla as ações que visam subsidiar a qualificação da ação de vigilância sanitária na perspectiva do planejamento e da gestão da qualidade, por meio da elaboração de documentos e estratégias norteadoras que contribuam para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações, no âmbito do projeto-piloto "Guia para implantação de Sistema de Gestão da Qualidade no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)", sob coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Além disso, envolvem as ações já desenvolvidas de capacitação da qualidade das áreas técnicas; a coordenação das atividades de auditorias internas e externas, nacionais e internacionais; a harmonização e controle de documentos da qualidade com o SNVS.

VIII. **Acolhimento e tratamento de Denúncias:** a Investigação de Denúncias/Reclamações é um dos serviços prestados pela Vigilância Sanitária, com interface mais direta com a população. Visando padronizar a forma de acolhimento das denúncias, a Superintendência de Vigilância está direcionando as demandas relativas a denúncias para o 136: Disque Saúde. Serviço de atendimento à população do MS, por meio do qual a denúncia é encaminhada mais rapidamente ao Ente do SNVS responsável direto pela apuração da demanda.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, V *et al*. **Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study**, 2015.

AZEVEDO, R S *et al*. **Risco do chikungunya para o Brasil**. Rev. Saúde Pública, p. 49-58 2015.

BACCHIERI, G; BARROS, A. **Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados.** Rev. Saúde Pública vol.45 no.5. São Paulo Oct. 2011. Epub Sep 16, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Resolução CNS n. 196, 12 jul. 2018. Brasília, 2018.

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. Brasília: Planalto, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.598, de 3 de dezembro de 2007**. Estabelece diretrizes e procedimentos para a simplificação e integração do processo de registro e legalização de empresários e de pessoas jurídicas, cria a Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM. [*S. l.*], 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11598.htm. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

CAMPOS KB, Amâncio FF, de Araújo VEM, Carneiro M. **Factors associated with death from dengue in the state of Minas Gerais, Brazil: historical cohort study**. Trop Med Intern Health 2015; 20(2): 211-8.

EIRD. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de Las Naciones Unidas (EIRD/ONU). **Marco de Acción de Hyogo 2005- 2015**. Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres: introducción al Marco de Acción de Hyogo.2005.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central**. Isabel Cristina Martins Emmerick, 2011.

LIMA, Luciana Dias de *et al*. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7): p. 1903-1914, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

MAIA, Lenira de Araújo *et al.* **Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos para a administração pública: A experiência do SUS-MG.** In Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília, DF, Brasil, 4, 2011.

MALTA, B *et al*. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil** – Pesquisa Nacional de Saúde, REV BRAS, 18 SUPPL 2: 3-16. EPIDEMIOL DEZ 2015.

MARIN, Nelly, LUCIA, Luiza Vera, OSORIO-DE CASTRO, Cláudia G. Serpa, MACHADO-DOS SANTOS, Silvio. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. 2003.

MENDES. Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from SciELO Books.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 45.015, de 19 de janeiro de 2009**. Regulamenta a designação de servidor para as funções de autoridade sanitária, a Função Gratificada de Regulação da Assistência à Saúde - FGR, a Função Gratificada de Auditoria do SUS - FGA e os prêmios de produtividade de vigilância sanitária - PPVS e de vigilância epidemiológica e ambiental - PPVEA. [*S. l.*], 2009. Disponível em: https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?num=45015&ano=2009&tipo=DEC. Acesso em: 18 dez. 2019.

MINAS GERAIS. **Lei Delegada nº 174, de 26 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre o Grupo de Direção e Assessoramento do Quadro Geral de cargos de provimento em comissão e as funções gratificadas da Administração direta do Poder Executivo, e dá outras providências. [*S. l.*], 2006. Disponível em: https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=ldl&num=174&ano=2007. Acesso em: 18 dez. 2019.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019**. Estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado. Belo Horizonte: Diário do Executivo, [2019]. Disponível em: http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/handle/123456789/220136. Acesso em: 18 dez. 2019.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 13.317, de 24 de setembro de 1999**. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. [*S. l.*], 1999. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LEI_13317.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/rfm/>. Acesso em: 23 jun. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Guia de vigilância em saúde: volume único [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível: <

http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf >. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil), SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf >. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Guia de vigilância em saúde: volume único [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível: < http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral dos Programas Nacionais de **Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo Aedes**
. 2ª edição – 2017 – Versão eletrônica. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya: manejo clínico** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf >. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: **Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014** [recurso eletrônico] – Brasília. Ministério da Saúde, 2017. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Força Nacional do SUS**. Brasília, 2017. Disponível: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/693-acoes-e-programas/40037-forca-nacional-do-sistema-unico-de-saude> . Acesso em: 10 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Contingência para Emergência em Saúde**

Pública por Inundação – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível: < http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf >. Acesso em: 21 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito: resumo** / Organização Mundial da Saúde. 73p.: il, 2012.

OSANAI, Carlos H. et al. **Surto de dengue em Boa Vista, Roraima (nota prévia)**. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 25, n. 1, p. 53-53, jan./fev. 1983.

PEREIRA, Darlan Venâncio Thomaz *et al*. **O processo de governança regional em saúde no SUS/MG: desafios e reflexões.** In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. A agenda da saúde pública em Minas Gerais: aprendizados, legados e desafios. /Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Bruno Reis de Oliveira (org.); José Geraldo de Oliveira Prado (org.); Tiago Lucas da Cunha Silva (org.). – Belo Horizonte: ESP-MG, 2014.

PERIAGO, M; GUZMÁN M. **Dengue y dengue hemorrágico en las Américas**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(4), 2007

PNAUM. **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil** – PNAUM, 2016. Disponível em: http://rebrats.saude.gov.br/noticias/322-pesquisa-nacional-sobre-acesso-utilizacao-e-promocao-do-uso-racional-de-medicamentos-no-brasil-pnaum. Acesso em: 02 mai. 2019.

PUPO, Guilherme Daniel *et al.* **A Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. WHO. OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838>. Acesso em: 02 mai. 2019.

RIBEIRO, Patrícia Tavares *et al*. **Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(4): p.1075-1084, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf >. Acesso em: 28 out. 2019.

RIGAU PEREZ, J.G., et al. (1998**) Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever**. Lancet, 352, 971-977. Disponível: < http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(97)12483-7 >. Acesso em: 22 nov. 2019.

WHO (World Health Organization Dengue) - 1**. diagnosis. 2. Dengue - therapy. 3. Dengue - prevention and control. 4. Endemic Diseases - prevention and control. 5. Fluid therapy. 6. Diagnosis, differential. 7. Disease outbreaks - prevention and control. 8. Mosquito control. 9. Guidelines**, 2009.

WHO (World Health Organization) Library Cataloguing-in-Publication Data Handbook for clinical management of dengue. **1. Dengue – therapy. 2. Dengue – diagnosis. 3. Clinical medicine. 4. Handbooks**. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150471 3, 2012.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2020-2023

No intuito de alinhar o planejamento setorial da saúde com o planejamento geral do governo, as Diretrizes, Objetivos e Metas definidas neste Plano foram compatibilizadas com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), com o Plano Plurianual (PPAG) 2020-2023, com a Pactuação Interfederativa (PI), com a Programação Anual de Saúde 2020 (PAS 2020), com os objetivos do mapa estratégico, com os Projetos Estratégicos (PE) e com os Planejamentos Estratégicos das unidades que compõem o setor saúde do Estado.

Além disso, buscou-se incorporar no PES 2020-2023 as recomendações da 9ª Conferência Estadual de Saúde - MG. Os objetivos e as metas abaixo visam contemplar as recomendações dos eixos da Conferência que versam sobre a saúde como direito, a consolidação e o financiamento do SUS.

Diretriz 1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos

Objetivo 1 - Qualificar a atenção primária à saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
1	PI PES	Aumentar a cobertura das equipes de atenção básica	89,48%	90,00%	90,40%	90,90%	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	89,13%	2018	Percentual	SES
2	PI PES	Aumentar a cobertura de acompanhamento dos condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	82,30%	82,50%	82,70%	83%	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	71,45%	2018	Percentual	SES
3	PI PES	Aumentar a cobertura estimada de saúde bucal na atenção básica	62,75%	64%	65,40%	66,95%	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	61,49%	2018	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
4	PPAG PES	Fomentar a estruturação da atenção primária nos 853 municípios por meio de incentivo financeiro e/ou doação de equipamentos.	853	853	853	853	Número de municípios beneficiados com incentivo financeiro e/ou doação de equipamentos para a estruturação da atenção primária à saúde.	853	2019	Número	SES
5	PES	Implementar ações de promoção da saúde na rotina das Unidades de Atenção Primária à Saúde com a finalidade de melhorar a qualidade das ações assistenciais ofertadas, contribuir na mudança do perfil epidemiológico da população, de forma eficiente e de baixo custo e, com satisfação dos usuários.	852	853	853	853	Número de municípios beneficiados com incentivo financeiro para apoiar a implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde.	852	2019	Número	SES
6	PES	Ofertar "Cessação do Tabagismo" nas Unidades de Atenção Primária à Saúde com vistas a prevenção de morbimortalidade relacionadas ao consumo de tabaco.	505	629	723	853	Número de municípios realizando tratamento de cessação do tabagismo na Atenção Primária à Saúde anualmente.	481	2019	Número	SES
7	PES	Promover a ampliação do acesso as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção a Primária à Saúde como instrumento de fortalecimento e integralidade do cuidado.	553	563	587	600	Número de municípios com oferta de Práticas Integrativas registradas anualmente no E-SUS.	543	2019	Número	SES
8	PI PES	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	11,60%	11,03%	10,47%	9,95%	Proporção de gravidez na adolescência	12,97%	2018	Percentual	SES
9	PES	Reduzir a proporção de mortes de crianças de 0 a 4 anos do Grupo 1 da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenção do Sistema Único.	60,00%	59,00%	58,00%	57,00%	Percentual de óbitos por causas evitáveis	61,30%	2018	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
10	PPAG PES	Fomentar a promoção da equidade em saúde por meio de incentivo financeiro para os 70 municípios que possuem população indígena adstrita e aqueles que são aderidos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	70	70	70	70	Número de municípios beneficiados com incentivo financeiro para a promoção da equidade no âmbito da atenção à saúde indígena e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.	70	2018	Número	SES
11	PES	Fomentar o aprimoramento das políticas públicas estaduais em saúde por meio de realização de comitês temáticos periódicos	5	6	7	8	Número de comitês temáticos a serem realizados	3	2019	Número	SES
12	PES	Incentivar adicionalmente os municípios que possuem unidades prisionais em funcionamento e não estão aderidos a PNAISP	141	141	141	141	Número de municípios não aderidos a PNAISP e beneficiados com incentivo financeiro adicional para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.	0	2018	Número	SES

