



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024-2027



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Fábio Baccheretti Vitor

Secretária de Estado Adjunta de Saúde

Poliana Cardoso Lopes

Chefia de Gabinete

Marina Queirós Cury

Subsecretário de Regionalização

Darlan Venâncio Thomaz Pereira

Subsecretário de Gestão e Finanças

Leonardo Petrus

Subsecretária de Redes de Atenção à Saúde

Camila Moreira de Castro

Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde

Juliana Ávila Teixeira

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Eduardo Campos Prosdocimi

Organização e coordenação técnica

Assessoria Estratégica

Lília Dantas Gonçalves

Projeto Gráfico

Assessoria de Comunicação Social

Antônio Cotta

Lista de Tabelas

Tabela 1.1 – Frequência da distribuição da população residente, por faixa etária e sexo – Minas Gerais, 2010 e 2021

Tabela 1.2 – Frequência de óbitos e taxa de mortalidade geral (não fetal) por residência, pelos cinco capítulos da CID-19 mais incidentes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Tabela 2.1 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.2 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população até 14 anos, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.3 – Proporção de casos novos de hanseníase com Grau de Incapacidade Física (GIF) avaliado no momento do diagnóstico e proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.4 – Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.5 – Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.6 – Proporção de gestantes com sífilis com tratamento adequado – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.7 – Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.8 – Taxa de detecção de HIV em gestantes por 1.000 nascidos vivos – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 2.9 – Taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos de idade, por 100.000 habitantes – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.1 – Número de tipos de acidentes por animais peçonhentos ocorridos, por macrorregião de ocorrência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.2 – Frequência absoluta de casos tratados para malária, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.3 – Coeficiente de incidência anual de leishmaniose visceral, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência e ano de notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.4 – Número de casos de raiva animal – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.5 – Percentual de cobertura vacinal antirrábica animal – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.6 – Índice de Infestação Predial (LIRAa/LIA) por classificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.7 – Percentuais dos tipos de criadouros mais e menos frequentemente infestados detectados pelo LIRAA/LIA – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.8 – Percentuais de municípios que realizaram pelo menos quatro ciclos de visita domiciliar com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.9 – Número de casos prováveis de dengue, segundo o ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.10 – Distribuição de casos prováveis de dengue, por macrorregião de saúde, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.11 – Casos prováveis de chikungunya, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.12 – Distribuição de casos prováveis de chikungunya, por macrorregião de saúde, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.13 – Casos prováveis de zika, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.14 – Distribuição de óbitos confirmados por dengue, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.15 – Distribuição de óbitos confirmados por chikungunya, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.16 – Número de casos confirmados e óbitos por Febre Amarela Silvestre – Minas Gerais, 2016 a 2021

Tabela 3.17 – Proporção geral de municípios que realizaram duas buscas ativas/retrospectivas de Paralisia Flácida Aguda (PFA) e/ou exantemáticas, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.18 – Porcentagem geral de semanas epidemiológicas com casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA), por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 3.19 – Proporção geral de casos suspeitos de meningites com diagnóstico laboratorial, por macrorregião de saúde de notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 4.1 – Número de amostras analisadas e os respectivos sorotipos de dengue detectados, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Tabela 4.2 – Número de exames sorológicos (detecção de anticorpos e pesquisa de antígeno) realizados e positividade – Minas Gerais, janeiro de 2020 a dezembro de 2021

Tabela 4.3 – Índice de positividade de exames sorológicos para detecção de COVID-19, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2020 a julho de 2022

Tabela 5.1 – Casos confirmados e óbitos por COVID-19 – Minas Gerais, 2020 a 2022

Tabela 5.2 – Notificações suspeitas de infecção congênita por zika vírus, por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2015 a 2021 8 Análise de Situação de Saúde - Minas Gerais Análise de Situação de Saúde - Minas Gerais 9

Tabela 5.3 – Distribuição de notificações realizadas, por tipo – Minas Gerais, 2015 a 2021

Tabela 5.4 – Completude do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar no contexto da febre amarela – Minas Gerais, 2016 a 2018

Tabela 5.5 – Inconsistência do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar no contexto da febre amarela – Minas Gerais, 2016 a 2018

Tabela 5.6 – Oportunidade do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar para febre amarela – Minas Gerais, 2016 a 2018

Tabela 5.7 – Características sociodemográficas dos casos confirmados de febre amarela identificados pelos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica, por sexo e faixa etária – Minas Gerais, 2016 a 2018

Tabela 6.1 – Taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 6.2 – Taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 6.3 – Razão de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 6.4 – Frequência de óbitos maternos por causas diretas e indiretas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 6.5 – Frequência de óbitos maternos por grupo de causas, segundo causa básica de morte – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 6.6 – Frequência de óbitos maternos por subcategoria e mês de ocorrência – Minas Gerais, 2021

Tabela 6.7 – Taxa de mortalidade infantil, por raça/cor – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 6.8 – Taxa de mortalidade neonatal, por raça/cor – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 7.1 – Distribuição de EAPV notificados no sistema de informação SIPNI-EAPV, segundo o tipo de evento e sexo – Minas Gerais, 2017 a 2020

Tabela 8.1 – Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.2 – Notificações de câncer relacionada ao Trabalho por Unidade Federativa (UF) – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.3 – Percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de acidente de trabalho, segundo a macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.4 – Percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.5 – Percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de intoxicação exógena relacionada ao trabalho, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.6 – Percentual de preenchimento do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nas notificações de acidente de trabalho, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.7 – Percentual de preenchimento do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nas notificações de acidente de trabalho com exposição à material biológico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.8 – Percentual de preenchimento do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nas notificações de Intoxicação exógena relacionada ao trabalho, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 8.9 – Percentual de municípios silenciosos para a captação e registros das doenças e agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por macrorregião de notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 9.1 – Número de casos hospitalares dos principais tipos de câncer que chegaram pela primeira vez nas instituições, segundo a procedência, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2020

Tabela 9.2 – Estadiamento clínico avançado (III/IV) do tumor na primeira consulta - casos hospitalares que chegaram à instituição oncológica sem tratamento anterior, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2020

Tabela 9.3 – Número de casos de câncer, segundo ano do diagnóstico e tempo até o primeiro tratamento no SUS – Minas Gerais, 2021

Tabela 10.1 – Monitoramento do PECQMamo – Minas Gerais, 2021

Tabela 10.2 – Quantitativo de resultados insatisfatórios do PROGDIA – Minas Gerais, 2015 a 2019

Tabela 10.3 – Quantidade de serviços de hemoterapia cadastrados – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tabela 11 - Total de estabelecimentos SUS por tipo de gestão do prestador

Tabela 12 - Proporção de leitos SUS conforme população estimada em Minas Gerais (2021).

Tabela 13 - Quantidade Total de Profissionais SUS por nível de ocupação em Minas Gerais.

Tabela 14 - Produção Hospitalar FAEC – Valor Aprovado e Quantidade Aprovada por Rubrica entre Julho/2022 e Junho/2023.

Tabela 15 - PPI - Informações adicionais acerca - incentivos e futuras programações das competências julho de 2022 a junho de 2023.

Tabela 16 – Distribuição da Gestão por Unidade Regional de Saúde.

Tabela 17 – Distribuição da Gestão por porte populacional do município.

Tabela 18 – Distribuição das eCR em 19 municípios do Estado de Minas Gerais.

Tabela 19 – Listagem de políticas nacionais referentes aos Ciclo de Vida.

Tabela 20 – CEAE por área de abrangência.

Tabela 21 – Perfil dos hospitais em Minas Gerais, frente aos módulos vigentes da Política Estadual de Atenção Hospitalar.

Tabela 22 – Déficit/Superávit de leitos de UTI em Minas Gerais.

Tabela 23 – Quantitativo de hospitais tipificados no Rede Resposta, por macrorregião.

Tabela 24 – Quantitativo de equipes do SAD, por macrorregião, em Minas Gerais - 2023.

Tabela 25 – Quantidade de Leitos de Retaguarda no Estado de Minas Gerais.

Tabela 26 – Pontos de Atenção da Rede Psicossocial por Nível de Atenção.

Tabela 27 – Procedimentos curetagem pós-abortametno/puerperal.

Tabela 28 – Estabelecimentos habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

Tabela 29 – Estabelecimentos habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Afecções do Sistema Musculoesquelético.

Tabela 30 – Estabelecimentos Habilitados como Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras.

Lista de Figuras

Figura 1.1 – Distribuição da população por faixa etária e sexo – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.2 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.3 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Centro Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.4 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Centro – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.5 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Jequitinhonha – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.6 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Oeste – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.7 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Leste – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.8 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Sudeste – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.9 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Norte – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.10 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Noroeste – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.11 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Leste do Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.12 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Nordeste – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.13 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Triângulo do Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.14 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Triângulo do Norte – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.15 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Vale do Aço – Minas Gerais, 2010 e 2021

Figura 1.16 – Relações entre transições demográfica, epidemiológica e da saúde

Figura 1.17 – Produto Interno Bruto, por trimestre – Minas Gerais, 2018 a 2021

Figura 1.18 – PIB per capita das macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2012

Figura 1.19 – Percentual de pessoas com idade mínima de 14 anos fora e dentro da força de trabalho (ocupadas e desocupadas) – Minas Gerais, primeiro trimestre de 2017 ao quarto trimestre de 2021

Figura 1.20 – IDH por macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2010

Figura 1.21 – Renda per capita nominal mensal e percentual de pobreza e extrema pobreza – Minas Gerais, 2012 a 2019

Figura 1.22 – Percentual de crianças e jovens matriculados e jovens com 16 e 19 anos que concluíram o ensino fundamental e médio, respectivamente – Minas Gerais, 2017 a 2020

Figura 1.23 – Renda per capita e taxa de analfabetismo, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2010

Figura 1.24 – Percentual de cobertura de abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2010

Figura 1.25 – Crescimento vegetativo, por macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 1.26 – Taxas de natalidade e mortalidade, por macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 1.27 – Taxa específica de natalidade relativa às mulheres em idade fértil, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 1.28 – Escore dos óbitos por capítulos da CID-10 – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 1.29 – Escore das internações hospitalares do SUS, por capítulos da CID-10 – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.1 – Coeficiente de incidência de tuberculose, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.2 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.3 – Percentual de casos de tuberculose pulmonar com cultura realizada, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.4 – Percentual de casos novos de tuberculose com exame de HIV realizado, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.5 – Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados por cura, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2020

Figura 2.6 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.7 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.8 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população até 14 anos, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021 12 Análise de Situação de Saúde - Minas Gerais Análise de Situação de Saúde - Minas Gerais 13

Figura 2.9 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população até 14 anos, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.10 – Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico e proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.11 – Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.12 – Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.13 – Número de casos de infecções sexualmente transmissíveis – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 2.14 – Número de casos de sífilis – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 2.15 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV – Minas Gerais, 2021 Figura 2.16 – Número de casos de HIV/Aids e de óbitos por HIV/Aids – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 2.17 – Número de casos notificados de hepatites virais – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 2.18 – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017

Figura 2.19 – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2021

Figura 2.20 – Taxa de mortalidade prematura por DCNT, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017

Figura 2.21 – Taxa de mortalidade prematura por DCNT, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2021

Figura 2.22 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo raça/cor preenchido com informação válida, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.23 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo identidade de gênero preenchido com informação válida, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 2.24 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo orientação sexual preenchido com informação válida, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Figura 3.1 – Número de acidentes botrópicos e crotálicos ocorridos, por macrorregião de ocorrência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.2 – Distribuição dos casos notificados de malária – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.3 – Distribuição dos casos novos de leishmaniose tegumentar – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.4 – Frequência de casos, óbitos e letalidade por leishmaniose visceral, por faixa etária – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.5 – Notificações de atendimento antirrábico humano, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.6 – Notificações de atendimento antirrábico segundo a espécie animal agressora – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.7 – Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.8 – Curva epidêmica dos casos prováveis de chikungunya, por semana epidemiológica de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.9 – Curva epidêmica dos casos prováveis de zika, por semana epidemiológica de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.10 – Casos confirmados de Febre Amarela Silvestre, por período de monitoramento, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, julho de 2016 a junho de 2017 e julho de 2017 a junho de 2018

Figura 3.11 – Frequência de registro de epizootias em primatas não humanos (PNH) e epizootias confirmadas para o vírus amarelão, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2021 a 2022

Figura 3.12 – Percentual de municípios com realização de busca ativa de doenças exantemáticas por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2022

Figura 3.13 – Proporção geral de casos suspeitos de doenças exantemáticas (sarampo ou rubéola) encerrados por critério de laboratório, por ano de notificação e macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 3.14 – Proporção geral de casos de toxoplasmose gestacional investigados e encerrados oportunamente, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 4.1 – Porcentagem de exames positivos para dengue (ensaio imunoenzimático e RTPCR), por ano – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.2 – Porcentagem de exames positivos para dengue (ensaio imunoenzimático e RTPCR), por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.3 – Taxa anual de exames (ensaios imunoenzimáticos - ELISA IgM e MAC-ELISA) realizados para dengue, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.4 – Taxa anual de exames (RT-PCR) realizados para dengue, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022 14 Análise de Situação de Saúde - Minas Gerais
Análise de Situação de Saúde - Minas Gerais 15

Figura 4.5 – Exames positivos para chikungunya, por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.6 – Taxas anuais de exames (ensaio imunoenzimático) realizados para a detecção de chikungunya, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.7 – Taxas anuais de exames (RT-PCR) realizados para a detecção de chikungunya, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.8 – Taxas anuais de exames (ensaio imunoenzimático) realizados para detecção da zika, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.9 – Taxas anuais de exames (RT-PCR) realizados para detecção da zika, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.10 – Exames positivos para a zika, por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

Figura 4.11 – Porcentagem de exames RT-PCR positivos para Covid-19, por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2020 a julho de 2022

Figura 4.12 – Principais linhagens/variantes do vírus SARS-CoV-2 notificadas a SES/MG, por semana epidemiológica de coleta – Minas Gerais, janeiro de 2021 a julho de 2022

Figura 5.1 – Doses aplicadas e cobertura vacinal contra a COVID-19 – Minas Gerais, até julho de 2022

Figura 5.2 – Fase 1 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais

Figura 5.3 – Fase 2 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais

Figura 5.4 – Fase 3 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais

Figura 5.5 – Fase 4 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais

Figura 5.6 – Notificações suspeitas de infecção congênita por zika vírus distribuídas por ano de notificação – Minas Gerais, 2015 a 2021

Figura 5.7 – Distribuição espacial dos casos confirmados de febre amarela identificados pelos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica – Minas Gerais, 2016 a 2018

Figura 5.8 – Distribuição dos casos confirmados de febre amarela identificados pelos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica, por semana epidemiológica de início dos sintomas – Minas Gerais, 2016 a 2018

Figura 6.1 – Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por grupo de causas selecionadas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 6.2 – Frequência de óbitos maternos, segundo mês de ocorrência – Minas Gerais, 2021

Figura 7.1 – Cobertura vacinal das vacinas recomendadas para as crianças menores de um ano de idade e homogeneidade de cobertura vacinal entre as vacinas avaliadas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 7.2 – Cobertura vacinal das vacinas recomendadas para as crianças de um ano de idade e homogeneidade de cobertura vacinal entre as vacinas avaliadas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 7.3 – Fluxograma de notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação

Figura 9.1 – Estadiamento clínico do tumor (TNM) em primeira consulta - casos hospitalares que chegaram à instituição oncológica sem tratamento anterior, segundo neoplasia selecionada – Minas Gerais, 2020

Figura 10.1 – Série histórica do PECQMamo – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.2 – Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas e notificantes, por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2020

Figura 10.3 – Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas e notificantes, por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2021

Figura 10.4 – Série histórica dos indicadores de saúde das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) – Minas Gerais, 2019 a 2021

Figura 10.5 – Número de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, por ano – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.6 – Proporção do grau de dano das notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, por ano – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.7 – Densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde em UTI adulto – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021

Figura 10.8 – Densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde em UTI pediátrica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021

Figura 10.9 – Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial em UTI neonatal, por faixa de peso – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021

Figura 10.10 – Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea clínica em UTI neonatal, por faixa de peso – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021

Figura 10.11 – Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal, por faixa de peso – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021

Figura 10.12 – Número de Casos Confirmados de New Delhi Metalobetalactamase (NDM) – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.13 – Percentual dos Serviços de Hemoterapia inspecionados por tipo de serviço em relação aos cadastrados – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.14 – Número de Serviços de Hemoterapia avaliados com o MARPSH, em relação aos cadastros – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.15 – Histórico da distribuição percentual de Serviços de Hemoterapia avaliados pelo MARPSH, em relação ao risco potencial – Minas Gerais, 2017 a 2021

Figura 10.16 – Série histórica dos Serviços de Hemoterapia classificados

Figura 11 - Disposição Territorial dos CIS de Minas Gerais

Figura 12 - Total Aplicado em Ações e Serviços de Saúde – 2020 a 2022

Figura 13 - Evolução das aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde – 2020 a 2022 – Valores per capita

Figura 14 - Evolução das aplicações em Ações e Serviços Públicos por função 2020 a 2022

Figura 15 - Distribuição das aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde por função – 2020 a 2022.