Objetivo 2 - Promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho, com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde nas linhas de cuidado materno-infantil e hipertensão e diabetes.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
13	PE PES	Aumentar para 14 o número de macrorregiões com o Projeto Saúde em Rede em processo de implantação ou implantada	3	7	11	14	Número de regiões ampliadas com o Projeto Saúde em Rede em processo de implantação ou implantada	0	2019	Número	SES
14	PMDI PE PES	Reduzir o percentual de internações por condições sensíveis a atenção primária - ICSAP de 29,65% para 27,40%.	29,00%	28,30%	27,40%	27,40%	Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária - ICSAP	29,65%	2018	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
15	PMDI PE PES	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de 286,72 para 278,2.	283,86	281,02	278,2	278,2	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT	286,72	2018	Taxa	SES

Objetivo 6 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
16	PPAG PES	Ofertar 12.994.800 tratamentos medicamentosos para a população principalmente para as doenças previstas nas linhas de cuidado prioritárias do programa saúde em rede: Materno Infantil e Hipertensão e Diabetes. Observação - Abastecimento regular e contínuo dos medicamentos essenciais padronizados no SUS/MG, por meio de programação, aquisição, armazenamento e distribuição, respeitando as especificidades de financiamento e gestão de cada um dos três componentes da assistência farmacêutica: básico, estratégico e especializado.	2.800.000	3.080.000	3.388.000	3.726.800	Número de tratamentos medicamentosos ofertados para a linha de cuidado Materno Infantil e Hipertensão e Diabetes	0	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
17	PES	Reduzir o tempo médio de análise das solicitações de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica – CEAF Visa medir o impacto do tempo da análise e a eficácia no acesso aos medicamentos no tempo médio esperado.	10	5	5	5	Tempo médio de análise das solicitações de medicamentos do CEAF	12	2019	Dias	SES
18	PPAG PES	Ampliar a rede Farmácia de Minas por meio da implantação de 188 novas farmácias comunitárias. Observação: Considera-se unidade implantada aquela farmácia que iniciar suas atividades de assistência farmacêutica no período de análise.	31	60	40	57	Número de novas unidades da rede Farmácia de Minas implantadas.	0	2019	Número	SES
19	PES	Fomentar o registro das dispensações no Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica (SIGAF) fortalecendo a base de dados para tomada de decisão.	17.420.000	19.166.400	21.083.040	23.191.344	N° de dispensações registradas no SIGAF por mês	15.840.000	2019	Dispensação Registrada	SES

Diretriz 2: Fortalecer a atenção secundária e terciária, através da expansão da oferta e melhoria da qualidade de serviços regionalizados.

Objetivo 3 - Promover, desenvolver, qualificar e efetivar as ações de atenção secundária e terciária à saúde, adequando a oferta e ampliando o acesso aos serviços, observando as especificidades regionais e a estruturação das redes de atenção à saúde.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
20	PPAG PES	Atenção Integral no Complexo de Especialidades: Pacientes que demandem atendimento geral, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência de várias especialidades médicas e multidisciplinar, além do atendimento especializado em oncologia. Observação: Composto pelas unidades: Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) e Hospital Júlia Kubitschek (HJK).	116.473	117.638	118.814	120.002	Número de pacientes-dia no Complexo de Especialidades	0	2019	Número	FHEMIG
21	PES	Realizar 102.000 cirurgias nas unidades assistenciais da FHEMIG. Para fins de cálculo do indicador considera-se as cirurgias faturadas e aprovadas, lançadas no Tabwin, incluindo as cirurgias oncológicas.	25.500	25.500	25.500	25.500	Número de cirurgias realizadas	22.682	2019	Número	FHEMIG
22	PES	Realizar 4.400 cirurgias oncológicas nas unidades assistenciais da FHEMIG. Para fins de cálculo do indicador considera-se apenas as cirurgias oncológicas faturadas e aprovadas, lançadas no Tabwin.	1.100	1.100	1.100	1.100	Número de cirurgias oncológicas realizadas	1.056	2019	Número	FHEMIG

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
23	PES	Alcançar a Taxa de ocupação hospitalar de 80% nas unidades assistenciais da FHEMIG, que possuem leitos de internação operacionais. Para fins de cálculo do indicador não são consideradas as unidades CSSI, CSSFA, CSSFE, CSPD, CMT, CEPAI, CHPB, IRS, HGV, HCM e MG Transplantes.	85%	85%	85%	85%	Taxa de ocupação	91,75%	2019	Percentual	FHEMIG
24	PPAG PES	Atenção Integral no Complexo de Hospitais de Referência: Pacientes que demandem atendimento geral, especializado, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência, de várias especialidades médicas e multidisciplinares, incluindo o cuidado integral à saúde da mulher e do neonato e o atendimento a doenças infecto-contagiosas de impacto epidemiológico e sanitário. Observação: Composto pelas unidades: Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRB-JA), Hospital Regional João Penido (HRJP), Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), Maternidade Odete Valadares (MOV) e Hospital Eduardo de Menezes (HEM).	173.207	174.939	176.688	178.455	Número de pacientes-dia no Complexo de Hospitais de Referência	0	2019	Número	FHEMIG

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
25	PES	Reduzir a Média de permanência hospitalar para12 dias nas unidades assistenciais da FHEMIG que possuem leitos de internação operacionais. Para fins de cálculo do indicador não são consideradas as unidades CSSFA, CMT, CEPAI, HCM e MG Transplantes. Os demais hospitais permanecerão para fins de cálculo do indicador, pois possuem leito de internação.	12,75 dias	12,5 dias	12,25 dias	12 dias	Média de permanência hospitalar	12,75	2019	Dias	FHEMIG
26	PPAG PES	Atenção Integral no Complexo de Reabilitação e Cuidados Integrados: Pacientes que foram asilados, compulsoriamente, no passado devido à hanseníase, além de pacientes que necessitem de assistência de clínica médica, reabilitação física e cuidados integrados Observação: Composto pelas unidades: Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE), Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), Casa de Saúde Padre Damião (CSPD), Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI) e Hospital Cristiano Machado (HCM).	34.966	35.316	35.669	36.026	Número de pacientes-dia no Complexo de Reabilitação e Cuidados Integrados	0	2019	Número	FHEMIG

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
27	PPAG PES	Atenção Integral no Complexo de Saúde Mental: Pacientes portadores de transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas Observação: Composto pelas unidades: Hospital Galba Veloso (HGV), Instituto Raul Soares (IRS), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) e Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI)	121.556	120.341	119.137	117.946	Número de pacientes-dia no Complexo de Saúde Mental	0	2019	Número	FHEMIG
28	PES	Desinstitucionalizar 50% dos usuários internados em instituições de saúde mental. Para fins de cálculo do indicador considera-se a meta acumulada até 2023.	20%	30%	40%	50%	Taxa de desisnstitucionalização de usuários internados em instituições de saúde mental	0	2019	Percentual	FHEMIG
29	PPAG PES	Atenção integral no complexo Hospitalar de Urgência e Emergência: Pacientes em situações de urgência e emergência, visando à recuperação da saúde, diminuição da mortalidade e redução das complicações decorrentes. Observação: Composto pelas unidades: Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) e Hospital Maria Amélia Lins (HMAL).	169.062	170.752	172.460	174.185	Número de pacientes-dia no Complexo de Urgência e Emergência	0	2019	Número	FHEMIG