Figura 16 - Sistema Estadual de Regulação Assistencial – Fluxo U/E.

Figura 17 - Projeção das Solicitações de Internação do SUSfácilMG de 2023 a 2032, organizada segundo cenários.

Figura 18 - Árvore de Problemas - Precarização do processo de Regulação Assistencial.

Figura 19 - Estabelecimentos SUS por macrorregião em Minas Gerais

Figura 20 - Leitos SUS em Minas Gerais por especialidades.

Figura 21 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: setembro/2023)

Figura 22 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: setembro/2023)

Figura 23 - Produção Hospitalar FAEC – Valores aprovados por macrorregião de saúde de atendimento entre Julho/2022 e Junho/2023.

Figura 24 - Produção Hospitalar FAEC – Valores e Quantidades aprovados por rubrica entre Julho/2022 e Junho/2023.

Figura 25 - Produção Hospitalar FAEC – Percentual de internações realizadas dentro e fora da macrorregião de saúde de origem entre Julho/2022 e Junho/2023.

Figura 26 - Produção Hospitalar FAEC – Valores aprovados por macrorregião de saúde de atendimento entre Julho/2022 e Junho/2023.

Figura 27 - Produção Hospitalar FAEC – Percentual de atendimentos realizados dentro e fora da macrorregião de saúde de origem entre Julho/2022 e Junho/2023.

Figura 28 - PPI x Produção Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar competências julho de 2022 a junho de 2023

Figura 29 – Municípios de Minas Gerais, segundo o tipo de gestão, situação em setembro de 2023.

Figura 30 – Evolução anual da descentralização da gestão de prestadores MAC, de 1998 a setembro/2023 (em número de municípios).

Figura 31 - Cobertura (%) por Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família nas Unidades Regionais do Estado de Minas Gerais – Setembro 2019.

Figura 32 - Cobertura das eAPP em Minas Gerais.

Figura 33 - Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada na atenção primária à saúde por faixa etária, Minas Gerais, 2022.

Figura 34 - Cobertura de acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar da população acompanhada na atenção primária à saúde por faixa etária, Minas Gerais, 2022.

Figura 35 – Público-alvo participante das atividades oferecidas pelo Programa Academia da Saúde no Estado de Minas Gerais, 2023.

Figura 36 – Distribuição dos Polos do Programa Academia da Saúde em Minas Gerais, 2023.

Figura 37 – Quantidade de práticas corporais e atividades físicas registradas na ficha de atividade coletiva, por Unidade Regional de Saúde.

Figura 38 – Etapas da construção da Política Hospitalar

Figura 39 – Status de implantação do SAMU 192 em Minas Gerais, em 2019.

Figura 40 – Status de implantação do SAMU 192 em Minas Gerais, em 2023.

Figura 41 – Estratégias para o fortalecimento das ações de prevenção, controle e vigilância de doenças negligenciadas.

Figura 42 – Alcance da pesquisa-ação em parceria com a UFMG até outubro de 2023.

Figura 43 - Mapa da descentralização dos CRIE e da vigilância dos ESAVI em Minas Gerais em 2023.

Figura 44 - Critérios de participação e beneficiários contemplados pela aquisição de “Vacimóveis” em 2023.

Figura 45 - Utilização de drones para realização do controle do Aedes aegypti.

Figura 46 - Lógica do processo de monitoramento e avaliação das diretrizes propostas no PES.

Siglas

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
ACE - Agente de Controle de Endemia
ACS – Agente Comunitário de Saúde
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
ASPS - Ações e Serviços Públicos em Saúde
BLH - Banco de Leite Humano
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAGEP - Casas de Apoio a Gestantes e Puérpera
CAEA/SES-MG - Coordenação de Atenção Especializada da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
CEAHVIS - Comitê Estadual De Gestão Do Atendimento Humanizado Às Vítimas De Violência Sexual
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CES/MG – Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
C&T - Ciência e Tecnologia
CGBP - Casa da Gestante do Bebê e da Puérpera
CIB-SUS - Comitê Intergestores Bipartite
CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIF - Comitê Interfederativo
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS-MG - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSET - Conselho de Ética Pública do Estado de Minas Gerais
CPN - Centro de Parto Normal
CRIE - Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais
DART - Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho
DGIC - Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado
DNV - Declaração de Nascido Vivo
DO - Declaração de Óbito
DOMI - Diretrizes, objetivos, metas e indicadores
DRC - Doença Renal Crônica
EAD – Ensino à Distância
eAPP - Equipes de Atenção Primária Prisional
EpiSUS - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESAVI - Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação e Imunização
eSB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESP-MG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FEAM - Fundação Estadual de Meio Ambiente
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FES - Fundo Estadual de Saúde
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
Funed - Fundação Ezequiel Dias

GAR - Gestação de alto risco
Ibama - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
ICT - Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação
IFMG-Sabará - Instituto Federal de Minas Gerais – Campus Sabará
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INPI - Instituto Nacional de Propriedade Industrial
IOM - Instituto Octávio Magalhães
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
Lacen/MG - Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais
LER/DORT - Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LOA - Lei Orçamentária Anual
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais
MAC - Média e Alta Complexidade
Mapa - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MARP - Modelo de Avaliação de Risco Potencial
MS - Ministério da Saúde
NIT - Núcleo de Inovação Tecnológica
NUCAD - Núcleo de Correção Administrativa
NUPAD - Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG
Nuvisas – Núcleo de Vigilância Sanitária da Unidade Regional de Saúde
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OPM - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAA - Programa de Aquisição de Alimentos
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído
PARA-MG - Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos do Estado de Minas Gerais
PBF - Programa Bolsa Família
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PBiotec - Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia
PCLH - Postos de Coleta de Leite Humano
PCMG - Polícia Civil de Minas Gerais
PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PDVISA - Programa de Descentralização da Vigilância Sanitária
PECQMamo - Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia
PEPIC - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PI-SES/MG - Plano de Integridade
PMPG - Polícia Militar de Minas Gerais
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral de Saúde Prisional
PNAISARI - Política Nacional de Atenção integral a Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNCTIS - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNS - Pesquisa Nacional Saúde
PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSVA - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POEPS-MG - Política Estadual de Promoção da Saúde de Minas Gerais
PRN - Programa de Reanimação Neonatal
PRI - Planejamento Regional Integrado
PROGDia - Programa de Monitoramento da Qualidade da Água para Hemodiálise
PROGMEC - Programa Estadual de Monitoramento da Qualidade dos Medicamentos e Congêneres
PROG-DVMC-001 – Programa de Qualificação e Capacitação dos Inspectores de Estabelecimentos da Área de Medicamentos e Congêneres, e colaboradores da DVMC
PROG-SNVS-001 - Programa de Qualificação e Capacitação dos Inspectores de Estabelecimentos Fabricantes de Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Produtos para Saúde
PROGVISA - Programa Estadual de Monitoramento de Qualidade dos Alimentos
PPP - pré-parto, parto e pós-parto
PPI - Programação Pactuada Integrada
PSE - Programa Saúde nas Escolas
PTN-MG - Programa de Triagem Neonatal
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RASB-MG - Rede de Atenção à Saúde Bucal de Minas Gerais
RAVVS - Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual
RELSP/MG - Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública de Minas Gerais
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REDESIM - Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RN - Recém-nascido
RREO - Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE-Ampliado - Serviço de Atenção Especializada Ampliado
SBIT - Substâncias de Baixo Índice Terapêutico
SEDESE - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
SEE - Secretaria Estadual de Educação
SEI – Sistema Eletrônico de Informações
SEJUSP – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
SES-MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SEVS-MG - Sistema Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais
SGQ - Sistemas de Gestão da Qualidade
SIA-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS - Sistemas de Informação em Saúde
SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUV - Serviço de Verificação de Óbito
SVE - Superintendência de Vigilância Epidemiológica
TTAC - Termo de Transição e de Ajustamento de Conduta
TRS - Terapia Renal Substitutiva
UAPS – Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

URS – Unidade Regional de Saúde
UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UCI - Unidade de Cuidados Intermediários
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto
UP – Unidade Prisional
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URS – Unidade Regional de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTI-P - Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas
VAPT - Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho
VESAT - Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador
Vigidesastres - Vigilância de Desastres de Origem Natural
Vigiagua - Vigilância da Qualidade da Água Destinada Ao Consumo Humano
VISA - Vigilância Sanitária
VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador
VS - Vigilância em Saúde
VSPEA - Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos
VE - Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	24
2. ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE	27
2.1. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	27
2.1.1. ESTRUTURA SES/MG	27
2.1.2. GOVERNANÇA REGIONAL	29
2.1.3. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	31
2.2. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES)	33
2.3. AUDITORIA DO SISTEMA DE SAÚDE	34
2.4. OUVIDORIA DO SISTEMA DE SAÚDE	37
2.5. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP-MG)	39
2.6. FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS	42
2.7. FUNDAÇÃO HEMOMINAS	44
2.8. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	49
3. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE	50
3.1. ANÁLISE SITUACIONAL DA VIGILÂNCIA	50
3.2. REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	216
3.2.1. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR)	216
3.2.2. CONSÓRCIOS	217
3.2.3. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO	219
3.3. GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	225
3.3.1. PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE	225
3.3.2. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE	231
3.3.3. ÉTICA E INTEGRIDADE	232
3.4. ORGANIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	235
3.4.1. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM MINAS GERAIS	235
3.4.2. CAPACIDADE INSTALADA	243
3.4.3. PRODUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	246
3.4.4. JUDICIALIZAÇÃO	256
3.5. POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE DO SUS/MG	257
3.5.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	257
3.5.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	279
3.5.3. ATENÇÃO HOSPITALAR E PRÉ-HOSPITALAR	281
3.5.4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	299
3.5.5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	318
3.5.6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	348
3.6. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PESQUISA, PRODUÇÃO E ENSINO EM SAÚDE	353
3.6.1. ATUAÇÃO DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA	353
3.6.2. ATUAÇÃO DA FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS	357
4. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2024-2027	359
5. MATRIZ DE COERÊNCIA ENTRE OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO	379
6. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	394
7. REFERÊNCIAS	396
ANEXO I – PARECER CES RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2022 – CETOF N°22/2023	418
ANEXO II – RELATÓRIO X CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS	450
ANEXO III – DECRETO N° 48.661/2023	455

1. Introdução

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) vem fortalecendo as ações para garantir a ampliação do acesso, a qualidade das políticas públicas de saúde e o aprimoramento dos processos internos de gestão, em conjunto com a União e com os Municípios. Nesse sentido, compreendendo o papel fundamental da atuação conjunta entre os entes federados para o avanço do Sistema Único de Saúde, considerando a diversidade, as desigualdades e a amplitude dos territórios mineiros, reafirma seu compromisso com o planejamento construído com base nos princípios do SUS.

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

- Plano de Saúde
- Programação Anual de Saúde
- Relatório do Quadrimestre Anterior
- 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.

A **Programação Anual de Saúde (PAS)** 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 são apresentados, a cada 4 meses, por meio do Relatório do Quadrimestre Anterior (RDQA). O **RDQA** é uma exigência legal decorrente da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e deve conter informações sobre o montante e fonte dos recursos aplicados no período; oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Por fim, os resultados anuais são consolidados no **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, principal instrumento de prestação de contas e que orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no planejamento do sistema de saúde.

Neste cenário, o Plano Estadual de Saúde (PES) é o instrumento central do planejamento do SUS, sendo a base para a execução e o monitoramento de todas as iniciativas no âmbito da saúde, de tal forma que a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, considera como ações e serviços públicos em saúde, apenas aqueles que estejam em conformidade com os Planos de Saúde de cada ente da federação, conforme se lê abaixo:

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.

Nesse sentido, os Planos de Saúde devem explicitar os resultados a serem buscados e as iniciativas no âmbito da saúde estadual, no período de quatro anos, compreendido entre 2024 e 2027. O Plano faz parte de um processo de planejamento e orçamento ascendente, isto é, partindo das necessidades e do perfil epidemiológico de cada região do estado; dos planos e metas regionais e das conferências municipais e estaduais.

A transparência e a participação da sociedade civil são premissas para a construção dos Planos de Saúde. A sociedade civil é protagonista no processo de Planejamento do SUS, desde as Conferências municipais e estaduais que elaboram propostas para o Estado, passando pela elaboração de diretrizes, até a apreciação e aprovação do Plano. Ademais, a transparência desse processo deve ser assegurada pela ampla divulgação de seus resultados e pela constante consulta às instâncias de participação, aos trabalhadores e usuários do SUS durante sua construção. (LC 141/2012)

A Portaria nº2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, que deverá ter como base os pressupostos:

- I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.
- II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).
- III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.
- IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.
- V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;
- VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;
- VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Assim, o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais (2024-2027) sistematizou os principais desafios enfrentados pela saúde pública estadual com base na análise situacional e definiu os objetivos para o período, bem como as estratégias e metas para alcançá-los. O PES (2024-2027) traduziu 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, participativas e de atuação intersetorial junto aos diversos atores que constroem e defendem esse Sistema, de modo a explicitar como as propostas feitas para um longo prazo serão operacionalizadas.

O presente Plano Estadual de Saúde, portanto, adotou como base as diretrizes propostas pelas Conferências de Saúde, pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Planejamento Regional Integrado (PRI-MG), pelo Planejamento Estratégico da SES-MG, pela proposta de Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027), pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI 2019-2030), bem como pelos resultados da análise situacional de saúde e as competências da Secretaria de Estado de Saúde e das entidades vinculadas, determinadas pelo Decreto nº48.661, de 2023. A coerência entre os diferentes instrumentos de planejamento será demonstrada em seção específica deste volume.

A estrutura do PES está baseada nas orientações da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 e contém a análise situacional de saúde, a definição das diretrizes, objetivos, metas, o processo de monitoramento e avaliação e a matriz de coerência entre os instrumentos de planejamento.

2. Estrutura do Sistema Estadual de Saúde

A Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), de que trata o art. 43 da Lei 24.313, de 28 de abril de 2023, rege-se pelo Decreto nº48.661, de 31 de julho de 2023 e pela legislação aplicável. A SES-MG tem por competência:

formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado, de forma regional e descentralizada, atuando em cooperação com os demais entes federados na prevenção, na promoção, na preservação e na recuperação da saúde da população;
gerenciar, coordenar, controlar e avaliar as políticas do SUS no Estado;
promover a qualificação dos profissionais do SUS, por meio da realização de pesquisas e atividades de educação em saúde;
promover e coordenar o processo de regionalização e descentralização dos serviços e ações de saúde;
coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, nutricional e de saúde do trabalhador;

Integram a área de competência da SES-MG:

- I. 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.

2.1. Secretaria de Estado de Saúde-SES/MG

2.1.1. Estrutura SES/MG

O Processo de Mudança Institucional da SES/MG

No ano de 2023, o Governo do Estado de Minas Gerais implementou uma nova estrutura orgânica do Poder Executivo por meio da Lei nº 24.313, de 28 de abril de 2023. Esse instrumento, em especial através artigo 44, altera a estrutura organizacional da SES-MG, e é posteriormente complementado pelo Decreto de Competências nº48.661, de 31 de julho de 2023.

A nova organização administrativa se propõe a aprimorar a estrutura organizacional, de modo a gerar ganhos de eficiência e eficácia. As mudanças propostas fortalecem a regionalização das políticas públicas, otimizam a distribuição de responsabilidades, estimulam o desenvolvimento de ações alinhadas com a estratégia organizacional, alinham a elaboração das políticas públicas e seu financiamento, promovem maior agilidade e efetividade no cumprimento de decisões judiciais relacionadas à saúde.

Ao conferir maior protagonismo à SES-MG nível regional, a mudança na estrutura da organização qualifica a regionalização das políticas públicas de saúde na medida em que aproxima formulação e execução, com vistas a produzir políticas de saúde coerentes e adequadas às realidades locais.

Dessa forma, a partir do Decreto nº48.661, de 31 de julho de 2023, a Secretaria passou a se estruturar a partir de 5 subsecretarias, conforme descrito a seguir.

A **Subsecretaria de Redes de Atenção à Saúde (SUBRAS)** tem como competência definir diretrizes e coordenar as políticas públicas de saúde na Rede de Atenção à Saúde, com atribuições de:

- I - estruturar os serviços de saúde e qualificar a assistência nas Redes de Atenção à Saúde;
- II - fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado;
- III - fomentar e orientar a estruturação e ampliação das linhas de cuidado.

A Subsecretaria de Vigilância em Saúde tem como competência definir diretrizes das políticas de vigilância em saúde, com atribuições de:

- I - promover a integração das vigilâncias sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador;
- II - promover a vigilância da situação de saúde da população e avaliação do cenário das ações de saúde pública;
- III - estruturar um ambiente propício à implementação de soluções inovadoras em vigilância em saúde;
- IV - coordenar, monitorar e avaliar o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde - SEVS-MG;
- V - fortalecer a gestão municipal das ações e serviços de vigilância em saúde;
- VI - promover, coordenar, monitorar e avaliar o Programa Nacional de Imunização - PNI, no âmbito do Estado;
- VII - coordenar a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta estratégica às emergências de saúde pública, no âmbito do Estado;
- VIII - coordenar, supervisionar e assessorar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública - RELSP-MG;
- IX - executar as ações de vigilância em saúde, de forma complementar ou suplementar, no âmbito da vigilância laboratorial e das respostas estratégicas às emergências em saúde pública.

A **Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde** tem como competência coordenar, propor e definir as políticas e diretrizes para o acesso a serviços e insumos de saúde, com atribuições de: e

- I - orientar os esforços estratégicos de integração e colaboração entre regulação e programação assistencial, assistência farmacêutica e judicialização em saúde;
- II - definir diretrizes para a equidade do acesso às ações, aos serviços e aos insumos de saúde nas redes de atenção à saúde;
- III - gerenciar a Comissão de Farmácia e Terapêutica.

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

- I - definir diretrizes e supervisionar a gestão dos recursos orçamentários e financeiros e acompanhar o cumprimento do mínimo constitucional;
- II - definir diretrizes e supervisionar as atividades de gestão e desenvolvimento de pessoas;
- III - definir diretrizes e supervisionar as atividades de contratações públicas, gestão logística e patrimonial, e de infraestrutura;
- IV - promover a integração de suas atividades com as entidades

vinculadas;
V - fomentar a modernização administrativa.

A **Subsecretaria de Regionalização** tem como competência promover a governança regionalizada das políticas de saúde, com atribuições de:

- I - implantar e monitorar as políticas de saúde no âmbito da SES-MG;
- II - gerenciar as comissões intergestores bipartite estadual, macrorregionais e microrregionais;
- III - acompanhar as decisões da Comissão Intergestores Tripartite;
- IV - coordenar a elaboração de estudos e análises de regionalização em saúde;
- V - coordenar ajustes e revisões do Plano Diretor de Regionalização;
- VI - promover ações de desenvolvimento dos consórcios e coordenar a relação institucional entre estes e as áreas técnicas da SES-MG.

2.1.2. Governança Regional

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 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 competências do governo central para as instâncias locais, podendo haver transferência de poder e recursos financeiros, o que agiliza a gestão de políticas públicas e aproxima o Estado da sociedade. Nesse processo, a descentralização resultou em uma maior responsabilização de 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, 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 ultrapassem 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)

Conforme Tribunal de Contas da União – TCU (2014) a “governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”

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:

- O desenho da organização assistencial, consubstanciado no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR);
- 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
- 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.

Comissões Intergestores

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 entre eles 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 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. A CIB-SUS/MG é, portanto, 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 resolutive com garantia de acesso a uma saúde resolutive, 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.

Unidades Regionais de Saúde

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 24.313, de 28 de abril de 2023, que trata da regulamentação geral da estrutura do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais. No momento da elaboração deste Plano Estadual de Saúde, encontra-se em vias de publicação a regulamentação específica das URS que propõe que tais unidades 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, fazer a 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.

2.1.3. Planejamento Estratégico

Ao longo dos últimos anos, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais vem fortalecendo as ações para garantir a ampliação do acesso, a qualidade das políticas públicas de saúde e o aprimoramento dos processos internos de gestão.

Em 2023, para seguir avançando com mais foco e consistência nessa direção, foi iniciada a construção de um novo ciclo da SES-MG. Para tanto, duas importantes frentes de ação estruturadoras foram priorizadas nos primeiros meses do ano:

- I. a revisão da estrutura e das competências organizacionais da Secretaria, que resultou na publicação do Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023; e
- II. a elaboração de um novo planejamento estratégico que, além de direcionar os esforços da SES-MG, serviu como insumo para a definição de objetivos e metas para o plano que se apresenta.

Em 2023 a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais elaborou seu novo planejamento estratégico, oferecendo novas diretrizes para a atuação da organização no período pós-pandêmico. Para além do seu papel tradicional de orientação sistemática dos esforços das equipes, esse planejamento foi pensado como um vetor para a retomada do orgulho e da motivação em trabalhar pelo SUS em Minas Gerais.

Durante o processo de construção, conduzido a partir de metodologia desenvolvida pelo corpo técnico da própria SES-MG, foram mantidos fluxos contínuos e transparentes de comunicação interna para estimular o engajamento das equipes e permitir contribuições da alta gestão e dos colaboradores. Dessa forma, todas as unidades administrativas que compõem a Secretaria foram convidadas a conhecer e analisar seus principais problemas e desafios por meio de seminários, oficinas e votações. Esses esforços resultaram na construção de uma visão de futuro clara, significativa e capaz de integrar e orientar os esforços das diferentes equipes que compõem a Secretaria.

No acumulado, a elaboração do novo planejamento estratégico da SES contou com mais de 1670 participações sob diversos formatos. Mais que um exercício de planejamento, o processo provocou a sensibilização e motivação para o alcance da visão estratégica construída pela Secretaria: tornar real o SUS ideal.

A partir dessa metodologia, a secretaria definiu os elementos centrais de seu Planejamento Estratégico:

Visão: “Tornar Real o SUS ideal”

Missão: “Transformar a maneira de pensar e fazer saúde pública em Minas Gerais para entregar soluções consistentes e eficazes”

Valores: Colaboração; Decisão informada por evidências; Foco em resultados; Foco no cidadão; Humanização; Integridade; Resolubilidade; Transparência;

O que queremos para o SUS: “Ter o sistema de saúde organizado e eficiente que ofereça cuidado regionalizado de qualidade, ordenado pela Atenção Primária, com equidade e com foco em resultados reais para o cidadão.”- Que se desdobrou em 08 Objetivos Estratégicos para o SUS/MG.

O que queremos para a SES: “Ter um ambiente gerencial organizado e saudável, que estimule a colaboração entre pessoas para a superação de problemas estruturais, com foco em resultados reais para o cidadão.”- Que se desdobrou em 08 Objetivos Estratégicos para a SES-MG.

Com base nesses elementos, a Secretaria desenvolveu 8 objetivos de gestão (Objetivos SES) e 8 objetivos assistenciais (Objetivos SUS), representados no Mapa Estratégico abaixo:



2.2. 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 nº 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.

2.3. Auditoria do Sistema de Saúde

2.3.1. Breve histórico da Auditoria no Sistema Único de Saúde

A Auditoria do SUS está organizada na forma do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), conforme previsão da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 16, inciso XIX, dispõe que compete à direção Nacional do SUS:

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Posteriormente, o SNA foi formalmente instituído pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, que estabelece em seu artigo 6º, §1º e §2º:

Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

A partir das normativas acima, depreende-se que o SNA se organiza de forma tripartite, sob a coordenação de seu componente federal, representado pela Auditoria-Geral do SUS, e com a participação dos componentes estaduais (em Minas Gerais representado pela Auditoria do SUS-MG e pelas Assessorias Regionais de Auditoria em 14 Superintendências Regionais de Saúde) e dos componentes municipais, nos casos dos municípios que instituíram o setor de auditoria do SUS no seu território.

Especificamente quanto às competências do SNA nos estados da federação, estas estão dispostas em termos gerais no artigo 5º, inciso II:

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

(...)

II - no plano estadual

- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
- b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

No âmbito do estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde organizou formalmente, em 1994, o Sistema de Auditoria Assistencial - SAA, a partir do Decreto Estadual nº 36.629, de 30 de dezembro de 1994. No momento de elaboração deste Plano Estadual de Saúde, o regulamento do SAA passa por revisão para futura publicação na forma de Decreto Estadual, o qual substituirá Decreto nº 36.629/1994 e a Resolução SES-MG nº 2.906/2011.

A auditoria do SUS está vinculada diretamente ao Secretário de Estado de Saúde, conforme Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019, revogada pela Lei Estadual nº 24.313, de 28 de abril de 2023, atualmente vigente e que mantém a Auditoria do SUS-MG na estrutura da SES-MG diretamente ligada ao seu Gabinete.

2.3.2. Da relevância e do papel das ações de Auditoria na gestão do SUS

Conforme definição estabelecida pelo Tribunal de Contas da União quanto ao conceito de Auditoria:

Auditoria é o processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado.

A auditoria do SUS, na concepção do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), é uma ferramenta de aprimoramento da administração destinada a fortalecer o Sistema Único de Saúde. Ela alcança esse objetivo fornecendo avaliações e recomendações aos gestores para assegurar a alocação adequada de recursos, garantir o acesso e promover a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Os componentes do SNA são importantes instâncias internas de apoio à governança em saúde, avaliando e monitorando os riscos e controles internos da organização, comunicando

quaisquer disfunções identificadas ao conselho de saúde, à alta administração e demais atores interessados nos resultados aferidos.

2.3.3. Competências, objetivos, principais áreas de atuação

Nos termos do Decreto Estadual 48.661, de 31 de julho de 2023, artigo 11, a Auditoria do SUS-MG tem como competência auditar a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS, com as seguintes atribuições técnicas gerais:

Art. 11(...)

- I – elaborar, implementar e executar a Política de Auditoria do SUS-MG;
- II – auditar a gestão, as ações e serviços de saúde e a regularidade técnico-financeira da utilização dos recursos do SUS;
- III – auditar os sistemas municipais de saúde, os prestadores de serviços do SUS e os consórcios intermunicipais de saúde;
- IV – articular com os outros componentes do Sistema Nacional de Auditoria e demais instituições de Controle Interno e Externo;

O Regulamento do Sistema de Auditoria, atualmente vigente na forma da Resolução SES-MG nº 2.906, de 24 de agosto de 2011, define em seu artigo 3º os objetivos da Auditoria do SUS, destacamos:

Art. 3º (...)

- I - verificar e avaliar a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da atenção à saúde;
- II - produzir informações para subsidiar o planejamento das ações de forma a contribuir para o aperfeiçoamento do SUS-MG;
- III - subsidiar o controle social e contribuir com os Conselhos de Saúde, prestando informações pertinentes;
- IV - contribuir com as áreas técnicas nas ações de controle e avaliação da gestão do SUS-MG;
- V - contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento da gestão dos sistemas e serviços de saúde;
- VI - zelar pelo cumprimento das normas e dos princípios do SUS;

De forma ampliada, a atuação da Auditoria do SUS-MG alcança todas as ações e serviços de saúde realizados no âmbito do SUS, perpassando transversalmente pelas diversas políticas de saúde implementadas. As avaliações são realizadas a partir de determinados critérios normativos e legais que guiam as políticas de saúde, buscando verificar se a atuação prática dos órgãos e entidades auditados se alinham aos padrões estabelecidos. A Auditoria do SUS-MG atua, ainda, na análise da utilização dos recursos financeiros do SUS nos municípios, prestadores de saúde e consórcios, buscando identificar eventuais impropriedade ou irregularidades, a fim de ressarcir o erário, quando necessário, e orientar os gestores quanto à prevenção de reincidências.

2.3.4. Perspectivas e desafios para o quadriênio 2024-2027

Anualmente a Auditoria do SUS-MG estabelece seu Plano Anual de Auditorias (PAA), instrumento estabelecido pela Portaria GM/MS nº 4.644/2022, mas já adotado por este componente estadual em anos anteriores. O PAA é sempre pactuado com o Secretário de Estado de Saúde, e tem por finalidade explicitar as ações a serem desenvolvidas em cada exercício, estabelecendo uma agenda prévia de trabalho a ser desenvolvido por sua equipe técnica.