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
30	PES	Realizar 1.232.000 consultas de urgência nas unidades assistenciais da FHEMIG. Para fins de cálculo do indicador considera-se as consultas de urgência faturadas e aprovadas, lançadas no Tabwin.	308.000	308.000	308.000	308.000	Número de consultas de urgência realizadas	288.879	2019	Número	FHEMIG
31	PES	Aumentar a cobertura de reabilitação protética através da regionalização	60%	62%	65%	67%	Percentual de população coberta com Laboratório Regional de Prótese Dentária	60%	2018	Percentual	SES
32	PPAG PES	Financiar ou cofinanciar a atenção especializada em 70 regiões de saúde que possuem pelo menos 1 ponto de atenção especializada em especialidades prioritárias para o Estado. Observação: Serão consideradas as regiões de saúde com atenção especializada implantada e/ou qualificada nas especialidades prioritárias para o território aquelas com pelo menos 1 ponto de atenção especializado financiados ou cofinanciados pelo Estado.	63	65	67	70	Número de regiões de saúde com pelo menos 1 ponto de atenção especializada financiados ou cofinanciados pelo Estado.	0	2019	Número	SES
33	PES	Manter em funcionamento e investir no fortalecimento dos 18 hospitais de referência para o serviço de assistência odontológica sob sedação ou anestesia geral visando melhoria da qualidade da assistência hospitalar para as pessoas com deficiência e para o trauma de face.	18	18	18	18	Número de serviços de referência para Odontologia Hospitalar mantidos	18	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
34	PI PES	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) anos	283,86	281,02	278,2	274,03	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos)	234,5	2018	Taxa	SES
35	PI PES	Aumentar a proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	42,58	42,92	43,25	43,59	Proporção de parto normal	41,96%	2018	Percentual	SES
36	PI PES	Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,52	0,59	0,59	0,61	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,48	2018	Razão	SES
37	PI PES	Aumentar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,56	0,61	0,66	0,71	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,33	2018	Razão	SES
38	PPAG PES	Manter 71 pontos de atenção credenciados na Rede Estadual de Saúde da Mulher e da Criança e os contemplados pela Rede Cegonha. Observação: Considera-se como ponto de atenção mantido: instituições contempladas pela rede cegonha (UTI neonatal, de UC convencional, UCI canguru, leitos de alto risco obstétrico) com contrapartida estadual de 20% do custeio total; centro materno infantil Juventina Paula de Jesus de Contagem enquanto não se efetivar a habilitação do centro de parto normal (CPN) na rede cegonha do Ministério da Saúde (MS); casas de apoio às gestantes e puérperas (CAGEP) credenciadas no programa estadual.	60	63	67	71	Número de pontos de atenção da rede estadual de saúde da mulher e da criança mantidos.	58	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
39	PMDI PE PI PES	Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 11,43 para 11,00	11,09	11,06	11	11	Taxa de mortalidade infantil	11,43	2017	Taxa	SES
40	PI PES	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano	2247	2198	2149	2076	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano	2.442	2018	Número	SES
41	PI PES	Reduzir o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	108	105	102	99	Número de Óbitos Maternos	111	2018	Número	SES
42	PI PES	Aumentar o percentual de ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	100%	100%	100%	100%	Proporção de ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	39,76%	2018	Percentual	SES
43	PPAG PES	Cofinanciar 692 pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS estadual. Observação: Considera-se como ponto de atenção cofinanciados aquele que recebe repasse de incentivo financeiro estadual de custeio, sendo os pontos de atenção da rede de atenção psicossocial (raps): centros de atenção psicossocial (CAPS) I, II, III, infanto-juvenil, AD E ADIII, unidade de acolhimento (UA) adulto e infanto-juvenil, serviço residencial terapêutico (SRT) I, II, centros de convivência (CC) e consultórios de rua I, II E III.	619	692	692	692	Número de pontos de atenção da rede de atenção psicossocial cofinanciados.	0	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
44	PPAG PES	Repassar recursos a 149 municípios para manutenção dos serviços de reabilitação da Rede Estadual de cuidados à pessoa com deficiência. Observação: Serão considerados municípios beneficiados aqueles que receberem recursos para manutenção dos serviços de reabilitação (CER), ou serviços de modalidade única (especializados em reabilitação de deficiência intelectual (SERDI), saúde auditiva, deficiência física/ostomia e visual).	149	149	149	149	Número de municípios beneficiados com recursos para manutenção dos serviços de reabilitação	0	2019	Número	SES
45	PES	Aumentar anualmente o giro da fila dos procedimentos elencados no Programa Estadual de Cirurgias Eletivas. OBS.: o aumento do giro da fila de procedimentos cirúrgicos eletivos considerados gargalos no Estado de Minas Gerais. O rol de procedimentos que elencados como gargalos considera a frequência (quantidade de solicitações para o procedimento) e o tempo de espera na fila do SUSFácil. Para fins de mensuração, considera-se giro da fila a relação entre número de procedimentos realizados/número de solicitações cadastradas no SUSFácil no período.	0,924	0,9702	1,0187	1,06	Giro da fila dos procedimentos elencados no Programa Estadual de Cirurgias Eletivas.	0,88	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
46	PPAG PES	Implantar e/ou manter os componentes da Rede de Atenção à Saúde de Urgência e Emergência Estadual. Observação: Considera-se componente da RUE - Rede de Urgência e Emergência mantido as portas de entrada hospitalar, unidades de pronto atendimento 24 horas, PROURGE, suporte aéreo avançado de vida (SAAV), serviço de atendimento móvel de urgência municipal, rede resposta hospitalar, e leitos de retaguarda, em atendimento dos usuários.	106	248	253	258	Número de componentes da rede de urgência e emergência mantidos.	0	2019	Número	SES
47	PE PPAG PES	Implantar e/ou manter 14 SAMU 192 regional nas regiões de saúde do Estado de Minas Gerais. Observação: Considera-se Serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU regional implantado e/ou mantido, aqueles em funcionamento e prestando atendimento móvel as urgências e emergências regionais).	9	12	14	14	Número de SAMU 192 regional implantado e/ou mantido no Estado.	7	2019	Número	SES
48	PE PES	Ter 100% da população coberta com SAMUs Regionais.	53,70%	61%	96%	100%	Cobertura do SAMU Regional	48.71%	2018	Percentual	SES
49	PPAG PES	Assistência Prestada ao Paciente	10.000	0	0	0	Número de pacientes infectados e pacientes que apresentem sintomas pelo COVID 19 atendidos nos hospitais da Fhemig	0	2019	Número	FHEMIG

Objetivo 4 - Reduzir os vazios assistenciais conforme perfil regional e responder às demandas e necessidades da população mineira

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
50	PE PPAG PES	Vocacionar 100% dos Hospitais Plataforma- HP do Estado Observação: HP vocacionados de acordo com critérios para tipificação e quanto ao papel desenvolvido no âmbito da Rede de Atenção Hospitalar e com definição de financiamento específico (quando houver).	100%	100%	100%	100%	Percentual de Hospitais de Pequeno Porte vocacionados.	0	2019	Percentual	SES
51	PMDI PE PES	Aumento da resolubilidade macrorregional no Estado (Serviços Hospitalares da Atenção Terciária com ocorrência no Estado) de 90,95% para 91,5%	91,00%	91,30%	91,50%	91,58%	Taxa de resolubilidade regional (nível terciário)	90,95%	2018	Percentual	SES
52	PE PPAG PES	Efetivar a pactuação dos 152 hospitais de referência regional de acordo com a Política de Atenção Hospitalar – Valor em Saúde. Observação: Os hospitais pactuados na Política Estadual de Atenção Hospitalar – Valor em Saúde referem-se àqueles que se assumiram como corresponsáveis pela atenção hospitalar no território (microrregião de saúde e/ou macrorregião de saúde), mediante estabelecimento de indicadores e metas condizentes com o perfil da população adstrita.	152	152	152	152	Número de hospitais pactuados na Política de Atenção Hospitalar – Valor em Saúde	152	2019	Número	SES
53	PE PPAG PES	HOSPITAIS REGIONAIS IMPLANTADOS E ABERTOS PARA ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO.	1	1	1	1	Número de hospitais regionais definidos para serem viabilizados	1	2019	Número	SES

Objetivo 5 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde e os sistemas de apoio e logísticos das Redes de Atenção à Saúde

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
54	PPAG PES	Processar produtos médicos de origem humana para o programa assistência em hematologia, hemoterapia, células e tecidos biológicos. Observação: Os produtos médicos de origem humana processados incluem células progenitoras hematopoiéticas, pele, membrana amniótica e tecidos músculo esqueléticos a serem disponibilizados para utilização terapêutica em diversas especialidades, tais como hemoterapia, cirurgia plástica, oftalmologia, ortopedia e outras.	280	280	280	280	Número de produto médico de origem humana processado	216 (jan a ago)	2019	Número	HEMOMINAS
55	PES	Atender à demanda ambulatorial (teste do pezinho)	23	23	23	23	Tempo decorrido entre o Diagnóstico e o Atendimento de 1ª Consulta dos Pacientes do teste do pezinho	29 dias	2018	Dias	HEMOMINAS
56	PES	Atender à demanda de sangue e hemocomponentes para os pacientes da Rede Pública e contratualizada ao SUS.	92,40%	92,40%	92,40%	92,40%	Percentual de Transfusões SUS realizadas pela Fundação Hemominas	92,40%	2018	Percentual	HEMOMINAS
57	PES	Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Hemácias	90%	90%	90%	90%	Taxa de Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Hemácias Solicitadas pelos Serviços de Saúde Contratantes e Ambulatórios da FH	92,22%	2018	Percentual	HEMOMINAS
58	PES	Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Plaquetas	90%	90%	90%	90%	Taxa de eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Plaquetas Solicitadas pelos Serviços Contratantes e Ambulatórios da FH.	91,95%	2018	Percentual	HEMOMINAS

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
59	PES	Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Crioprecipitado	80%	80%	80%	80%	Taxa de Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Crioprecipitado em Estabelecimentos de Saúde Contratantes à Fundação Hemominas	87%	2018	Percentual	HEMOMINAS
60	PES	Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Plasma Fresco Congelado (PFC)	80%	80%	80%	80%	Taxa de Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Plasma Fresco Congelado (PFC) em Estabelecimentos de Saúde Contratantes à Fundação Hemominas.	91%	2018	Percentual	HEMOMINAS
61	PPAG PES	Produzir hemocomponentes para o programa de Assistência em Hematologia, Hemoterapia, Células e Tecidos Biológicos Observação: Por Hemocomponentes entende-se a produção de bolsas de concentrado de hemácias, plaquetas, plasma e crioprecipitado.	815.000	815.000	815.000	815.000	Número de Hemocomponentes produzidos	800.000	2019	Número	HEMOMINAS
62	PES	Atenção Integral ao Sistema Estadual de Transplantes: Captar órgão ou tecido do doador, de maneira segura, respeitando as normas técnicas vigentes.	2.304	2.304	2.304	2.304	Órgão ou tecido do doador captado.	1.777	2019	Número	FHEMIG
63	PES	Pactuar em CIR os fluxos de referência e contra referência para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	50	80	100	100	Número de municípios que tiveram CEO pactuados em CIR.	102	2019	Número	SES
64	PES	Instituir os "Fiscais de Contrato" para os instrumentos de contratação de serviços de saúde de Média e Alta Complexidade formalizados junto aos estabelecimentos sob Gestão Estadual.	200	125	0	0	Percentual de Contratos com Fiscal devidamente designado	0	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
65	PPAG PES	Regular o acesso dos pacientes às internações nos serviços de saúde de urgência/emergência, por meio das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, via SUSFácil MG.	1.010.215	1.012.235	1.014.259	1.016.288	Número de pacientes internados por meio do SUSFácil MG.	1.124.945	2018	Número	SES
66	PES	Regular o acesso dos pacientes de alta complexidade oncológica aos serviços de saúde sob gestão estadual	1	2	2	2	Número de serviços de alta complexidade oncológica regulados pela SES/MG	0	2019	Número	SES
67	PES	Viabilizar transporte para 100% dos pacientes elegíveis ao TFD Estadual	100%	100%	100%	100%	Percentual de pacientes domiciliados em municípios sob gestão estadual e vinculados ao TFD com viagens realizadas	99	2019	Percentual	SES

Objetivo 7 - Desenvolver e Produzir medicamentos para o SUS

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
68	PPAG PES	Peticionar solicitação de registros de medicamentos junto à ANVISA	2	2	3	3	Número de peticionamentos realizados	1	2019	Número	FUNED
69	PPAG PES	Produzir medicamentos para o componente básico e estratégico da assistência farmacêutica	11.100.000	11.300.000	11.600.000	11.800.000	Número de unidades de medicamentos produzidos	5.518.080	2019	Número	FUNED
70	PPAG PES	Produzir produtos biológicos (vacinas, soro, entre outros)	20.180.000	20.500.000	20.800.000	20.000.000	Número de produtos biológicos produzidos	15.180.000	2019	Número	FUNED