O PAA de cada ano contém as auditorias programadas e especiais que serão realizadas no decorrer do exercício. Definem-se como “auditorias programadas” aquelas constantes no

cronograma do Componente Estadual de Auditoria, cuja motivação não tem origem externa. Por outro lado, as auditorias especiais são aquelas realizadas para apurar denúncias ou para atender demandas externas ao Componente Estadual de Auditoria.

Para o quadriênio 2024-2027, a Auditoria do SUS-MG irá definir a cada PAA um eixo de auditorias programadas que tenha por objeto uma das políticas de saúde implementada pela SES-MG, visando avaliar a operacionalização da política nos territórios (secretarias municipais de saúde e prestadores de serviços do SUS), conforme competência estabelecida a este componente estadual do SNA.

Além disso, como já vem sendo realizado desde o PAA de 2019, será dada continuidade ao eixo de auditorias programadas nas Secretarias Municipais de Saúde cujos municípios assumiram a gestão de seus prestadores, com os objetivos de avaliar se esses municípios se organizaram adequadamente, atendendo aos critérios estabelecidos nas normativas; subsidiar a Gestão Municipal com informações técnicas por meio dos Relatórios de Auditoria; e identificar a necessidade de capacitação e sensibilização dos gestores municipais quanto à organização dos componentes municipais do SNA.

Em um outro eixo de atuação, uma das finalidades da Auditoria do SUS-MG é “promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS” (Resolução SES-MG nº 2.906, de 24 de agosto de 2011, art.4º, inciso VIII). Assim, no quadriênio 2024-2027, a Auditoria do SUS-MG dará continuidade à realização de seminários regionais para gestores de saúde e demais servidores municipais estratégicos acerca da importância de organização dos respectivos componentes municipais de auditoria do SUS, e dos aspectos gerais dos trabalhos de auditoria do SUS, realizados conforme demanda das Unidades Regionais de Saúde. Nesse mesmo sentido, serão planejados momentos de capacitação ou ações integradas com os componentes municipais e federal.

A Auditoria do SUS-MG tem como desafio para o quadriênio 2024-2027 a constante diminuição do corpo de auditores, cuja quantidade vem caindo paulatinamente desde 2011. Decorrente dessa diminuição, via de regra as equipes são constituídas por auditores lotados em diferentes Superintendências Regionais de Saúde, fato que leva a dificuldades logísticas quanto à organização das viagens. Justamente pela situação desenhada, atualmente não é mais possível manter os auditores em atuação somente dentro dos limites das macrorregiões em que estão sediados, muitas vezes levando ao deslocamento por grandes distâncias das equipes designadas, o que por sua vez diminui o tempo útil disponível para os trabalhos no território.

Não obstante, a modernização dos processos e procedimentos de auditoria, bem como a frequente capacitação dos auditores, vem permitindo que a Auditoria do SUS-MG atue adequadamente dentro de suas atribuições.

2.4. Ouvidoria do Sistema de Saúde

O Decreto 47.529/18, que regulamenta a Lei 13.460/17 no âmbito do Executivo Estadual, traz a seguinte definição de Ouvidoria: “Instância de participação e controle social responsável pelo tratamento das manifestações relativas aos serviços públicos prestados sob qualquer forma ou regime, com vistas à avaliação da efetividade e ao aprimoramento da gestão pública.”

No mesmo sentido, a Resolução Conjunta SES-MG/OGE nº 215, de 22 de março de 2017, em seu art. 5º, prevê que o Seos/MG tem como objetivo geral contribuir para o fortalecimento da gestão participativa, o exercício da cidadania e da transparência, reconhecendo os cidadãos como sujeitos de direito.

As Ouvidorias do SUS tratam de temática específica, mas como as demais ouvidorias, sua atividade primária é receber, registrar, apurar e enviar resposta às reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios dos cidadãos em relação aos serviços de saúde prestados pelo SUS. Além disso, a Lei 13.460/17 elenca as seguintes atribuições para as ouvidorias:

Art. 13. As ouvidorias terão como atribuições precípua, sem prejuízo de outras estabelecidas em regulamento específico:

- I - promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário;
- II - acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade;
- III - propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços;
- IV - auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta Lei;
- V - propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta Lei;
- VI - receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e
- VII - promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes.

A Rede de Ouvidorias do SUS-MG

Conforme a Constituição Federal, a oferta dos serviços públicos de saúde é competência comum dos três entes federativos, constituindo um sistema único que se organiza em uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Essa complexidade intrínseca ao funcionamento e à divisão de competências do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre foi um desafio para a efetividade das ouvidorias que trabalham com o tema, em especial para estados com uma configuração federativa como a de Minas Gerais, com 853 municípios e 28 Unidades Regionais de Saúde.

Uma governança baseada em um conjunto de decisões dispersas compromete a capacidade de criar soluções efetivas para os problemas inseridos em um emaranhado de atores com tarefas específicas e atribuições e recursos limitados. Em especial no caso de ambientes com demandas complexas, uma gestão em rede é essencial para viabilizar a construção de relações de interdependência que proporcionem colaboração e confiança.

Diante disso, foi proposta uma gestão em rede no âmbito das ouvidorias do SUS em Minas Gerais e, com a publicação da Resolução Conjunta SES-MG/OGE nº 215, de 22 de março de 2017 e da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.471/2017, foi criado o Sistema Estadual de Ouvidorias SUS de Minas Gerais (SEOS/MG), coordenado pela Ouvidoria de Saúde da Ouvidoria-Geral do Estado (OGE). O modelo concebido agregou os três níveis federativos em uma lógica de funcionamento mais acessível ao cidadão, com canais de entrada padronizados e gestão da informação unificada.

Do ponto de vista estrutural, a rede é composta pelas seguintes ouvidorias: (i) Ouvidoria-Geral do Estado, por meio da Ouvidoria de Saúde; (ii) Ouvidorias Regionais do SUS, vinculadas às Unidades Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; (iii) Ouvidorias Municipais do SUS; (iv) Ouvidorias Institucionais do SUS, vinculadas à Fundação Hospitalar do Estado e suas Unidades (Fhemig), à Fundação Ezequiel Dias (Funed) e à Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas); e as ouvidorias de prestadores de serviço do SUS.

Essas ouvidorias trabalham em conjunto com a Ouvidoria do SUS do Ministério da Saúde e tramitam manifestações com o intuito de sempre enviar a demanda apresentada pelo manifestante ao órgão/instituição que possui competência para responder o manifestante. Apesar de não compor a rede estadual formalmente, a Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OUVSUS), vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pela tramitação das manifestações de competência federal. O OUVSUS é um parceiro muito importante para a consolidação do SEOS/MG, tendo disponibilizado de forma gratuita o sistema de tramitação (OuvidorSUS) e o canal de entrada (Disque-136) utilizados pelas ouvidorias da rede.

É importante compreender que a complexidade de funcionamento do SUS implica em uma dinâmica complexa também nas ouvidorias do SUS, que atuam junto aos diferentes órgãos e instituições para obter as respostas das manifestações recebidas. A tramitação das manifestações

é realizada pelo sistema OuvidorSUS, disponibilizado de forma gratuita pelo Ministério da Saúde (MS), e desenvolvido para permitir a tramitação das manifestações tanto entre ouvidorias, quanto entre as ouvidorias e seus pontos de resposta.

A implantação de um modelo de gestão em rede está centrada no objetivo de facilitar a participação do cidadão na gestão governamental e garantir a efetividade do controle social, além de contribuir para o aumento dos níveis de transparência, accountability e compliance. Nesse sentido, a Resolução que cria o SEOS/MG prevê que o objetivo geral do Sistema é contribuir para o fortalecimento da gestão participativa, o exercício da cidadania e da transparência, reconhecendo os cidadãos como sujeitos de direito.

A utilização do mesmo sistema de tramitação por todas as ouvidorias do SEOS/MG viabilizou o objetivo central da criação da rede de ouvidorias, que era tornar a participação social simples e intuitiva. Isso porque, em qualquer ouvidoria do SEOS/MG, o cidadão pode registrar sua manifestação na certeza que ela será devidamente encaminhada para a ouvidoria responsável por providenciar a resposta.

Além da padronização dos canais de entrada para todas as ouvidorias, o atendimento presencial também ampliou e facilitou a participação social, tendo em vista que todas as ouvidorias passaram a registrar manifestações sobre qualquer tema relacionado ao SUS, independente da competência da questão. Ao acolher presencialmente um manifestante na ouvidoria municipal, e sendo o assunto de competência estadual, o ouvidor municipal realiza o atendimento, registra a manifestação no sistema e a encaminha para a ouvidoria estadual, que realiza o tratamento e providencia a resposta.

Quanto à dinâmica de tramitação, a lógica segue a competência pela emissão da resposta. Assim, demandas que contenham assuntos de competência municipal, são encaminhadas aos municípios; demandas que contenham assuntos de competência estadual, são encaminhadas à OGE ou às ouvidorias institucionais e regionais, a depender do caso; demandas que contenham assuntos de competência municipal, mas no âmbito de municípios que não possuem ouvidoria do SUS, são encaminhadas às ouvidorias regionais do SUS; e demandas que contenham assuntos de competência federal, são enviadas à Ouvidoria-Geral do SUS, vinculada ao Ministério da Saúde.

Para os próximos anos, os desafios principais da rede de ouvidorias do SUS envolvem:

- Realizar capacitações constantes das ouvidorias integrantes do Seos/MG, considerando que em 2023 o Ministério da Saúde lançará uma nova versão do sistema de tramitação OuvidorSUS;
- Auxiliar os municípios no tratamento das demandas atrasadas que consolidam um grande passivo das ouvidorias do SUS municipais;
- Apoiar os municípios que tenham interesse em implantar ouvidorias do SUS, fornecendo suporte técnico no processo de criação e capacitação de ouvidores.

2.5. Escola de Saúde Pública (ESP-MG)

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) foi criada por meio do Decreto nº 1.751, de 03 de junho de 1946, sendo a primeira escola de saúde em nível estadual no Brasil, com o objetivo de qualificar pessoal para a carreira sanitária e promover aperfeiçoamento daqueles que nela já atuavam (MINAS GERAIS, 1959).

Ao longo dos seus primeiros quarenta anos, a ESP-MG formou profissionais em diversas áreas como nutrição, imunização, administração hospitalar, saúde pública, saúde e segurança no trabalho, análises clínicas, radiologia, saúde bucal, saúde escolar, leprologia, hanseníase, malariologia, controle de doenças transmissíveis, saneamento, dentre outras. Esse movimento de formação de trabalhadores vinculados à saúde pública surge em um contexto de exigência de qualificação dos profissionais para ingresso na carreira pública (FONSECA, 2010 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Destaca-se a oferta do curso de Visitadoras Sanitárias, em um contexto de falta de enfermeiros no país, e a formação do profissional Coordenador Escolar de Saúde, inicialmente com o nome de Supervisor Sanitário.

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), se segue o desafio ao Movimento da Reforma Sanitária de implantar e fortalecer as políticas de saúde no território nacional, superando o modelo médico-privatista anterior para uma concepção ampliada de saúde. A busca por novos modelos de atenção à saúde que extrapolem a assistência médico-curativa trouxe o debate da promoção da saúde para o centro, no campo da Saúde Pública, na medida em que ela resgata o conceito de saúde como produção social, por meio do desenvolvimento de políticas públicas e ações de âmbito coletivo (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Um dos exemplos do relevante papel da ESP-MG para a implementação do SUS se deu com a formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que teve início em 1999, por meio da oferta de cursos introdutórios, de modo a apoiar a inserção desse trabalhador nas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. Em 2005, a Escola adotou o programa de qualificação e desenvolvimento profissional para Agente Comunitário de Saúde do Ministério da Saúde e qualificou quase 13 mil agentes nessa proposta. Destaca-se, também, a qualificação de auxiliares de enfermagem com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), lançado em 2000, pelo Ministério da Saúde.

A partir de 2009, observa-se concentração da atuação da ESP-MG em temas prioritários, relacionados, em sua maioria, à agenda estratégica do governo estadual. Esse cenário se desenvolveu durante duas gestões estaduais que tiveram um caráter de continuidade de programas de governo. Ressalta-se a oferta massiva de vagas nas Oficinas de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, durante os anos de 2009 a 2013, vinculado ao Programa Estruturador Saúde em Casa.

Em 2017, o curso mais tradicional da ESP-MG, a Especialização em Saúde Pública, recebeu do Comitê de Experts da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) parecer favorável à Acreditação Pedagógica, o reconhecimento formal de que o curso atende a requisitos previamente definidos e que a instituição demonstra ser competente para realizar a ação educacional de grande importância para a qualificação de trabalhadores do SUS.

Desde 2019 a Escola vem expandindo as ações de ensino a distância (EaD), qualificando, desde então, mais de 70 mil alunos. No mesmo ano, publicou seu primeiro Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), para o período de 2019 a 2022. Trata-se de um importante dispositivo de gestão e planejamento de instituições escolares de ensino superior e constitui sua identidade, a partir de sua missão, visão e filosofia de trabalho. Orienta a estrutura organizacional, as ações e as estratégias para alcançar os objetivos, as diretrizes, os indicadores e as metas institucionais.

Com a pandemia de Covid-19, a partir de 2020, como escola de governo setorial com foco em saúde, a instituição foi bastante demandada. Além das formações oferecidas regularmente, atuou na formação de agentes de saúde em cursos específicos e webinários voltados à pandemia da COVID-19, contando com mais de 18 mil profissionais matriculados em todo o território mineiro em cursos voltados para o enfrentamento, o combate e as repercussões resultantes da pandemia (PAULA; WELSCH; MELO, 2022).

Atualmente, a ESP-MG caracteriza-se como organização de múltiplas potências, que é ao mesmo tempo: uma Escola do SUS, para produzir e disseminar conhecimento junto a usuários, trabalhadores e gestores, por meio da Educação Permanente em Saúde; uma Escola de Governo, para oferta de cursos de pós-graduação lato sensu; uma Escola Técnica, para formação de profissionais técnicos em saúde; e uma instituição de assessoramento técnico, para a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde. O sistema de saúde brasileiro, com seus desafios e suas potências, oferece a uma instituição como a ESP-MG uma importante missão: participar de sua consolidação a partir da qualificação dos trabalhadores que atuam e constroem esse sistema, constituindo, portanto, uma Escola DO e PARA o SUS.

Atualmente, a ESP-MG tem como competência, segundo o Decreto 47.789/2019, planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio do desenvolvimento de programas e parcerias nacionais e internacionais e de pesquisas sobre temas relevantes em saúde pública.

Sua atuação se dá no campo da Saúde Coletiva, tendo como principais atribuições:

- Qualificação dos profissionais do SUS, por meio de ações educacionais de pós-graduação, formação técnica, cursos livres, seminários, dentre outros, tendo como referencial a educação permanente em saúde;
- Oferta de ações de educação na modalidade a distância, com o uso de tecnologias digitais da informação e da comunicação;
- Desenvolvimento de ações de pesquisa, no âmbito do SUS, visando a produção de conhecimentos que tenham aplicação no sistema de saúde;
- Produção de materiais técnicos, científicos e pedagógicos de interesse do SUS e voltados à disseminação e difusão do conhecimento em saúde pública.
- A instituição possui uma sede em Belo Horizonte onde oferta seus cursos presenciais, mas atua, também, de forma descentralizada nos municípios mineiros.

Em fevereiro de 2023, foi iniciado o processo de elaboração do novo Plano de Desenvolvimento Institucional da ESP-MG, para o ciclo 2024/2028, com a análise do Perfil Institucional da ESP-MG e com o objetivo de discutir a identidade organizacional, bem como definir os objetivos estratégicos institucionais. Esse processo foi realizado de forma bastante participativa, com reuniões e trabalhos em grupo, em formato de oficinas, contando com várias etapas. Inicialmente foram coletadas as principais impressões dos servidores sobre os propósitos de existir da própria ESP-MG, para que fossem readequados missão, visão, valores e princípios. Posteriormente, foi elaborada, em oficina presencial, a matriz SWOT e, por meio de discussão sobre Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças, foram sugeridos, em reunião geral com os servidores, os novos objetivos estratégicos da instituição.

A seguir, apresentamos os resultados do processo de análise do Perfil Institucional da ESP-MG, por meio de seu mapa estratégico:



2.6. Fundação Ezequiel Dias (Funed)

A Fundação Ezequiel Dias - Funed foi criada em 1907, como filial do Instituto Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Em 1988 o Instituto assumiu uma nova configuração jurídica, que preserva até hoje, alterada para Fundação Pública de Direito Público, vinculando-se à Secretaria de Estado de Saúde conforme reafirmado pelo Decreto nº 47.910, de 07 de abril de 2020, que contém o Estatuto da Fundação. A instituição possui autonomia administrativa e financeira, personalidade jurídica de direito público, prazo de duração indeterminado, sede e foro na Capital do Estado e se vincula à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, integrando o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais.

A Funed tem a missão de “Participar do fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, protegendo e promovendo a saúde” por meio de três grandes frentes de atuação: pesquisas para o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde pública, produção e desenvolvimento de medicamentos e vacinas, e vigilância laboratorial, no campo dos agravos à saúde coletiva, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Estadual de 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. Tem como uma de suas principais finalidades a constante busca pela inovação e o aprimoramento do potencial produtivo do ICT-Funed, tanto pela transformação das pesquisas científicas em novos produtos, processos e negócios inovadores para o SUS, quanto pelo estabelecimento de políticas e diretrizes institucionais, com foco em empreendedorismo e inovação. A Funed é responsável pela difusão do conhecimento científico e tecnológico, por meio de ações de divulgação e popularização da ciência proporcionando acesso a população mineira à materiais e a atividades educativas, de conteúdo científico e tecnológico, com abordagem lúdica e interativa. A Instituição ainda tem foco na formação qualificada de recursos humanos. Desde 2019 a Funed oferta o Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (PBiotec) que tem o objetivo de formar recursos humanos para atuação em setores produtivos, empresas de base biotecnológica e instituições de ciência e tecnologia, contribuindo para o desenvolvimento de produtos, processos e novas técnicas de análise e diagnóstico de base biotecnológica.

Na área da produção e desenvolvimento de medicamentos e vacinas a Diretoria Industrial (DI) representa a Funed como um dos Laboratórios Públicos Oficiais (LPO) do Brasil. Atualmente, a Funed é produtora exclusiva do medicamento Talidomida no Brasil e única fornecedora do medicamento entecavir e da vacina meningocócica C para o Sistema Único de Saúde. Em Minas Gerais, a Funed mantém também a exclusividade do registro de produção de soros anti-peçonhentos, antitóxicos e antivirais utilizados no Programa Nacional de Imunizações (PNI) do MS.

Na área da vigilância laboratorial a Diretoria do Instituto Octávio Magalhães (IOM) da Funed é o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de Minas Gerais 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. O LACEN/Funed 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, é responsável pelo monitoramento da qualidade de alimentos, água e produtos consumidos pela população do nosso estado e 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 outros.

Atualmente, a Funed possui a seguinte estrutura orgânica:

I – Unidade Colegiada: Conselho Curador;
II – Direção Superior:
a) Presidente;
b) Vice-Presidente.
III – Gabinete;
IV – Procuradoria;
VI – Controladoria Seccional;
VII – Assessoria de Comunicação Social;
VIII – Assessoria de Gestão e Integração Institucional
IX – Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças;
a) Divisão de Gestão Financeira e Orçamentária;
b) Divisão de Engenharia e Infraestrutura;
c) Divisão de Compras e Gestão de Contratos;
d) Divisão de Gestão de Pessoas;
e) Divisão de Logística e Administração Geral;
f) Divisão de Tecnologia da Informação;
X – Diretoria do Instituto Octávio Magalhães;
a) Divisão de Fabricação de Bioprodutos e Preparo de Materiais;
b) Divisão de Vigilância Sanitária e Ambiental;
c) Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças;
XI – Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento;
a) Divisão de Extensão e Divulgação da Ciência;
b) Divisão de Ciência e Inovação
XII – Diretoria Industrial;
a) Divisão de Garantia da Qualidade;
b) Divisão de Planejamento e Gestão da Produção;
c) Divisão de Desenvolvimento de Medicamentos;
d) Divisão de Controle de Qualidade;
e) Divisão de Produção Farmacêutica;
f) Divisão de Produção Animal

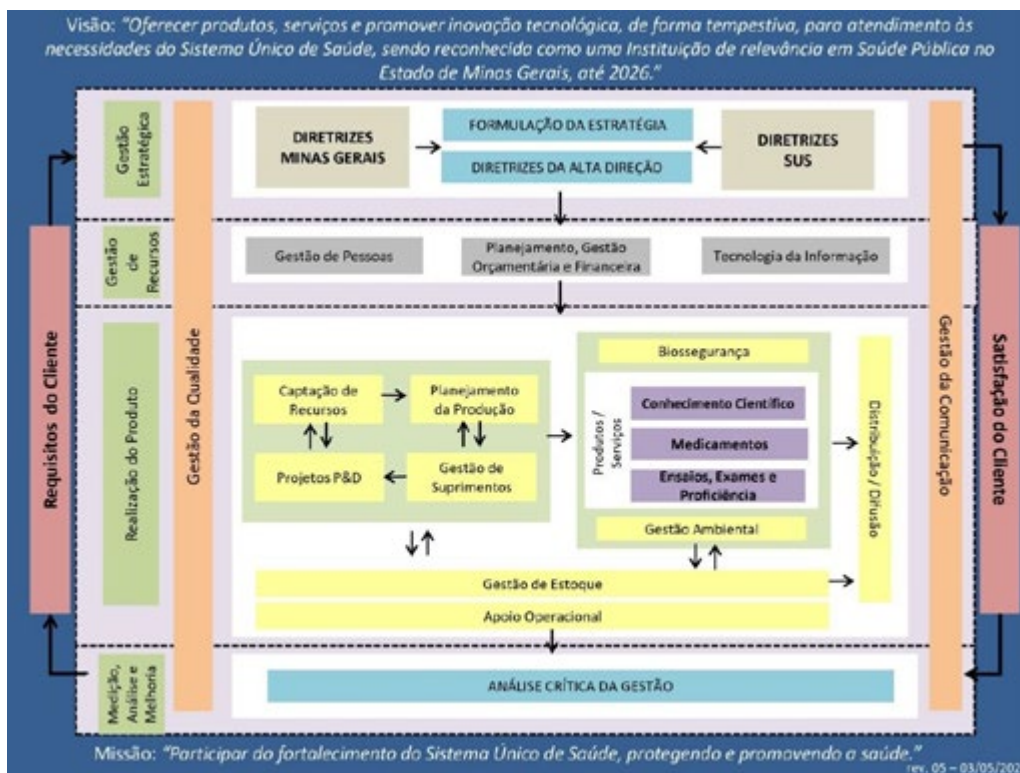
Desde 2010, a instituição é certificada na norma ISO 9001:2015, no escopo “Pesquisa, Desenvolvimento, Produção de Medicamentos e Análises Laboratoriais”, abrangendo as quatro diretorias da Fundação e desde 2003, a Funed adota a Gestão Estratégica para nortear o planejamento das suas atividades. O planejamento estratégico da Instituição tem como referência as diretrizes de planejamento estabelecidas pelo Governo do Estado de Minas Gerais e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Funed utiliza este modelo de gestão para manter a aderência entre essas diretrizes globais e o trabalho de cada uma das áreas e pessoas no dia a dia da instituição, por meio da adoção de conjunto de técnicas e práticas que auxiliam a reflexão, a ação sistemática continuada e a tomada de decisão. Atualmente, a identidade organizacional está representada por meio de sua Missão, Visão e Valores, quais sejam:

Missão: Participar do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, protegendo e promovendo a saúde.

Visão: Oferecer produtos, serviços e promover inovação tecnológica, de forma tempestiva, para atendimento às necessidades do Sistema Único de Saúde, sendo reconhecida como uma Instituição de relevância em Saúde Pública no Estado de Minas Gerais, até 2026.

Valores: Cooperação, Eficiência, Inovação, Transparência, Competência, Compromisso, Constância de propósito, Ética, Qualidade.

Os processos da Funed são norteados considerando a sua Missão. A representação gráfica (Figura 1) se refere ao macrofluxo da Funed, no qual estão identificadas as interações entre os principais processos institucionais, que garantem o cumprimento da missão institucional.



A figura evidencia que a formulação da estratégia da Funed e Diretrizes da Direção são construídas buscando um alinhamento entre as Diretrizes de Governo e as Diretrizes do SUS. Com base no seu planejamento estratégico, a Alta Direção assegura a alocação de recursos apropriados para a realização do seu Negócio, como Pessoas, Planejamento, Gestão Orçamentária e Financeira e Tecnologia da Informação. Com os recursos disponíveis a Funed gera os seus produtos e serviços: Difusão do Conhecimento Científico, Entrega de Medicamentos, Ensaios, Exames e Proficiência. Como processos de apoio para a realização do seu produto tem-se a Captação de recursos, o Planejamento da Produção, a Gestão de Suprimentos, Biossegurança, a Gestão Ambiental, a Gestão de Estoque e Apoio Operacional. A Gestão da Qualidade e a Comunicação são processos importantes que permeiam desde o momento da formulação estratégica da Funed até a Análise Crítica da Gestão. Através da Análise Crítica, a Funed monitora, analisa e aprimora continuamente o seu sistema de gestão, buscando agregar valor aos clientes e partes interessadas, atender as suas necessidades e alcançar a sua satisfação.

2.7. Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

A Hemominas é uma fundação pública de direito público vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais nos termos da alínea “a” do inciso III do art. 44 da lei 24.313, de 28 de abril de 2023, que estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo Estadual.

As atividades da Fundação Hemominas iniciaram-se no ano de 1985 com a criação, na cidade de Belo Horizonte, do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais. Posteriormente, para atender às diretrizes do Programa Nacional do Sangue, expandiu seus serviços para outras regiões do estado de Minas Gerais, transformando-se fundação no ano de 1989 por meio da lei nº 10.057 de 26 de dezembro de 1989.

O decreto nº 48.023 de 17/08/2020 contém o estatuto da Fundação Hemominas e conforme este normativo regulamentador compete à Fundação Hemominas “garantir à população a oferta de sangue, hemoderivados, células e tecidos, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela política estadual de saúde, obedecidos os padrões de excelência e qualidade”, sendo atribuições da instituição:

- I – assegurar unidade de comando e direção das políticas estaduais relativas à hematologia e hemoterapia;*
- II – garantir à população a oferta, com qualidade, de células e tecidos biológicos;*
- III – desenvolver ações nas áreas de prestação de serviços, assistência médica, ensino, pesquisa, inovação e desenvolvimento tecnológico, produção, controle da qualidade e educação sanitária;*
- IV – integrar as funções, serviços e atividades concernentes à hematologia e hemoterapia do Estado;*
- V – planejar, coordenar e executar a captação de doadores, produção, preparação, preservação e distribuição de hemocomponentes, tecidos biológicos e células;*
- VI – planejar, coordenar e executar os trabalhos de controle da qualidade relativos à hematologia e hemoterapia;*
- VII – elaborar e executar programas referentes ao ensino e à educação sanitária;*
- VIII – realizar pesquisas, implantar novas técnicas e adotar inovações científicas relacionadas com a coleta de sangue, tecidos biológicos e células;*
- IX – prestar serviços de assessoria em hematologia e hemoterapia aos órgãos e às entidades da saúde pública, às entidades privadas e à comunidade em geral;*
- X – coordenar a distribuição dos hemocomponentes, hemoderivados, tecidos biológicos e células à rede pública.*

Os principais serviços prestados pela Fundação Hemominas são nas áreas de hemoterapia, hematologia, células e tecidos biológicos e pesquisa, conforme descrito abaixo:

Hemoterapia: Na área de hemoterapia a Hemominas desenvolve atividades de captação de doadores de sangue; triagem clínica; coleta de sangue do doador apto clínico (sangue total e aférese); aférese terapêutica; testes laboratoriais imunohematológicos, 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.

Hematologia: No campo da hematologia a Fundação Hemominas é referência para o diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de coagulopatias, hemoglobinopatias e aqueles que necessitem de transfusões ou sangrias terapêuticas em todo o estado.

As coagulopatias e hemoglobinopatias são doenças de evolução crônica e podem acarretar sequelas físicas. Para reduzir os danos e garantir a qualidade de vida dos pacientes, a Hemominas disponibiliza uma equipe multiprofissional composta por hematologista, clínico geral, infectologista, ortopedista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, pedagogo, enfermeiro, dentista, farmacêutico, dentre outros, que acompanham os pacientes por meio de avaliações periódicas.

A Fundação Hemominas possui 16 ambulatórios localizados nas cidades de Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Patos de Minas, São João Del Rei, Sete Lagoas, Uberaba, Uberlândia, Ituiutaba, Divinópolis, Diamantina, Passos, Pouso Alegre, Ponte Nova e Manhuaçu.

Células e tecidos biológicos: A atuação da Fundação Hemominas na área de células e tecidos biológicos se iniciou em 2013 com o Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio). Atualmente, o Centro de Processamento Celular (CPC) do Cetebio realiza o recebimento, acondicionamento, processamento (criopreservação, controle de qualidade deseritrocitação e desplasmatização), testes de controle de qualidade (quantificação de células CD34 e CD3 positivas por citometria de fluxo, ensaio clonogênico para avaliação da potência, contagem de células nucleadas e teste de esterilidade), armazenamento e liberação de bolsas

contendo células progenitoras hematopoéticas de pacientes ou doadores, possibilitando a realização de transplantes de medula óssea autólogo ou alogênico na capital e no interior do estado. Os Bancos de Membrana Amniótica e de Colírio de Soro Autólogo estão em fase final de implantação, aguardando inspeção e obtenção do alvará sanitário para início do funcionamento. Além disso, estão em andamento os testes operacionais e validações de processos para implementação do Banco de Pele.