Objetivo 8 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
71	PPAG PES	Análises Laboratoriais Realizadas	250.000	0	0	0	número de análises laboratoriais realizadas para o diagnóstico da Covid-19	0	2019	Número	FUNED
72	PI PES	Aumentar a proporção de casos novos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	82,50%	84,00%	84,00%	84,00%	Proporção de casos novos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	81,21%	2018	Percentual	SES
73	PI PES	Aumentar a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	95,00%	95,10%	95,20%	95,30%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	94,88%	2018	Percentual	SES
74	PI PES	Aumentar a proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	96,50%	96,50%	96,50%	96,50%	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	94%	2018	Percentual	SES
75	PI PES	Aumentar a proporção de registro de Óbitos não fetais com causa básica definida	92,60%	92,70%	92,80%	92,90%	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	92,46%	2018	Percentual	SES
76	PI PES	Aumentar a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	100%	100%	100%	100%	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal adequada ou preconizada.	0% *Dados preliminares e sujeito a alteração	2019	Percentual	SES
77	PES	Desenvolver, através das Unidades Regionais de Saúde, a realização de ações de vigilância, educação e enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis	20	28	28	28	Número de Unidades Regionais de Saúde com ações de prevenção, educação e enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis realizadas	0	2019	Número	SES
78	PES	Ampliar a realização da testagem HIV entre os casos novos de tuberculose.	79%	82%	85%	87%	Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose	79%	2018	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
79	PES	Fomentar a estruturação e revisão anual dos Planos de Ação de Controle da Tuberculose e Hanseníase nas 28 Unidades Regionais de Saúde	20	25	28	28	Número de Unidades Regionais de Saúde com Planos de Ação de Controle da Tuberculose e Hanseníase estruturados e revisados anualmente.	0	2019	Número	SES
80	PPAG PES	Implantar e qualificar 13 pontos da Rede de Vigilância às Condições Crônicas Transmissíveis por macrorregião de Saúde Observação: Entende-se por pontos da Rede de Vigilância às Condições Crônicas Transmissíveis implantada e qualificada por macrorregião de Saúde, pelo menos, 1 unidade de serviço de atendimento especializado (SAE) ampliado para o atendimento de tuberculose e hanseníase em cada macrorregião de saúde.	1	2	6	4	Número de serviços da Rede de Vigilância às Condições Crônicas Transmissíveis implantada e qualificada por macrorregião de Saúde.	0	2019	Número	SES
81	PI PES	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	86,80%	95%	95%	95%	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	86,67%	2018	Percentual	SES
82	PI PES	Reduzir o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	6	5	4	3	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	10	2018	Número	SES
83	PI PES	Realizar supervisões anuais das atividades de controle do mosquito Aedes Aegypti nos 853 municípios do estado (Adaptado da PI)	2	3	5	6	Número de supervisão anuais de controle do mosquito Aedes Aegypti	0	2019	Número	SES
84	PI PES	Aumentar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	35%	37%	38%	40%	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	33,38%	2018	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
85	PE PES	Avaliar projeto arquitetônico de estabelecimento sujeito ao controle sanitário em até 60 dias.	90%	95%	100%	100%	Percentual de projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário avaliados em até 60 dias.	86%	2019	Percentual	SES
86	PES	Coletar amostras de produtos no âmbito do Programa Mineiro de Monitoramento da Qualidade dos Produtos e Serviços Sujeitos ao Controle Sanitário	75%	80%	85%	90%	Percentual de amostras de produtos sujeitos ao controle sanitário realizadas entre as amostras pactuadas.	0	2019	Percentual	SES
87	PES	Implementar o módulo de licenciamento sanitário simplificado nos municípios integrados à REDESIM	50	100	150	200	Número de municípios integrados ao módulo de licenciamento sanitário simplificado	2	2019	Número	SES
88	PPAG PES	Realizar 12.000 inspeções sanitárias pelos núcleos de vigilância sanitária das unidades regionais de saúde e pela superintendência de vigilância sanitária nos estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde, com enfoque no risco sanitário e em caráter complementar/suplementar aos municípios. Observação: Considera-se inspeções sanitárias realizadas a inspeção de projetos arquitetônicos de estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde, sujeitos ao controle sanitário, pelas ações de monitoramento da qualidade de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária; e envolvem a capacitação de técnicos; implementação do sistema de informação; gerenciamento e comunicação do risco sanitário.	3.000	3.000	3.000	3.000	Número de Inspeção sanitária realizada pelos núcleos de vigilância sanitária das unidades regionais de saúde e pela superintendência de vigilância sanitária.	1678 (jan a ago)	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
89	PPAG PES	Atender demandas laboratoriais da vigilância em saúde, bem como investigar os surtos e epidemias de doenças e agravos que impactam na saúde individual e coletiva.	550.000	580.000	590.000	590.000	Número de análises e exames laboratoriais realizados.	530.000	2019	Número	FUNED

Diretriz 3: Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios

Objetivo 8 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
90	PPAG PES	Plano de Contingência Implantado	1	0	0	0	Número de planos de contingência implantados	0	2019	Número	SES

Objetivo 9 - Fortalecer a governança regional e os consórcios de saúde.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
91	PPAG PES	Garantir o adequado funcionamento das Unidades Regionais de Saúde por meio do custeio das despesas necessárias	28	28	28	28	Número de Unidades Regionais de Saúde custeadas	28	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
92	PE PES	Monitorar a produção assistencial de 100% dos consórcios que alimentam os sistemas de informação do SUS	100%	100%	100%	100%	Percentual de consórcios monitorados	100%	2019	Percentual	SES

Objetivo 10 - Fortalecer a infraestrutura dos níveis centrais e regionais do setor saúde

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável0
93	PPAG PES	Ação de apoio à gestão institucional realizada.	1	1	1	1	Número de ação de apoio à gestão institucional realizada.	1	2019	Número	FHEMIG
94	PPAG PES	Ação de apoio à gestão institucional realizada.	1	1	1	1	Número de ação de apoio institucional realizada mensalmente. Observação: Ação institucional realizada refere-se a um conjunto de serviços realizados mensalmente e de forma rotineira para dar suporte à gestão institucional. Os serviços podem ser de natureza técnico-administrativa e de gestão nas áreas de planejamento/orçamento, administração geral (apoio logístico e gestão de patrimônio e contratos), administração contábil e financeira, comunicação, gestão de pessoas e assessorias diretamente ligadas ao gabinete.	1	2019	Número	FUNED
95	PPAG PES	Ação de apoio à gestão institucional realizada.	1	1	1	1	Número de ação de apoio institucional realizada mensalmente.	1	2019	Número	ESP

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável0
96	PPAG PES	Adequar as unidades da Hemominas quanto a estruturação física.	22	22	22	22	Número de unidades da HEMOMINAS beneficiadas com ações para qualificação da estrutura física	1	2019	Número	HEMOMINAS
97	PPAG PES	Unidades da Fundação Hemominas em funcionamento durante a pandemia da Covid-19 Obs. Essa meta refere-se ao serviço mantido pela rede Hemominas, ou seja, a manutenção da prestação de serviços hemoterápicos e hematológicos, durante o período da pandemia da coronavírus com disponibilização de EPI para pacientes, doadores e funcionários, assim como provimento de material de limpeza e demais insumos que tiveram sua programação aumentada durante a pandemia da covid-19.	1	0	0	0	Percentual de unidades da Hemominas em funcionamento durante a pandemia de Covid-19.	0	2019	Percentual	HEMOMINAS

Objetivo 17 - Aprimorar os mecanismos de captação e utilização de recursos financeiros

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
98	PPAG PES	Recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde	R$ 255.455.370,00	0	0	0	Valor de emendas parlamentares atendidas por meio desta ação	0	2019	Número	SES

Diretriz 4: Recuperar o poder de gestão da Saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito

Objetivo 11 - Reduzir o impacto financeiro da judicialização em saúde.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
99	PPAG PES	Estabelecer parcerias junto ao judiciário, ministério público e defensorias públicas para discussão destas demandas.	1	1	1	1	Número de parcerias estabelecidas pelo NJS	1	2019	Número	SES
100	PE PES	Reduzir a despesa orçamentária anual do setor de judicialização em saúde.	R$ 410.693.453,00	R$ 400.693.453,00	R$ 380.693.453,00	R$ 350.693.453,00	Despesa orçamentária anual do setor de judicialização	0,00	2019	Moeda	SES
101	PPAG PES	Reduzir o número de pacientes atendidos por ordens judiciais	20.000	19.000	18.000	17.000	Número de pacientes atendidos por ordens judiciais	0	2019	Número	SES

Diretriz 5: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS e a qualificação e valorização do trabalhador

Objetivo 12 - Capacitar, desenvolver e valorizar os servidores

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
102	PE PES	Aumentar para 80% o percentual de colaboradores em exercício na SES que participaram de uma ação de capacitação	80%	80%	80%	80%	Percentual de colaboradores que participaram de uma ação de capacitação	0	2019	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
103	PPAG PES	Propiciar a participação de 2640 servidores da Secretaria de Estado da Saúde em ações educacionais. Observação: refere-se a todas as participações em ações educacionais independente se realizadas por uma mesma pessoa, ou seja, se um mesmo servidor participar de três ações educacionais diferentes, será contabilizado 03 participantes. As ações educacionais poderão englobar a participação em seminários, congressos, eventos de caráter educacional, cursos de curta duração, aperfeiçoamento, pós-graduação, dentre outras.	660	660	660	660	Número de participantes capacitados.	435	2019	Número	SES
104	PES	Mensurar a adesão dos servidores da FHEMIG aos cursos oferecidos pela instituição direta ou indiretamente por meio de vagas ou incentivos à capacitação. Para fins de cálculo do indicador considera-se as ações oportunizadas pela FHEMIG ou que tiveram algum suporte da instituição, tais como: abono de ponto, pagamento de inscrição, pagamento de diária, pagamento de passagem ou outro tipo de apoio.	70%	75%	75%	80%	Percentual de vagas preenchidas em ações de desenvolvimento ofertadas pela FHEMIG	0	2019	Percentual	FHEMIG

Objetivo 13 – Fortalecer a ciência, articular e integrar as iniciativas de tecnologia da informação e inovação e assegurar a sua segurança

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
105	PES	Estimular a produção científica no âmbito da FHEMIG, com a submissão de, no mínimo, 60 peças científicas até 2023. Nos anos de 2020 e 2022 acontecem os Fóruns científicos, impactando na meta proposta. Para fins de cálculo do indicador considera-se a produção científica submetida à publicação.	30	15	30	15	Total de produção científica no âmbito da FHEMIG	0	2019	Número	FHEMIG
106	PES	Implementar os Projetos de "Transformação Digital" (baseado nas competências e tecnologias de Inteligência Artificial, Machine Learning, Big Data e Ciência de Dados) aplicados às rotinas de Supervisão de contas ambulatoriais e hospitalares; Tratamento e customização de Informações para tomada de decisões; etc.	1	1	1	0	Número de projetos implementados	0	2019	Número	SES
107	PES	Reimplantar o "Observatório de Custos e Economia da Saúde da SES/MG", através de parceria com a UFMG e outras instituições, visando a produção de estudos aplicados à gestão dos serviços e otimização dos recursos financeiros na área da Saúde.	1	0	0	0	Número de parcerias implantadas	0	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
108	PPAG PES	Fomentar produções Técnico-Científicas no âmbito da Saúde Coletiva Observação: Serão consideradas produções: projetos de pesquisa elaborados; pesquisas em andamento; relatórios finais de pesquisas e ações educacionais; artigos submetidos ou aprovados para publicação; livros ou capítulos de livro publicados; trabalhos científicos aceitos para apresentação em evento científico; palestras ou participação em mesa de debates em eventos técnico-científicos; produção de materiais educativos (cartilhas, manuais, vídeos, e-book, entre outros); editoria de periódicos técnicos-científicos; participação em bancas de trabalho de conclusão de curso, dissertação de mestrado e tese de doutorado; orientação e coorientação de trabalho de conclusão de curso, dissertações e teses de outras instituições; trabalho de conclusão de curso aprovados nos cursos de especialização lato sensu da ESP-MG; emissão de parecer para periódicos e eventos técnicos-científicos; organização de eventos técnico-científicos; trabalho de conclusão de curso, dissertações e teses produzidas pelos servidores da ESP-MG; participação em comissão de seleção de alunos; participação dos servidores da ESP-MG na docência.	190	200	210	220	Número de produções técnico-científicas produzidas.	135	2019	Número	ESP

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
109	PPAG PES	Disseminar o conhecimento científico por meio da realização de exposições.	22	22	22	22	Número de exposições realizadas	22	2019	Número	FUNED
110	PPAG PES	Gerar produtos científicos e tecnológicos a partir da execução de projetos de pesquisa básica e aplicada, com foco na obtenção de soluções para a saúde pública.	26	36	40	40	Número de produtos científico-tecnológicos gerados	0	2019	Número	FUNED
111	PPAG PES	Publicar 40 Painéis de Situação de Saúde com a análise de dados das doenças, agravos e fatores de riscos. Observação: Considera-se painel de situação de saúde publicado a divulgação da análise de dados das doenças, agravos e fatores de riscos das áreas técnicas pertencentes a superintendência de vigilância epidemiológica.	10	10	10	10	Número de painéis de situação de saúde publicados.	0	2019	Número	SES

Objetivo 14 - Promover a comunicação e educação permanente em saúde

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
112	PES	Até 2023 realizar 1 campanha publicitária mensal para divulgação do papel e importância do controle social em saúde.	0	3	6	12	Número de campanhas publicitárias realizadas para divulgação do papel e importância do controle social em saúde.	0	2019	Número	SES
113	PE PES	Aumentar para 20 o número de novos núcleos de mobilização social em saúde identificados e sob supervisão	10	10	20	20	Número de núcleos de mobilização social identificados nos municípios e em supervisão	0	2019	Número	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
114	PES	Garantir a ocupação de, no mínimo, 80% das vagas de residência médica ofertadas pela FHEMIG.	80%	80%	80%	80%	Percentual de ocupação das vagas disponibilizadas de residência médica	0	2019	Percentual	FHEMIG
115	PES	Garantir a ocupação de, no mínimo, 80% das vagas de residência multiprofissional ofertadas pela FHEMIG.	80%	80%	80%	80%	Percentual de ocupação das vagas disponibilizadas de residência multiprofissional	0	2019	Percentual	FHEMIG
116	PES	Realizar eventos (mostras/seminários/capacitações) relativos à implementação de ações de atenção primária em âmbito regional	2	2	2	2	Número de eventos (mostras/Seminários/capacitações) para implantação das ações de atenção primária realizados	0	2019	Número	SES
117	PES	Criar estratégias para a organização e gestão do processo de trabalho das equipes que atuam na atenção especializada em saúde bucal por meio da educação permanente	2	2	2	2	Número de ações de capacitação realizadas	2	2019	Número	SES
118	PPAG PES	Realizar ações de capacitação para os profissionais do SUS na área da saúde. Observação: Os profissionais participantes das ações educacionais de capacitação são: trabalhadores do Sistema Único De Saúde (SUS) em Minas Gerais, atuantes nas esferas federal, estadual e municipal e agentes sociais que atuam em defesa do SUS.	8900	9000	9100	9200	Número de profissionais participantes de ação de capacitação	4.555	2019	Número	ESP

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
119	PPAG PES	Capacitar profissionais, segundo metodologia do programa de epidemiologia aplicada aos serviços do SUS - EPISUS, que atuam nas áreas de vigilância em saúde do SUS, para responder em caso de surtos e eventos de emergência em saúde pública. Observação: Turmas capacitadas segundo metodologia do EPISUS a capacitação de profissionais que atuam nas áreas de vigilância em saúde do SUS, visando melhorar a capacidade de detecção, investigação, análise de dados e comunicação, para responder em caso de surtos e eventos de emergência em saúde pública.	7	10	4	0	Número de turmas capacitadas segundo metodologia do EPISUS.	0	2019	Número	SES
120	PES	Realizar treinamentos com foco em Inclusão Produtiva para agricultores familiares, extensionistas rurais e fiscais sanitários.	10	20	30	40	Número de treinamentos com foco em Inclusão Produtiva para agricultores familiares, extensionistas rurais e fiscais sanitários realizados.	0	2019	Número	SES

Objetivo 15 – Implementar gestão da qualidade e monitorar o desempenho das entregas estratégicas

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
121	PE PES	Aumentar para 100% o percentual de entregas estratégicas com metas alcançadas	80%	85%	90%	100%	Percentual de entregas estratégicas com metas alcançadas	0	2019	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
122	PES	Ampliar para 100% o percentual de hospitais avaliados pela metodologia pactuada para avaliação de eficiência com vistas à melhoria da segurança do paciente e gestão da qualidade.	20%	50%	75%	100%	Percentual de hospitais avaliados pela metodologia pactuada para avaliação de eficiência.	0	2019	Percentual	SES

Objetivo 16 – Implantar gestão de risco

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
123	PE PES	Reduzir para 40 a razão de mortalidade materna em hospitais com leitos de UTI e que realizam parto	44	43	41	40	Razão de mortalidade materna hospitais com leitos de UTI e que realizam parto – por 100.000 nascidos vivos	0	2019	Número	SES

Objetivo 17 - Aprimorar os mecanismos de captação e utilização de recursos financeiros

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
124	PE PES	Cumprir o mínimo constitucional de execução financeira de recurso próprio do Estado	12%	12%	12%	12%	Percentual de execução financeira de recurso próprio do Estado	0	2019	Percentual	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
125	PPAG PES	Destinar montante de recursos para atendimento de emendas parlamentares individuais visando a execução de ações e serviços públicos de saúde. Observação - Recursos destinados a Emendas Parlamentares. Conforme determinação do §º4º do art. 160 e do art. 139 da Constituição Estadual o montante estimado de recursos devem corresponder a 50% do percentual da receita corrente líquida.	R$ 255.455.370,00	R$ 255.455.370,00	R$ 255.455.370,00	R$ 255.455.370,00	Total da receita corrente líquida destinado às emendas parlamentares.	0	2019	Moeda	SES
126	PES	Aperfeiçoar os processos de execução e monitoramento dos recursos financeiros da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, pertinentes à gestão da SUBREG.	0	1	0	0	Quantidade de Novos processos de trabalho implementados	0	2019	Número	SES
127	PES	Desenvolvimento e Implantação do "Novo Site da Programação Pactuada e Integrada"	1	0	0	0	Número de Produtos Desenvolvidos e Entregues	0	2019	Número	SES

Objetivo 18 - Promover a sustentabilidade financeira e racionalizar os gastos

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
128	PE PES	Reduzir a defasagem da cronologia de pagamento de fornecedores para 3 meses	8	6	4	3	Projeção de regularização da cronologia no pagamento de fornecedores	10	2019	Meses	SES

Diretriz 6: Fortalecer as instâncias de controle social ampliando os canais de interação do usuário com garantia de transparência

Objetivo 19 - Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação no SUS

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
129	PES	Garantir o deslocamento de conselheiros do CES-MG para reuniões ordinárias e extraordinárias, plenárias, fóruns e conferências de saúde, devidamente regulamentadas, e solicitados tempestivamente.	1	1	1	1	Número de viagens e diárias custeadas	1	2019	Unidade	SES
130	PPAG PES	Implantar colegiados regionais de Conselhos Municipais de Saúde. Observação: O processo de implantação dos colegiados nas 14 macrorregiões de saúde será coordenado pelo CES e será considerado colegiado implantado aquele que iniciar efetivamente seu funcionamento. Após implantados, os colegiados serão apoiados pelo CES/MG por meio de visitas técnicas, palestras, seminários, cursos de capacitação ou outras atividades que demandem a presença dos membros da mesa diretora.	14	14	14	14	Número de colegiados regionais de Conselhos Municipais de Saúde implantados.	0	2019	Número	SES
131	PES	Manter o CES-MG, sendo: infraestrutura física, logística, recursos humanos e financiamento adequado para conselho exercer suas funções.	1	1	1	1	Financiamento de Três Frentes: Física, Logística e RH Número de frentes mantidas Observação: São 3 frentes = Física, Logística e RH	1	2019	Unidade	SES

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
132	PE PES	Estimular a implementação de ouvidorias do SUS em municípios mineiros, obtendo a adesão de novos **58 municípios ao Sistema Estadual de Ouvidorias (SEOS) como ouvidorias Nível I.** **Foco em municípios com mais de 20 mil habitantes**	5	13	20	20	Número de novos municípios com adesão ao SEOS	81	2019	Número	SES

PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

I. Plano Plurianual de Ação (PPA);

II. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);

III. 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).

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.

Quadro 16 - Instrumentos de planejamento governamental

PMDI	**PPAG** **(Quadrienal)**	**LDO** **(Anual)**	**LOA** **(Anual)**
Tem como objetivo estabelecer diretrizes de longo prazo para nortear os demais instrumentos PPAG, LDO e LOA. No Período 2019-2030: Aglutina e organiza diretrizes estratégicas para áreas temáticas finalísticas	Norteado 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 suas respectivas ações. 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.	Segue as orientações do PPAG sendo um elo entre este e a LOA. Cabe a LDO traçar as diretrizes para a elaboração da LOA, assegurar o equilíbrio fiscal das contas públicas, dispor sobre alteração na legislação tributária e estabelecer a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Na LDO estão expressos também os resultados fiscais de médio prazo para a administração pública e, para o período de vigência da LOA, quais programas e ações do PPAG terão prioridade. Deve ser enviada para a Assembleia Legislativa pelo Poder Executivo até o dia 15 de maio de cada ano.	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.