Estudos, pesquisas e atividades de ensino: A Hemominas também atua no desenvolvimento de pesquisas nas áreas de hemoterapia, hematologia e células e tecidos biológicos; treinamento de recursos humanos, ensino, divulgação das informações e disseminação dos conhecimentos na comunidade científica e para a população, consolidando-se como uma instituição de ciência, tecnologia e inovação (ICTI).

A Fundação Hemominas organiza-se por meio de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada, constituída por 24 unidades próprias, 7 Hemocentros, 9 Hemonúcleos, 4 Unidades de Coleta, 1 Agência Transfusional, 1 Unidade de Coleta e Transfusão, 1 Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais / Cetebio. Tem ainda 11 Postos Avançados de Coleta Externa – PACE em parcerias com os municípios onde estão localizados.

*Administração Central (Belo Horizonte);
7 Hemocentros (Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Pouso Alegre, Uberaba e Uberlândia);
9 Hemonúcleos (São João Del Rei, Sete Lagoas, Ponte Nova, Patos de Minas, Passos, Manhuaçu, Ituiutaba, Divinópolis, Diamantina);
Unidades de Coleta e transfusão (Além Paraíba, Poços de Caldas, Betim, Estação BH, Hospital Júlia Kubitschek);
1 Agência Transfusional (Frutal);
11 Postos Avançados de Coleta Externa – PACE (Araguari, Bom Despacho, Lavras, Leopoldina, Muriaé, Barbacena, Conselheiro Lafaiete, Itajubá, Pará de Minas, Varginha e Viçosa), em parcerias com os municípios onde estão localizados
1 Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais / CETEBIO.*

A Administração Central é composta pela presidência e 3 diretorias (diretoria de planejamento, gestão e finanças; diretoria de atuação estratégica e diretoria técnica). Vinculadas à diretoria técnica encontram-se as coordenadorias das unidades regionais.

Estas unidades estão localizadas em cidades das várias regiões do estado, realizando atividades, ações e procedimentos necessários e indispensáveis ao suprimento da demanda crescente e permanente de hemocomponentes e hemoderivados.

Como resultado desta estrutura, em 2022 a Hemominas recebeu 310.633 mil candidatos à doação de sangue, coletando mais de 256 mil bolsas de sangue e produzindo cerca de 668 mil hemocomponentes. Foram realizadas 66.934 consultas ambulatoriais e 343.617 transfusões de hemocomponentes. Também cadastrou 14.851 candidatos à doação no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea, atendeu cerca de 265 famílias, através da realização de 2.860 testes de HLA aparentados de receptores e doadores de transplantes alogênicos de medula óssea. Além disso, foram abertos 3 novos Postos de Coleta Avançado (PACE de Para de minas, PACE de Varginha e PACE de Vicoso).

No CETEBIO o resultado de 2022 foi decorrente da produção do Centro de Processamento Celular (CPC), que abrange o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário e o Banco de Medula Óssea. No banco de medula óssea (BMO) foram atendidos 296 pacientes, 665 bolsas criopreservadas e 8 deseritrocitação e desplamatização. Ainda, foram realizados 8 procedimentos de controle de qualidade CPH (Células Progenitoras Hematopoéticas). Em relação ao banco de sangue e cordão umbilical (BSCUP), foi 1 bolsa coletada e criopreservada.

Destaca-se, também, a referência no estado estabelecida pela Fundação Hemominas aos pacientes com diagnóstico 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, assim como atendimento ambulatorial a pacientes externos para procedimentos de sangrias terapêuticas e transfusões externas.

Em julho de 2022 a Fundação Hemominas, em parceria com a Hemobrás, retomou o envio de plasma para produção de hemoderivados. Desde o início da retomada de envio de plasma industrial já foram enviadas 78.559 bolsas de plasma, o que corresponde a aproximadamente 11,5% de todo o plasma brasileiro processado industrialmente.

Em 2023 entrou em circulação a unidade móvel de coleta externa, um ônibus equipado com dois consultórios para triagem individualizada e quatro cadeiras de coleta, auxiliando a suprir a demanda transfusional do estado de Minas Gerais.

A Fundação Hemominas é ainda o único serviço público do Brasil a adotar o método de Inativação de Patógenos, que permite a redução da transmissão bacteriana e também a inativação de agentes endêmicos, tais como: coronavírus, dengue, zika, chikungunya, malária e febre amarela. A inativação de patógenos, além de melhorar a qualidade e segurança transfusional, impacta positivamente os estoques de plaquetas, pois permite melhor aproveitamento do sangue doado e aumento na vida útil desse hemocomponente de cinco para sete dias.

Está sendo consolidada na Fundação a implantação do Programa PBM – Patient Blood Management, constituído por uma série de iniciativas transdisciplinares e multimodais que têm como objetivo principal o gerenciamento ou manejo do sangue do próprio paciente, evitando, sempre que possível, a utilização de sangue alogênico. O PBM está sendo estruturado junto a instituições contratantes, na forma de ciclos, buscando reconhecimento da melhoria assistencial e de maior segurança no atendimento e capacitação das equipes dos hospitais e estruturação dos serviços e de apoio para que sejam implementadas medidas efetivas de uso racional do sangue com impacto na redução de transfusões, aumento da segurança transfusional e melhor gestão dos estoques.

O desenvolvimento das atividades da Fundação Hemominas é orientado pelo planejamento estratégico institucional em que são traçadas diretrizes estratégicas alinhadas às necessidades dos cidadãos e das partes interessadas (governo, sociedade, órgãos fiscalizadores, fornecedores e servidores), focado no alcance das metas e resultados para todas as áreas da organização. Esse planejamento desdobra-se em indicadores, ações e projetos e busca o alinhamento do nível operacional com o nível estratégico.

O Mapa Estratégico da Fundação Hemominas possui vigência de 2020 a 2024:



2.8. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig – foi criada pela Lei nº 7.088, de 3 de outubro de 1977, a partir da fusão das três fundações estaduais de saúde então existentes: a Fundação Estadual de Assistência Leprocomial, a Fundação de Assistência Médica e de Urgência e Emergência e a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica.

A Fundação tem autonomia administrativa e financeira, personalidade jurídica de direito público, prazo de duração indeterminado, sede e foro na capital do Estado, e, nos termos do art. 44, parágrafo único, inciso III, alínea "c", da Lei nº 24.313, de 28 de abril de 2023, vincula-se à Secretaria de Estado de Saúde.

A Fundação é a maior gestora de hospitais públicos do país e tem suas competências definidas pelo art. 76 da Lei nº 22.257, de 27 de julho de 2016 complementada pelo Decreto nº 48.651, de 11 de julho de 2023, o qual contém o estatuto da instituição. A principal finalidade da Fhemig é a prestação de serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS. A participação na formulação, no acompanhamento e na avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela SES, também são responsabilidades da Fundação.

Para tanto, a Fhemig está organizada em 19 unidades assistenciais localizadas na capital, em sua respectiva Região Metropolitana e no interior do Estado de Minas Gerais, além do MG Transplantes e da Administração Central. Trabalham atualmente na Fundação mais de 13 mil profissionais que prestam assistência de alta e média complexidade, exclusivamente ao SUS.

O Planejamento Estratégico 2024-2027 possui usuário SUS como o foco. Assim, a **missão** da Fhemig é “oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado ao usuário do SUS”. A **visão** “ser reconhecida pela eficiência de sua gestão na oferta de serviços para a saúde pública” preconiza onde a instituição quer chegar no médio prazo. Por fim, os **valores** fornecem as bases necessárias para a execução da missão e alcance da visão, sendo eles: Humanização; Ética; Eficiência; Integralidade; Equidade; Transparência; Qualidade.



3. Análise Situacional de Saúde

Transição demográfica

Este trabalho consiste em descrever dados quantitativos sobre a saúde da população, com base nos segmentos das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais.

Em conjunto, os dados demográficos possibilitam o estudo efetivo das mudanças que ocorrem no que diz respeito a nascimentos, mortes e migrações, incluindo suas consequências.

De acordo com os dados de 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é importante ressaltar:

a) A população do Brasil chegou a 213,3 milhões de habitantes em 2021, de acordo com a estimativa, verificando-se um crescimento de 0,7% em relação a 2020, estimada em 211,8 milhões de pessoas;

b) A população de Minas Gerais em 2021 foi estimada em 21.411.923 habitantes, conforme dados divulgados pelo IBGE (2021), data de referência em 1º de julho;

c) Minas Gerais, localizado na região Sudeste, compõe-se de 853 municípios. Não é muito povoado, tanto que sua densidade demográfica (população relativa) é de apenas 33,4 habitantes por quilômetro quadrado. Isso se dá em função de sua grande extensão territorial: 586.520,368km². Seu crescimento demográfico, de 0,9% ao ano, é o menor da região.

A teoria da transição demográfica tem por objetivo explicar a evolução da população, desde os níveis altos de mortalidade e fecundidade até os intermediários, para estabelecer um parâmetro causal entre população e desenvolvimento ao longo do contexto histórico dos

últimos anos, em decorrência das transformações econômicas e sociais, e a influência da modernização tecnológica e industrial.

Um traço marcante desse envelhecimento se observa na pirâmide populacional, que se transforma, passando de um modelo de população em crescimento (forma piramidal) para um modelo de população estabilizada (forma "em barril", ou retangular) (KALACHE *et al.*, 1987).

O aumento demográfico do número de idosos (Figura 1.1) acompanha o ritmo de envelhecimento da população. Quando se destacam as macrorregiões de saúde do estado, percebe-se que a população está envelhecendo, ou seja, a base da pirâmide está diminuindo e as faixas etárias mais velhas aumentando. Assim, quando considerada a razão entre os componentes etários extremos, representados por jovens (0 – 19 anos) e idosos (60 – 80 e mais), os números absolutos indicam que há uma situação de transição demográfica em curso.

De outro lado, o predomínio de população adulta (20-59 anos) e o aumento da população idosa indicam redução da mortalidade, aumento da qualidade e da expectativa de vida e redução da natalidade.

Os dados estimativos utilizados neste trabalho permitem inferir que o estado de Minas Gerais se encontra em um processo de transição demográfica. Uma análise das Figuras 1.2 a 1.15 aponta a tendência de as macrorregiões Jequitinhonha, Norte e Nordeste estarem em fase de transição inicial; as macrorregiões

Tabela 1.1 – Frequência da distribuição da população residente, por faixa etária e sexo – Minas Gerais, 2010 e 2021

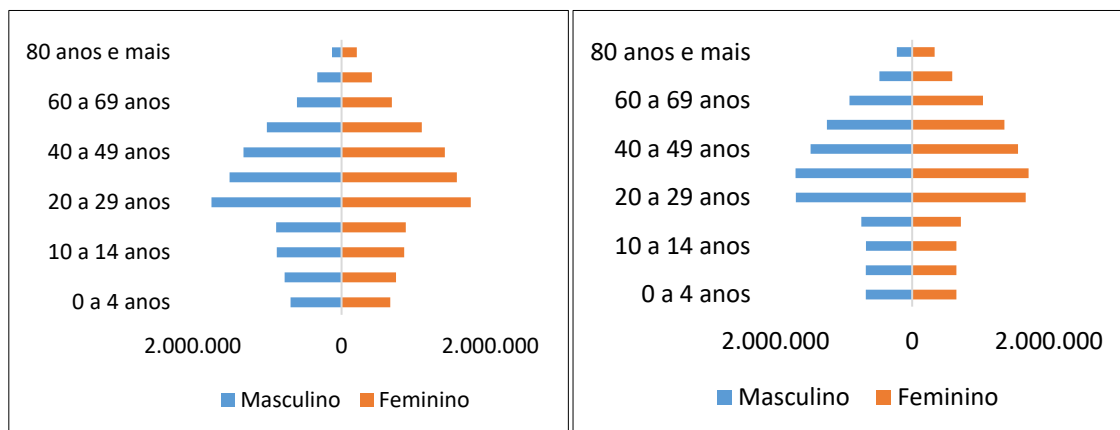
Faixa etária 1	2010			2021		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	684.629	653.924	1.338.553	679.390	647.866	1.327.256
5 a 9 anos	765.070	732.722	1.497.792	678.187	647.532	1.325.719
10 a 14 anos	869.775	841.335	1.711.110	676.537	646.504	1.323.041
15 a 19 anos	879.822	862.826	1.742.648	744.837	713.250	1.458.087
20 a 29 anos	1.749.150	1.735.775	3.484.925	1.702.444	1.661.069	3.363.513
30 a 39 anos	1.504.751	1.548.332	3.053.083	1.706.434	1.703.788	3.410.222
40 a 49 anos	1.317.607	1.387.031	2.704.638	1.486.309	1.549.488	3.035.797
50 a 59 anos	1.003.706	1.079.016	2.082.722	1.247.102	1.349.023	2.596.125
60 a 69 anos	598.821	675.442	1.274.263	916.596	1.036.050	1.952.646
70 a 79 anos	325.492	407.686	733.178	480.202	586.392	1.066.594
80 anos e mais	129.431	205.101	334.532	223.411	329.512	552.923
Total	9.828.254	10.129.190	19.957.444	10.541.449	10.870.474	21.411.923

Fonte: 2000 a 2021 - Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Leste, Nordeste, Leste do Sul, Vale do Aço e Oeste, na fase intermediária; e as macrorregiões Sul Centro-Sul, Centro, Triângulo do

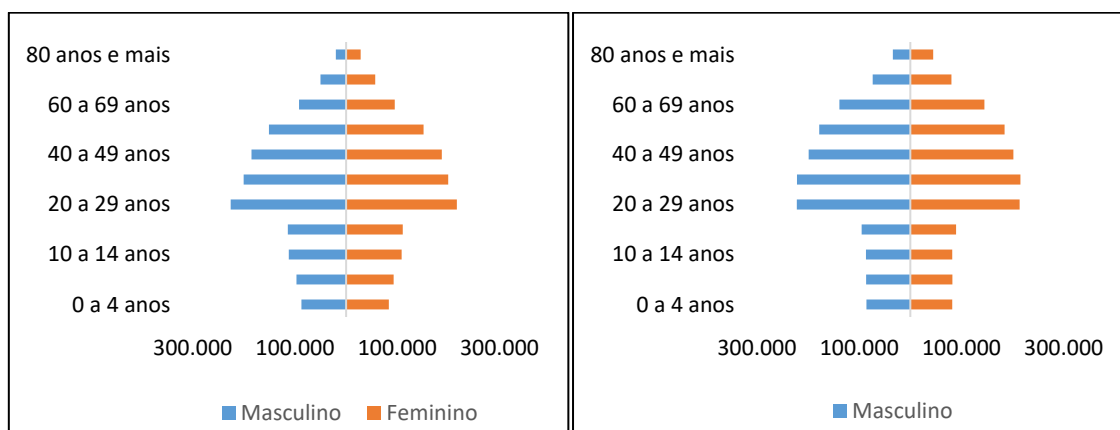
Sul, Triângulo do Norte e Sudeste, na fase mais avançada.