Fonte: Elaboração própria.

O planejamento da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES-MG) se materializa com a elaboração do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde.

Plano Estadual de Saúde - Quadrienal

Intenções e os resultados, na forma de objetivos, diretrizes e metas, a serem buscados no período de 4 anos. Deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde e a base para o monitoramento, avaliação e gestão do SUS.

Programação Anual de Saúde - Anual

Conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da melhoria da gestão do SUS. Instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano e detalha ações metas e recursos financeiros para o período de um ano.

Por fim, da mesma forma que os instrumentos de planejamento do governo, (PPAG, LDO e LOA) os instrumentos de planejamento do SUS são interligados e compatíveis entre si. Toda a estratégia traçada a longo prazo no PES deve ser operacionalizada anualmente por meio da Programação Anual de Saúde, que tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Tendo sido realizado o planejamento das políticas, mapeadas as diretrizes e definidas as estratégias de execução e recursos orçamentários, é fundamental que se acompanhe a execução, visando a correção de possíveis falhas e adequações necessárias.

Nesse momento, se faz importante os instrumentos de monitoramento, sendo eles os relatórios detalhados do quadrimestre e os relatórios anuais. O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, ao Conselho Estadual de Saúde e à Casa Legislativa. A intenção dele é permitir que sejam feitos ajustes tempestivos, ainda dentro do exercício.

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. É nele que consta as metas da PAS previstas e executadas, bem como a análise da execução orçamentária e, consequentemente, possíveis sinalizações de ajuste para adequações ao PES.

Do ponto de vista da avaliação, tem-se o monitoramento dos indicadores propostos no PES e na PAS anual, cujos resultados devem também ser explicitados no RAG. A apuração dos indicadores, bem como análise do cumprimento das metas, demonstra como está o desempenho das políticas de saúde, fornecendo subsídios para que o gestor tome medidas para efetuar mudanças que aprimorem

os resultados, e para que o Conselho Estadual de Saúde proponha intervenções para a condução adequada das políticas.

A lógica, portanto, do processo de monitoramento e avaliação das diretrizes, objetivos e metas propostos no PES, segue descrito a seguir:

Figura 12 - Lógica do processo de monitoramento e avaliação das diretrizes propostas no PES

Fonte: Elaboração própria

MATRIZ DE COERÊNCIA DO PES COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – AGENDA 2030

Em 2015, o Brasil, em conjunto com outros 192 países e com grupos e partes interessadas da sociedade civil se reuniram na Cúpula das Nações Unidas (ONU) para elaborar nova agenda de desenvolvimento sustentável. Essa reunião resultou em novos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se basearam nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Também conhecido como Agenda 2030, os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável contam com 169 metas específicas que levam em conta o legado dos ODM e procuram, até 2030, obter avanços nas metas não alcançadas. Ademais, os ODS envolvem temáticas diversificadas, como erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, água e saneamento, infraestrutura, redução das desigualdades e outros. São eles:

Figura 13 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Fonte: Organização das Nações Unidas - Brasil. Disponível em https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/, acesso em 17/12/2019.

Os ODS devem orientar as políticas nacionais e subnacionais, devendo cada ente federativo assumir um papel de protagonista do desenvolvimento. Assim, para que a Agenda 2030 seja efetivamente implementada, os governos têm a responsabilidade pela gestão de diversas políticas que contribuam para o alcance dos ODS.

Nesse contexto, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais buscou construir os objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde levando em consideração as metas propostas pela Agenda 2030, em especial aquelas relacionadas ao objetivo 3 – "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades". As metas que compõe o objetivo 3 são:

Figura 14 - Metas do Objetivo 3 da Agenda 2030

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12

por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool

3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo

3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado

3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis

3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento

3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde

Fonte: Elaboração própria

Considerando o aspecto da transversalidade que caracteriza não apenas as ações e serviços de saúde, mas a compreensão do setor saúde como um todo, entende-se que o sucesso no cumprimento dos objetivos e metas descritos no Plano Estadual de Saúde pode contribuir, como consequência, para o alcance dos demais objetivos de desenvolvimento sustentável. Dessa forma, procurou-se estabelecer sinergias entre as metas propostas no Plano Estadual de Saúde e os demais Objetivos presentes na Agenda 2030.

Diretriz 1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos

Objetivo 1 - Qualificar a atenção primária à saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade.

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
1	Aumentar a cobertura das equipes de atenção básica		3.8 3.c
2	Aumentar a cobertura de acompanhamento dos condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)		3.c
3	Aumentar a cobertura estimada de saúde bucal na atenção básica		3.c
4	Fomentar a estruturação da atenção primária nos 853 municípios por meio de incentivo financeiro e/ou doação de equipamentos.		3.8 3.c
5	Implementar ações de promoção da saúde na rotina das Unidades de Atenção Primária à Saúde com a finalidade de melhorar a qualidade das ações assistenciais ofertadas, contribuir na mudança do perfil epidemiológico da população, de forma eficiente e de baixo custo e, com satisfação dos usuários.		3.8
6	Ofertar "Cessação do Tabagismo" nas Unidades de Atenção Primária à Saúde com vistas a prevenção de morbimortalidade relacionadas ao consumo de tabaco.		3.a
7	Promover a ampliação do acesso as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção a Primária à Saúde como instrumento de fortalecimento e integralidade do cuidado.		3.4

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
8	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.7
9	Reduzir a proporção de mortes de crianças de 0 a 4 anos do Grupo 1 da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenção do Sistema Único.		3.2 5 YRS
10	Fomentar a promoção da equidade em saúde por meio de incentivo financeiro para os 70 municípios que possuem população indígena adstrita e aqueles que são aderidos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).		3.8
11	Fomentar o aprimoramento das políticas públicas estaduais em saúde por meio de realização de comitês temáticos periódicos	10 REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES; 16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
12	Incentivar adicionalmente os municípios que possuem unidades prisionais em funcionamento e não estão aderidos a PNAISP		3.c

Objetivo 2 - Promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho, com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde nas linhas de cuidado materno-infantil e hipertensão e diabetes.

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
13	Aumentar para 14 o número de regiões ampliadas com o Projeto Saúde em Rede em processo de implantação ou implantada	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8
14	Reduzir o percentual de internações por condições sensíveis a atenção primária - ICSAP de 29,65% para 27,40% .		3.4

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
15	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de 286,72 para 278,2.		3.4

Objetivo 6 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
16	Ofertar 12.994.800 tratamentos medicamentosos para a população principalmente para as doenças previstas nas linhas de cuidado prioritárias do programa saúde em rede: Materno Infantil e Hipertensão e Diabetes.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.1 3.2 5 YRS 3.4
17	Reduzir o tempo médio de análise das solicitações de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica – CEAF	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8
18	Ampliar a rede Farmácia de Minas por meio da implantação de 188 novas farmácias comunitárias.	9 INDÚSTRIA, INOVAÇÃO E INFRAESTRUTURA	3.8
19	Fomentar o registro das dispensações no Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica (SIGAF) fortalecendo a base de dados para tomada de decisão.	17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	3.8

Diretriz 2: Fortalecer a atenção secundária e terciária, através da expansão da oferta e melhoria da qualidade de serviços regionalizados.

Objetivo 3 - Promover, desenvolver, qualificar e efetivar as ações de atenção secundária e terciária à saúde, adequando a oferta e ampliando o acesso aos serviços, observando as especificidades regionais e a estruturação das redes de atenção à saúde.

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
20	Atenção Integral no Complexo de Especialidades: Pacientes que demandem atendimento geral, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência de várias especialidades médicas e multidisciplinar, além do atendimento especializado em oncologia.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8
21	Realizar 102.000 cirurgias nas unidades assistenciais da FHEMIG.		3.8
22	Realizar 4.400 cirurgias oncológicas nas unidades assistenciais da FHEMIG.		3.8
23	Alcançar a Taxa de ocupação hospitalar de 80% nas unidades assistenciais da FHEMIG, que possuem leitos de internação operacionais.		3.8
24	Atenção Integral no Complexo de Hospitais de Referência: Pacientes que demandem atendimento geral, especializado, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência, de várias especialidades médicas e multidisciplinares, incluindo o cuidado integral à saúde da mulher e do neonato e o atendimento a doenças infecto-contagiosas de impacto epidemiológico e sanitário.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8
25	Reduzir a Média de permanência hospitalar para 12 dias nas unidades assistenciais da FHEMIG que possuem leitos de internação operacionais.		3.8
26	Atenção Integral no Complexo de Reabilitação e Cuidados Integrados: Pacientes que foram asilados, compulsoriamente, no passado devido à hanseníase, além de pacientes que necessitem de assistência de clínica médica, reabilitação física e cuidados integrados.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
27	Atenção Integral no Complexo de Saúde Mental: Pacientes portadores de transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas		3.4 3.5

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
28	Desinstitucionalizar 50% dos usuários internados em instituições de saúde mental.		3.4
29	Atenção integral no complexo Hospitalar de Urgência e Emergência: Pacientes em situações de urgência e emergência, visando à recuperação da saúde, diminuição da mortalidade e redução das complicações decorrentes.		3.8
30	Realizar 1.232.000 consultas de urgência nas unidades assistenciais da FHEMIG.		3.8
31	Aumentar a cobertura de reabilitação protética através da regionalização		3.8
32	Financiar ou cofinanciar a atenção especializada em 70 regiões de saúde que possuem pelo menos 1 ponto de atenção especializada em especialidades prioritárias para o Estado.		3.c
33	Manter em funcionamento e investir no fortalecimento dos 18 hospitais de referência para o serviço de assistência odontológica sob sedação ou anestesia geral visando melhoria da qualidade da assistência hospitalar para as pessoas com deficiência e para o trauma de face.		3.8
34	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) anos.		3.4
35	Aumentar a proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.1 3.2 5 YRS
36	Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.4 3.7

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
37	Aumentar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.4
38	Manter 71 pontos de atenção credenciados na Rede Estadual de Saúde da Mulher e da Criança e os contemplados pela Rede Cegonha.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.1 3.2 5 YRS 3.7
39	Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 11,43 para 11,00.		3.2 5 YRS
40	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano.		3.3
41	Reduzir o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.1
42	Aumentar o percentual de ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.		3.4
43	Cofinanciar 692 pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS estadual.		3.4 3.c
44	Repassar recursos a 149 municípios para manutenção dos serviços de reabilitação da Rede Estadual de cuidados à pessoa com deficiência.	10 REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES	3.c
45	Aumentar anualmente o giro da fila dos procedimentos elencados no Programa Estadual de Cirurgias Eletivas.		3.8

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
46	Implantar e/ou manter os componentes da Rede de Atenção à Saúde de Urgência e Emergência Estadual.		3.8
47	Implantar e/ou manter 13 SAMU 192 regional nas regiões de saúde do Estado de Minas Gerais.	17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	3.8
48	Ter 100% da população coberta com SAMUs Regionais.	17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	3.8
49	Assistência Prestada ao Paciente		3.8 3.d

Objetivo 4 - Reduzir os vazios assistenciais conforme perfil regional e responder às demandas e necessidades da população mineira

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
50	Vocacionar 100% dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP do Estado.		3.8
51	Aumento da resolubilidade macrorregional no Estado (Serviços Hospitalares da Atenção Terciária com ocorrência no Estado) de 90,95% para 91,50%.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8
52	Efetivar a pactuação dos 152 hospitais de referência regional de acordo com a Política de Atenção Hospitalar – Valor em Saúde.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8 3.c
53	Definir os hospitais regionais passíveis de serem viabilizados (construídos) via parceria com iniciativa privada.	9 INDÚSTRIA, INOVAÇÃO E INFRAESTRUTURA 17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	3.c

Objetivo 5 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde e os sistemas de apoio e logísticos das Redes de Atenção à Saúde

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
54	Processar produtos médicos de origem humana para o programa assistência em hematologia, hemoterapia, células e tecidos biológicos.		3.8
55	Atender à demanda ambulatorial (teste do pezinho).		3.2 5 YRS
56	Atender à demanda de sangue e hemocomponentes para os pacientes da Rede Pública e contratualizada ao SUS.		3.8
57	Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Hemácias.		3.8
58	Eficácia Transfusional de Atendimento a Bolsas de Concentrado de Plaquetas.		3.8
59	Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Crioprecipitado.		3.8
60	Eficácia Transfusional de Transfusão de Bolsas de Plasma Fresco Congelado (PFC).		3.8
61	Produzir hemocomponentes para o programa de Assistência em Hematologia, Hemoterapia, Células e Tecidos Biológicos.		3.8 3.b

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
62	Atenção Integral ao Sistema Estadual de Transplantes: Captar órgão ou tecido do doador, de maneira segura, respeitando as normas técnicas vigentes.		3.8
63	Pactuar em CIR os fluxos de referência e contra referência para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
64	Instituir os "Fiscais de Contrato" para os instrumentos de contratação de serviços de saúde de Média e Alta Complexidade formalizados junto aos estabelecimentos sob Gestão Estadual.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
65	Regular o acesso dos pacientes às internações nos serviços de saúde de urgência/emergência, por meio das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, via SUSFácil MG.		3.8
66	Regular o acesso dos pacientes de alta complexidade oncológica aos serviços de saúde sob gestão estadual.		3.8
67	Viabilizar transporte para 100% dos pacientes elegíveis ao TFD Estadual.		3.8

Objetivo 7 - Desenvolver e Produzir medicamentos para o SUS

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
68	Peticionar solicitação de registros de medicamentos junto à ANVISA.		3.8
69	Produzir medicamentos para o componente básico e estratégico da assistência farmacêutica.		3.8 3.b

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
70	Produzir produtos biológicos (vacinas, soro, entre outros).		3.8 3.b

Objetivo 8 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
71	Análises Laboratoriais Realizadas.		3.8 3.d
72	Aumentar a proporção de casos novos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.		3.3 3.4
73	Aumentar a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.d
74	Aumentar a proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	8 TRABALHO DECENTE E CRESCIMENTO ECONÔMICO	3.d
75	Aumentar a proporção de registro de Óbitos não fetais com causa básica definida.		3.2 5 YRS
76	Aumentar a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.		3.2 5 YRS 3.8
77	Desenvolver, através das Unidades Regionais de Saúde, a realização de ações de vigilância, educação e enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis.	12 CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS	3.4

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
78	Ampliar a realização da testagem HIV entre os casos novos de tuberculose.		3.3
79	Fomentar a estruturação e revisão anual dos Planos de Ação de Controle da Tuberculose e Hanseníase nas 28 Unidades Regionais de Saúde.		3.3
80	Implantar e qualificar 13 pontos da Rede de Vigilância às Condições Crônicas Transmissíveis por macrorregião de Saúde.		3.3
81	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.		3.3
82	Reduzir o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.		3.2 5 YRS, 3.3
83	Realizar supervisões anuais das atividades de controle do mosquito Aedes Aegypti nos 853 municípios do estado.		3.3
84	Aumentar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	6 Água Potável e Saneamento, 12 Consumo e Produção Responsáveis	3.3, 3.9
85	Avaliar projeto arquitetônico de estabelecimento sujeito ao controle sanitário em até 60 dias.	9 Indústria, Inovação e Infraestrutura	
86	Coletar amostras de produtos no âmbito do Programa Mineiro de Monitoramento da Qualidade dos Produtos e Serviços Sujeitos ao Controle Sanitário.	12 Consumo e Produção Responsáveis	3.d

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
87	Implementar o módulo de licenciamento sanitário simplificado nos municípios integrados à REDESIM.	17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	3.d
88	Realizar 12.000 inspeções sanitárias pelos núcleos de vigilância sanitária das unidades regionais de saúde e pela superintendência de vigilância sanitária nos estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde, com enfoque no risco sanitário e em caráter complementar/suplementar aos municípios.	6 ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO; 12 CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS	3.9
89	Atender demandas laboratoriais da vigilância em saúde, bem como investigar os surtos e epidemias de doenças e agravos que impactam na saúde individual e coletiva.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.3

Diretriz 3: Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios

Objetivo 8 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
90	Plano de Contingência Implantado.		3.8 3.d

Objetivo 9 - Fortalecer a governança regional e os consórcios de saúde.

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
91	Garantir o adequado funcionamento das Unidades Regionais de Saúde por meio do custeio das despesas necessárias.		3.c
92	Monitorar a produção assistencial de 100% dos consórcios que alimentam os sistemas de informação do SUS.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES 17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	

Objetivo 10 - Fortalecer a infraestrutura dos níveis centrais e regionais do setor saúde

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
93	Ação de apoio à gestão institucional realizada.		3.c

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
94	Ação de apoio à gestão institucional realizada.		3.c
95	Ação de apoio à gestão institucional realizada.		3.c
96	Adequar as unidades da Hemominas quanto a estruturação física.	9 INDÚSTRIA, INOVAÇÃO E INFRAESTRUTURA	3.8
97	Unidades da Fundação Hemominas em funcionamento durante a pandemia da Covid-19.		3.8 3.d

Objetivo 17 - Aprimorar os mecanismos de captação e utilização de recursos financeiros

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
98	Recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde.		3.c

Diretriz 4: Recuperar o poder de gestão da Saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito

Objetivo 11 - Reduzir o impacto financeiro da judicialização em saúde.

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
99	Estabelecer parcerias junto ao judiciário, ministério público e defensorias públicas para discussão destas demandas.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES; 17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	
100	Reduzir a despesa orçamentária anual do setor de judicialização em saúde.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
101	Reduzir o número de pacientes atendidos por ordens judiciais.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	

Diretriz 5: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS e a qualificação e valorização do trabalhador

Objetivo 12 - Capacitar, desenvolver e valorizar os servidores

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
102	Aumentar para 10% o percentual de servidores estatutários em exercício na SES que participaram de uma ação de capacitação.		
103	Propiciar a participação de 2640 servidores da Secretaria de Estado da Saúde em ações educacionais.		
104	Mensurar a adesão dos servidores da FHEMIG aos cursos oferecidos pela instituição direta ou indiretamente por meio de vagas ou incentivos à capacitação.		

Objetivo 13 – Fortalecer a ciência, articular e integrar as iniciativas de tecnologia da informação e inovação e assegurar a sua segurança

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
105	Estimular a produção científica no âmbito da FHEMIG, com a submissão de, no mínimo, 60 peças científicas até 2023.		
106	Implementar os Projetos de "Transformação Digital" (baseado nas competências e tecnologias de Inteligência Artificial, Machine Learning, Big Data e Ciência de Dados) aplicados às rotinas de Supervisão de contas ambulatoriais e hospitalares; Tratamento e customização de Informações para tomada de decisões; etc.		
107	Reimplantar o "Observatório de Custos e Economia da Saúde da SES/MG", através de parceria com a UFMG e outras instituições, visando a produção de estudos aplicados à gestão dos serviços e otimização dos recursos financeiros na área da Saúde.		

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
108	Fomentar produções Técnico-Científicas no âmbito da Saúde Coletiva.		3.c
109	Disseminar o conhecimento científico por meio da realização de exposições.	4 EDUCAÇÃO DE QUALIDADE	3.c
110	Gerar produtos científicos e tecnológicos a partir da execução de projetos de pesquisa básica e aplicada, com foco na obtenção de soluções para a saúde pública.		3.b 3.c
111	Publicar 40 Painéis de Situação de Saúde com a análise de dados das doenças, agravos e fatores de riscos.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.3 3.4

Objetivo 14 - Promover a comunicação e educação permanente em saúde

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
112	Até 2023 realizar 1 campanha publicitária mensal para divulgação do papel e importância do controle social em saúde.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
113	Aumentar para 20 o número de novos núcleos de mobilização social em saúde identificados e sob supervisão.		3.8
114	Garantir a ocupação de, no mínimo, 80% das vagas de residência médica ofertadas pela FHEMIG.	8 TRABALHO DECENTE E CRESCIMENTO ECONÔMICO	
115	Garantir a ocupação de, no mínimo, 80% das vagas de residência multiprofissional ofertadas pela FHEMIG.	8 TRABALHO DECENTE E CRESCIMENTO ECONÔMICO	

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
116	Realizar eventos (mostras/seminários/capacitações) relativos à implementação de ações de atenção primária em âmbito regional.	4 EDUCAÇÃO DE QUALIDADE	3.c
117	Criar estratégias para a organização e gestão do processo de trabalho das equipes que atuam na atenção especializada em saúde bucal por meio da educação permanente.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
118	Realizar ações de capacitação para os profissionais do SUS na área da saúde.	4 EDUCAÇÃO DE QUALIDADE	3.c
119	Capacitar profissionais, segundo metodologia do programa de epidemiologia aplicada aos serviços do SUS - EPISUS, que atuam nas áreas de vigilância em saúde do SUS, para responder em caso de surtos e eventos de emergência em saúde pública.	4 EDUCAÇÃO DE QUALIDADE	3.c
120	Realizar treinamentos com foco em Inclusão Produtiva para agricultores familiares, extensionistas rurais e fiscais sanitários.	2 FOME ZERO E AGRICULTURA SUSTENTÁVEL; 8 TRABALHO DECENTE E CRESCIMENTO ECONÔMICO; 12 CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS	

Objetivo 15 – Implementar gestão da qualidade e monitorar o desempenho das entregas estratégicas

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
121	Aumentar para 100% o percentual de entregas estratégicas com metas alcançadas.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
122	Ampliar para 100% o percentual de hospitais avaliados pela metodologia pactuada para avaliação de eficiência com vistas à melhoria da segurança do paciente e gestão da qualidade.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	3.8

Objetivo 16 – Implantar gestão de risco

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
123	Reduzir para 40 a razão de mortalidade materna em hospitais com leitos de UTI e que realizam parto.	5 IGUALDADE DE GÊNERO	3.1

Objetivo 17 - Aprimorar os mecanismos de captação e utilização de recursos financeiros

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
124	Cumprir o mínimo constitucional de execução financeira de recurso próprio do Estado.		3.c
125	Destinar montante de recursos para atendimento de emendas parlamentares individuais visando a execução de ações e serviços públicos de saúde.		3.c
126	Aperfeiçoar os processos de execução e monitoramento dos recursos financeiros da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, pertinentes à gestão da SUBREG.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
127	Desenvolvimento e Implantação do “Novo Site da Programação Pactuada e Integrada”.	17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	

Objetivo 18 - Promover a sustentabilidade financeira e racionalizar os gastos

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
128	Reduzir a defasagem da cronologia de pagamento de fornecedores para 3 meses.		