Figura 1.1 – Distribuição da população por faixa etária e sexo – Minas Gerais, 2010 e 2021



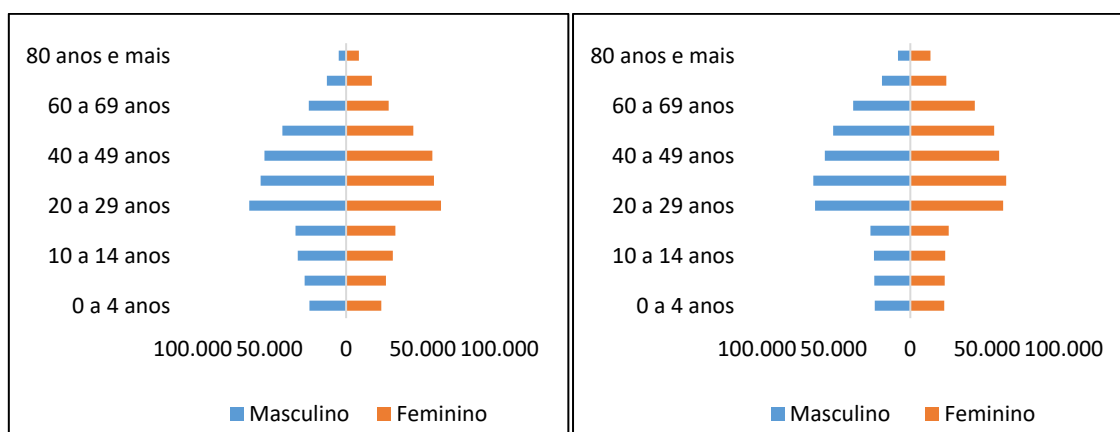
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.2 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021



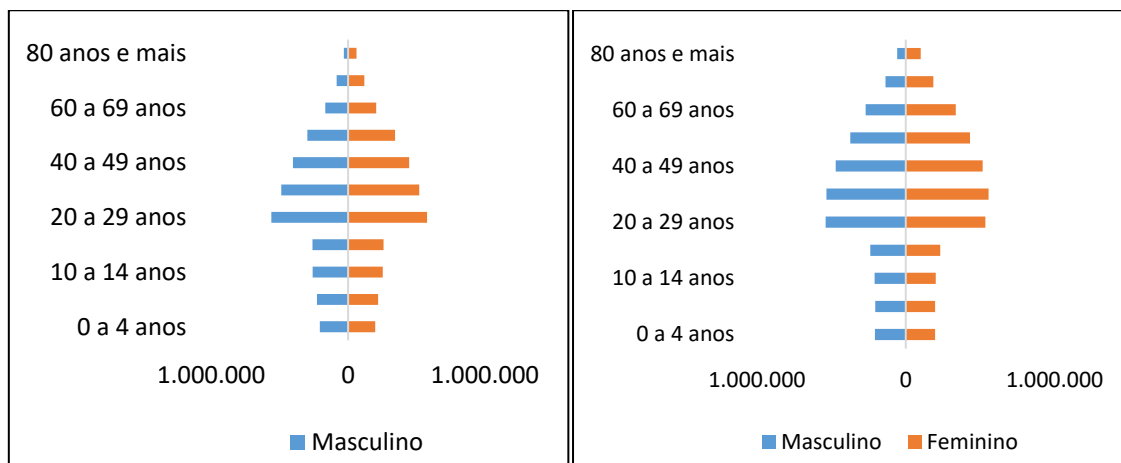
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.3 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Centro Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021



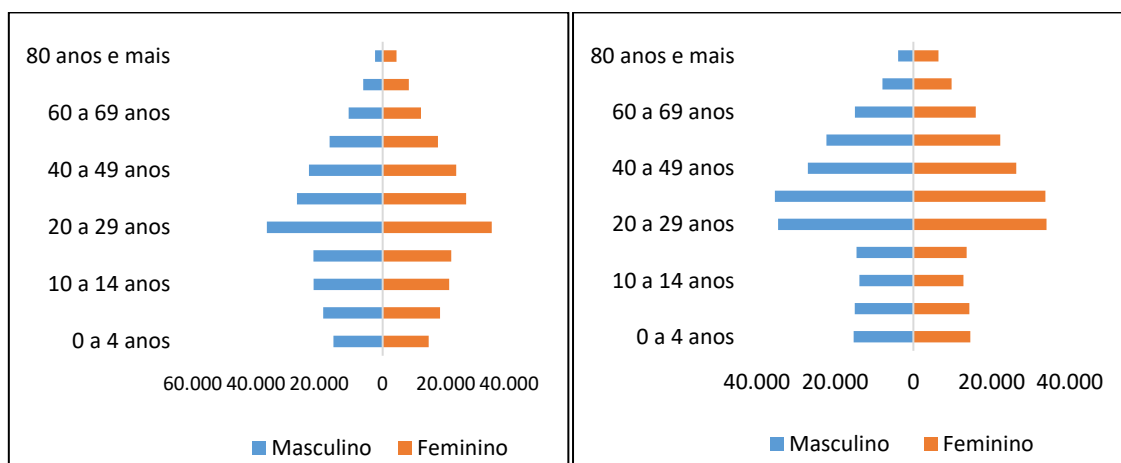
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.4 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Centro – Minas Gerais, 2010 e 2021



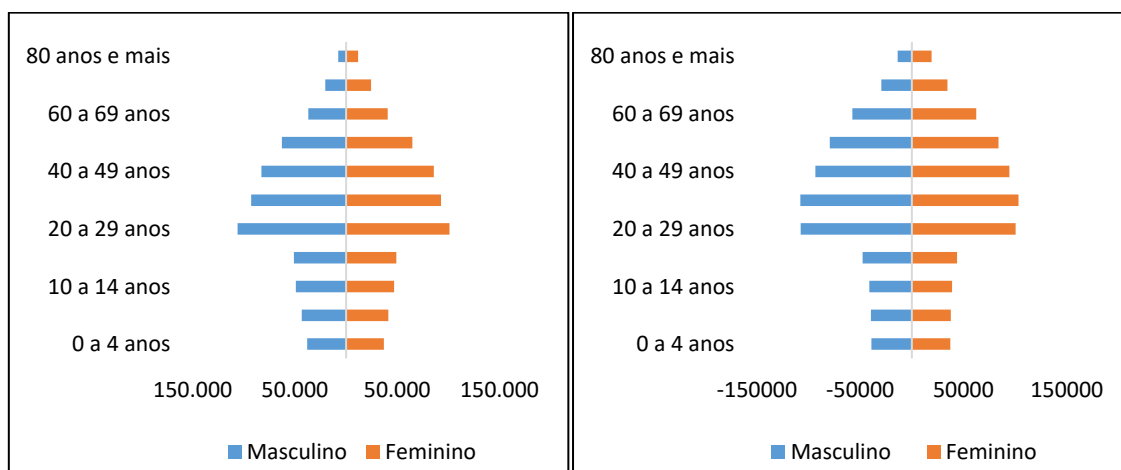
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.5 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Jequitinhonha – Minas Gerais, 2010 e 2021



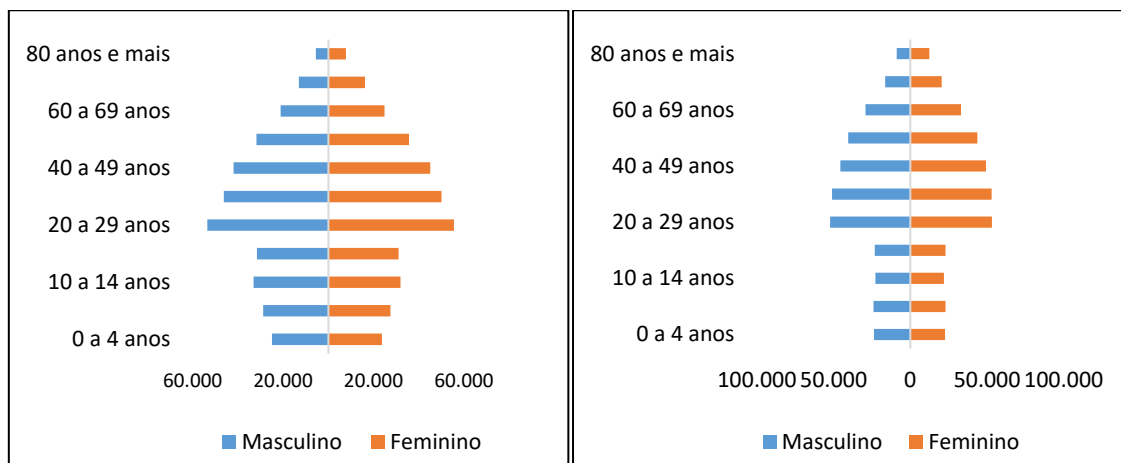
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.6 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Oeste – Minas Gerais, 2010 e 2021



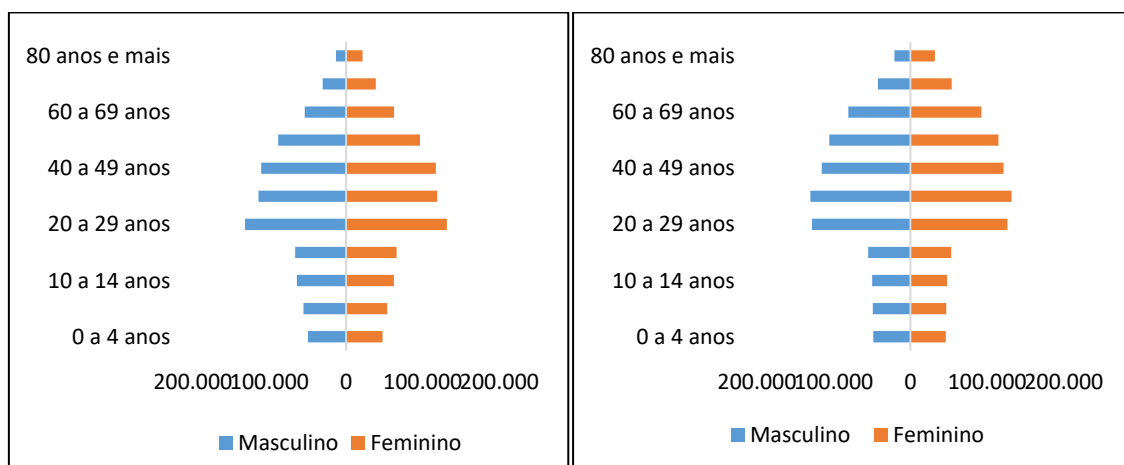
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.7 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Leste – Minas Gerais, 2010 e 2021



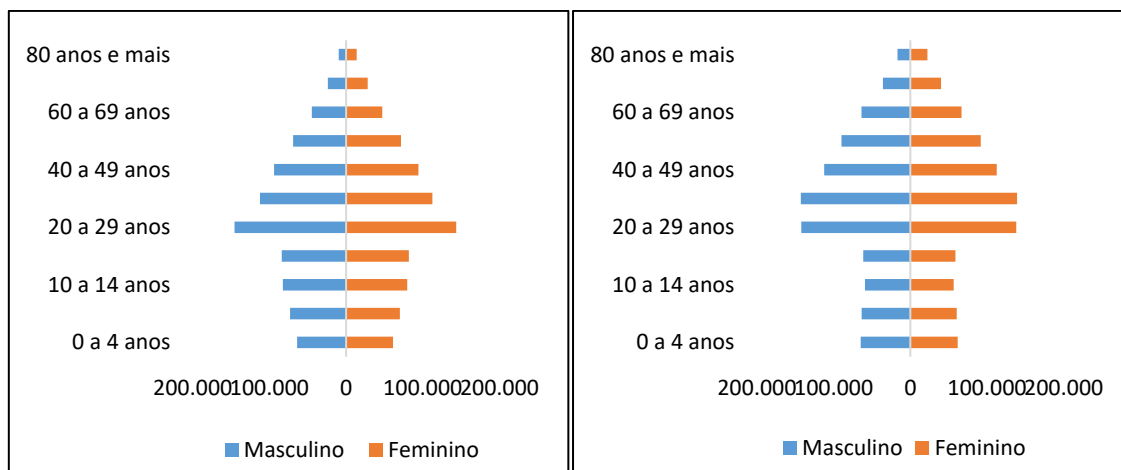
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.8 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Sudeste – Minas Gerais, 2010 e 2021



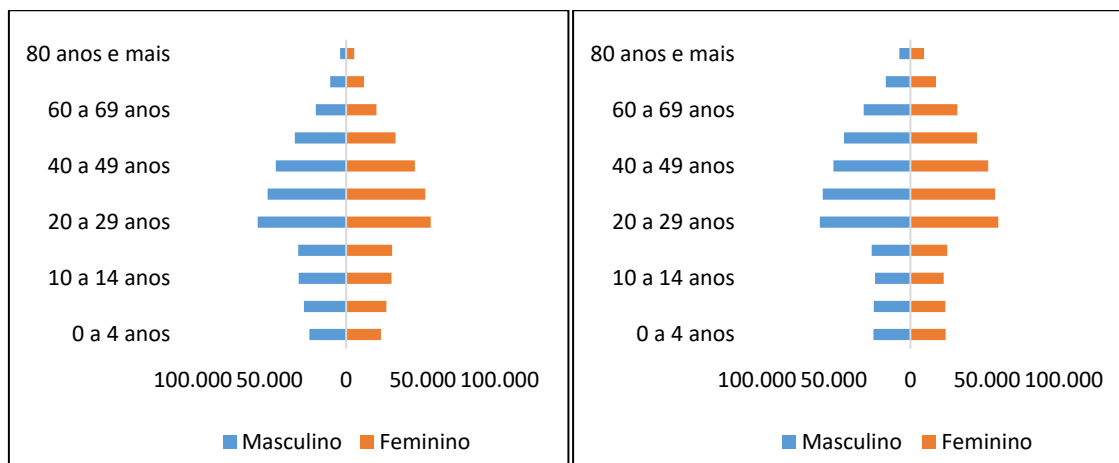
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.9 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Norte – Minas Gerais, 2010 e 2021



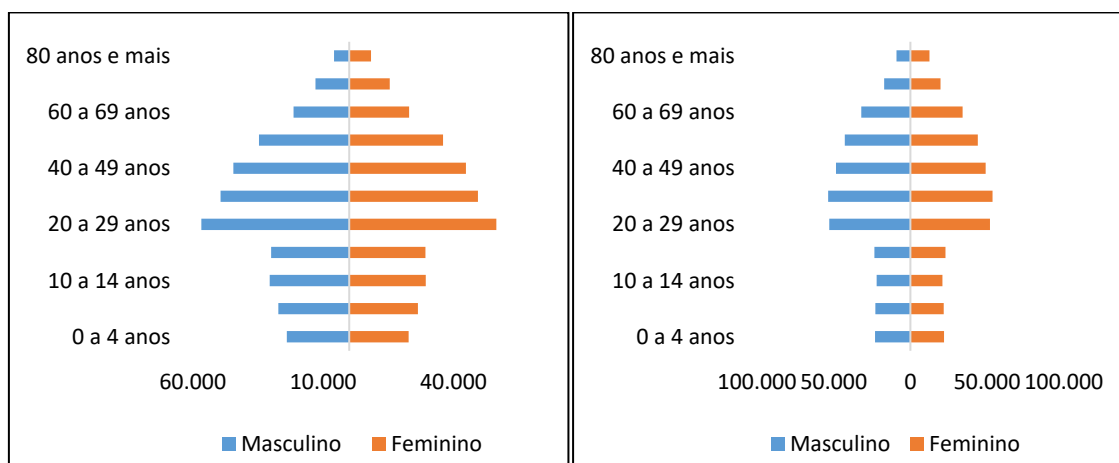
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.10 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Noroeste – Minas Gerais, 2010 e 2021