Diretriz 6: Fortalecer as instâncias de controle social ampliando os canais de interação do usuário com garantia de transparência

Objetivo 19 - Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação no SUS

Número	Descrição da Meta	Sinergia	Meta
129	Garantir o deslocamento de conselheiros do CES-MG para reuniões ordinárias e extraordinárias, plenárias, fóruns e conferências de saúde, devidamente regulamentadas, e solicitados tempestivamente.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
130	Implantar colegiados regionais de Conselhos Municipais de Saúde.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
131	Manter o CES-MG, sendo: infraestrutura física, logística, recursos humanos e financiamento adequado para conselho exercer suas funções.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	
132	Estimular a implementação de ouvidorias do SUS em municípios mineiros, obtendo a adesão de novos 58 municípios ao Sistema Estadual de Ouvidorias (SEOS) como ouvidorias Nível I.	16 PAZ, JUSTIÇA E INSTITUIÇÕES EFICAZES	

MATRIZ DE COERÊNCIA DO PES COM OS PROGRAMAS E AÇÕES NO PPAG

Percebe-se uma estrita relação entre os instrumentos orçamentários de governo e de saúde. Dessa forma, o PPAG deve garantir os subsídios orçamentários para a efetivação das diretrizes aprovadas no Plano Estadual. Nesse sentido, segue uma correlação entre o PES e os programas e ações presentes na atual estrutura do PPAG que garantirão recursos para o alcance dos objetivos e metas propostos.

É importante ressaltar que o orçamento previsto para cada uma das seguintes ações é revisado anualmente, e é detalhado na Programação Anual de Saúde.

Matriz de coerência do PES com os programas e ações no PPAG

Órgão	PES	Programa Orçamentário	Ação Orçamentária	Subfunção
ESP	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)	0009 - DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO E PESQUISA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	4014 - AÇÕES EDUCACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE	128 - Formação de Recursos Humanos
			4015 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CAMPO DA SAÚDE	571 - Desenvolvimento Científico
		0705 - APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS	2500 - ASSESSORAMENTO E GERENCIAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	122 - Administração Geral
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)	0045 - ATENÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA	4174 - ATENÇÃO INTEGRAL NO COMPLEXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
			4175 - ATENÇÃO INTEGRAL NO COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL	
			4176 - ATENÇÃO INTEGRAL NO COMPLEXO DE REABILITAÇÃO E CUIDADOS INTEGRADOS	
			4177 - ATENÇÃO INTEGRAL NO COMPLEXO DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA	
			4178 - ATENÇÃO INTEGRAL NO COMPLEXO DE ESPECIALIDADES	
			4179 - ATENÇÃO INTEGRAL AO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES	

Órgão	PES	Programa Orçamentário	Ação Orçamentária	Subfunção
		0026 - PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO DOS EFEITOS DA PANDEMIA INTERNACIONAL OCASIONADA PELA COVID-19	1007 - Combate Epidemiológico Ao Coronavírus	
		0705 - APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS	2500 - Assessoramento e Gerenciamento de Políticas Públicas	122 - Administração Geral
FUNED	Fundação Ezequiel Dias (FUNED)	0116 - DESENVOLVIMENTO E PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).	1030 - DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO FARMACÊUTICO	303 - Suporte Profilático e Terapêutico
			4288 - PRODUÇÃO DE VACINA, SOROS E OUTROS PRODUTOS BIOLÓGICOS	
			4289 - PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O COMPONENTE BÁSICO E ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
		0026 - PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO DOS EFEITOS DA PANDEMIA INTERNACIONAL OCASIONADA PELA COVID-19	1025 - Diagnóstico Laboratorial Para Covid-19	
		0076 - INOVAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA	4187 - PESQUISA E DESENVOLVIMENTO	571 - Desenvolvimento Científico
			4189 - CIÊNCIA EM MOVIMENTO	573 - Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico
		0103 - VIGILÂNCIA LABORATORIAL EM SAÚDE PÚBLICA	4272 - ATENDIMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PACTUADAS DE ANÁLISES LABORATORIAIS DE INTERESSE DA SAÚDE PÚBLICA	303 - Suporte Profilático e Terapêutico
		0705 - APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS	2500 - ASSESSORAMENTO E GERENCIAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	122 - Administração Geral
HEMOMINAS	Fundação Hemominas	0026 - PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO DOS EFEITOS DA PANDEMIA INTERNACIONAL OCASIONADA PELA COVID-19	1022 - Combate Epidemiológico Ao Covid-19	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
			4341 - ADEQUAÇÃO DE INFRAESTRUTURA	

Órgão	PES	Programa Orçamentário	Ação Orçamentária	Subfunção
		0123 - ASSISTÊNCIA EM HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA, CÉLULAS E TECIDOS BIOLÓGICOS.	4405 - CENTRO DE TECIDOS BIOLÓGICOS DE MINAS GERAIS - CETEBIO	
			4540 - DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE SANGUE E HEMODERIVADOS	
SES	Análise Situacional de Saúde As Políticas e Ações de Vigilância em Saúde do SUS/MG 2020-2023	0150 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	4436 - REDE DE VIGILÂNCIA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	305 - Vigilância Epidemiológica
			4431 - REDE DE GERENCIAMENTO DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE HUMANA	
			4439 - REDE DE VIGILÂNCIA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA	
			4440 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	304 - Vigilância Sanitária
	Assistência Farmacêutica	0156 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	4466 - ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS	303 - Suporte Profilático e Terapêutico
			4467 - ESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
	Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência	0158 - ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA À SAÚDE	4451 - Apoio e Fortalecimento da Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência	242 - Assistência ao Portador de Deficiência
	Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças		4465 - Apoio e Fortalecimento a Rede de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
	Atenção Especializada		4463 - APOIO E FORTALECIMENTO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
	Regulação Assistencial da Saúde		4452 - REGULAÇÃO DO ACESSO	
	Atenção Psicossocial		4456 - Apoio e Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial	301 - Atenção Básica
	Atenção Primária à Saúde	0159 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	1061 - Saúde em Rede	

Órgão	PES	Programa Orçamentário	Ação Orçamentária	Subfunção
	Atenção Primária à Saúde Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)		4460 - Estruturação da Atenção Primária à Saúde	
	Políticas de Promoção da Equidade em Saúde		4462 - PROMOÇÃO DA EQUIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE DOS GRUPOS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE INIQUIDADE NO ACESSO E NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
	Conselho Estadual de Saúde (CES)	0154 - APOIO À GESTÃO DO SUS	4455 - PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	122 - Administração Geral
	Política Estadual de Atenção Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência	0026 - PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO DOS EFEITOS DA PANDEMIA INTERNACIONAL OCASIONADA PELA COVID-19	1008 - Enfrentamento ao Coronavírus	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
		0157 - POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR	4453 - IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR - HOSPITAIS PLATAFORMA	
			4457 - IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR - VALOR EM SAÚDE	
			4458 - IMPLANTAÇÃO DE HOSPITAIS REGIONAIS	
			4459 - Implantação e manutenção do SAMU Regional	
			4461 - Implantação e manutenção da Rede de Urgência e Emergência	
			4454 - IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR - NOVOS PRESTADORES	
	Regionalização, Cooperação e Governança Regional do SUS/MG	0154 - APOIO À GESTÃO DO SUS	4437 - GESTÃO REGIONAL EM SAÚDE	122 - Administração Geral

Órgão	PES	Programa Orçamentário	Ação Orçamentária	Subfunção
	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)	0096 - AGE - DESJUDICIALIZA MINAS	2080 - Desjudicializa SUS	422 - Direitos Individuais, Coletivos e Difusos
		0154 - APOIO À GESTÃO DO SUS	2085 - INOVA E QUALIFICA SES	122 - Administração Geral
			4441 - ATENDIMENTO AS MEDIDAS JUDICIAIS	061 - Ação Judiciária
		0705 - APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS	2087 - Reserva Para Atendimento das Emendas Parlamentares Individuais Vinculadas Às Ações e Serviços Públicos de Saúde	122 - Administração Geral
			2500 - ASSESSORAMENTO E GERENCIAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	
SES FHEMIG FUNED ESP HEMOMINAS	Sistema Estadual de Saúde	Todos os Programas	Todas as Ações (os recursos humanos foram rateados e alocados nas ações de acordo com a composição)	

Fonte: Elaboração Própria.

ANEXO I - RECOMENDAÇÕES PROVENIENTES DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

O Anexo I apresenta as recomendações provenientes da Conferência Estadual de Saúde que o CES-MG solicitou destaque:

- Manutenção do SUS 100% público, como uma política de saúde pública, gratuita, estatal, universal e integral.
- Garantir aplicação mínima de 12% das receitas do Estado para as ações e serviços de saúde pública.
- Fortalecer a participação efetiva nas instâncias de participação e Controle Social dos movimentos sociais e das mulheres indígenas, negras, adolescentes, adultas e idosas, quilombolas, ciganas, mulheres em situação de rua, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais (LBT), mulheres do campo e da cidade, mulheres com deficiência, em sofrimento mental, patologias gerais e raras, entre outras (política de equidades).