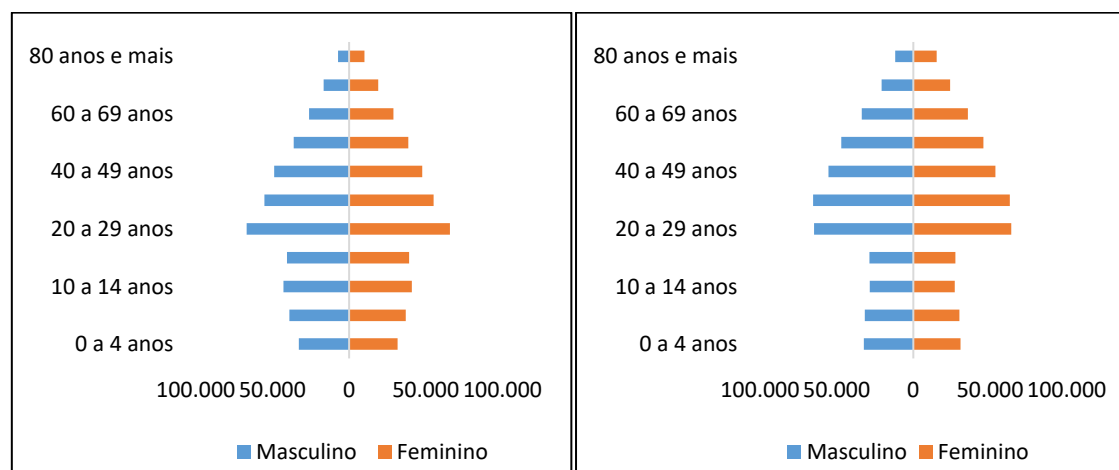
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.11 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Leste do Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021



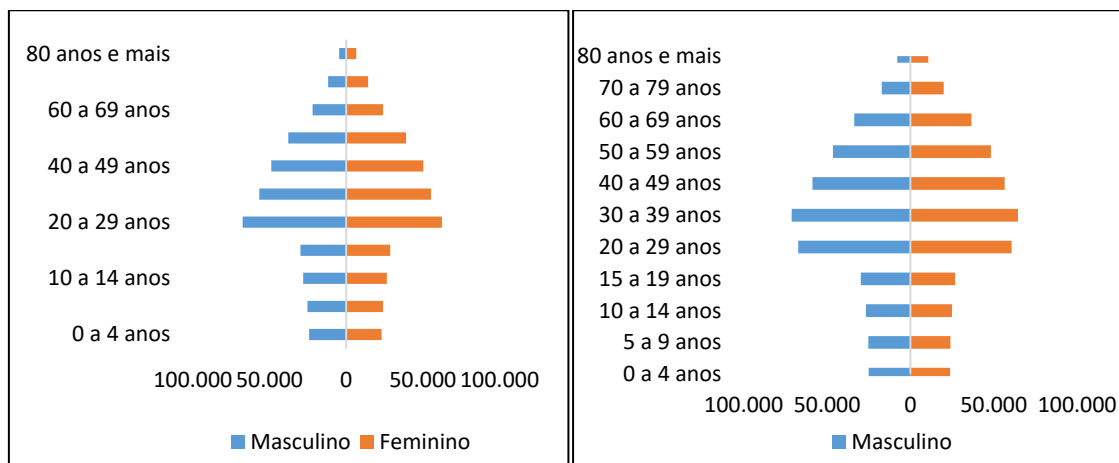
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.12 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Nordeste – Minas Gerais, 2010 e 2021



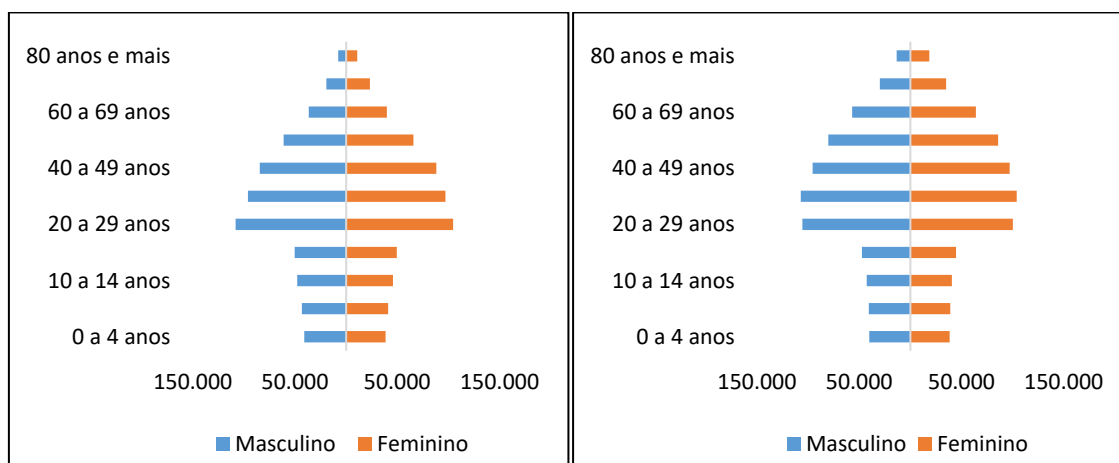
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.13 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Triângulo do Sul – Minas Gerais, 2010 e 2021



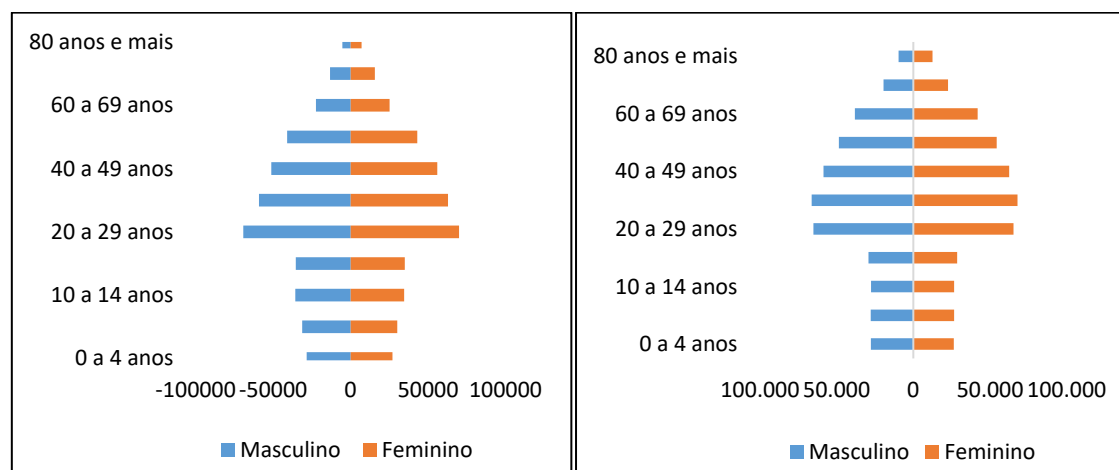
Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.14 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Triângulo do Norte – Minas Gerais, 2010 e 2021



Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1.15 – Distribuição da população por faixa etária e sexo, macrorregião de saúde Vale do Aço – Minas Gerais, 2010 e 2021



Fonte: Datasus/2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

Notações da transição epidemiológica

O perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes. Pode-se considerar que os modos de produção econômica e de reprodução humana interagem para determinar a estrutura econômica e demográfica (fertilidade, mortalidade e migração) de uma população (WOOD & CARVALHO, 1988).

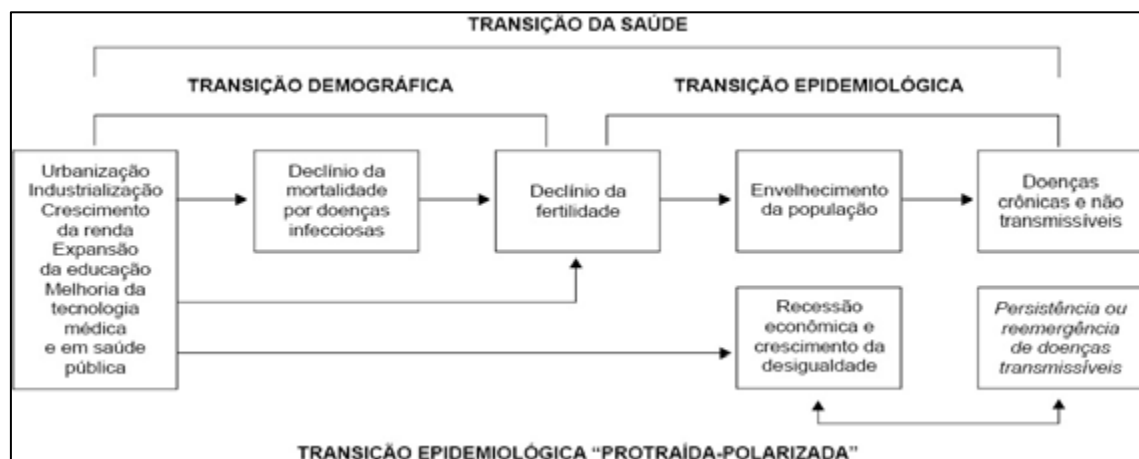
Fatores ambientais e socioculturais devem ser considerados, não sendo possível, portanto, separar o nível de mortalidade de sua estrutura e de sua relação com fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais (PRATA, 1992).

A transição epidemiológica refere-se às modificações, no longo prazo, dos padrões de natalidade, morbidade e mortalidade que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com as transformações demográficas e socioeconômicas.

O estudo da transição epidemiológica, por intermédio de suas várias camadas de análise e de interpretação, é de grande importância para a elaboração das políticas públicas, definida pela Lei 8.080/90 como:

[...] um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle.

Figura 1.16 – Relações entre transições demográfica, epidemiológica e da saúde



Fonte: Mosley et al., 1990, in ROUQUAYROL, M. Z. et SILVA, M.G.C

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Minas Gerais, Densidade Demográfica. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KALACHE *et al.* 27, 1987, *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 1ª ed. Rio de

Janeiro: Ed. Medsi, 2003.

MOSLEY *et al.*, 1990, *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M.G.C. **Epidemiologia & saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2018.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 8, v. 2, jun. 1992.

WOOD, C. H.; CARVALHO, J. A. M. 1988, *In*: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

Descrição das condições de vida dos mineiros

Produto Interno Bruto de Minas Gerais

O Produto Interno Bruto (PIB) é um indicador econômico de produção de bens e serviços finais em determinado período, calculado em moeda local. No Brasil, o PIB estimado em 2021 foi de R\$8,7 trilhões (IBGE, 2022). Minas Gerais apresentou aumento anual constante entre 2018 (R\$596,9 bilhões) e 2021 (R\$805,5 bilhões), apesar de forte retração observada nos dois primeiros trimestres de 2020. Comparativamente, o PIB de Minas apresentou, em relação ao nacional, crescimento constante: 8,8% em 2018/2019, 9% em 2020 e 9,3% (Figura 1.17).

O PIB de Minas Gerais compõe-se, primordialmente, de três setores produtivos específicos: Serviços, industrial e Agropecuário, os quais apresentaram alterações em sua composição anual entre 2018 e 2021. O de Serviços contribuiu com 68,8% do total do Valor Adicionado Bruto, seguindo-se o Industrial (25,8%) e o Agropecuário (5,4%) em 2018 (Fundação João Pinheiro, 2022).

Em 2021, a contribuição do Valor Adicional bruto pelo setor de Serviços caiu para 61,6%, seguindo-se o industrial (30,1%) e o Agropecuário (8,3%) (FJP, 2022).

O crescimento do PIB mineiro em 2021 em relação a 2020 foi impulsionado, principalmente, pelos setores Industrial e de Serviços, que apresentaram crescimento de 9,2% e

4,1%, respectivamente. Por sua vez, no que se refere à análise por atividades desagregadas, os setores de Extração Mineral e de Construção Civil apresentaram maior variação no acumulado de 2021, com crescimento de 15% e 12%, respectivamente (FJP, 2022).

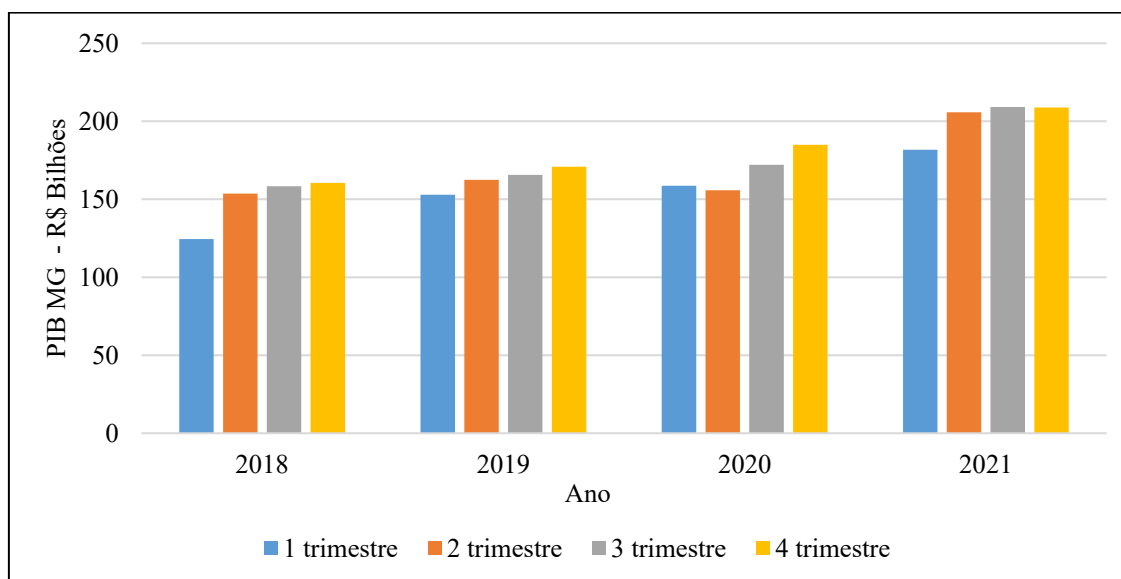
Segundo o IBGE, o PIB per capita de Minas Gerais em 2012 foi de R\$20.324,58. Para o mesmo ano, se observado por macrorregião de saúde, apresentam-se com as maiores: Triângulo do Sul (R\$31.345,65), Triângulo do Norte (R\$29.981,67), Centro (R\$27.226,15) e Noroeste (R\$20.343,07). De outro lado, as menores distribuições per capitas por macrorregião de saúde são: Nordeste (R\$8.011,58) e Jequitinhonha (R\$7.775,41), como mostra a Figura 1.18 (IBGE, 2012).

Mercado de trabalho

A população apta para o trabalho, considerando a idade mínima de 14 anos, aumentou de 16,9 milhões para 17,6 milhões entre o primeiro trimestre de 2017 e o quarto trimestre de 2021 (IBGE, 2022). Essa população se distribui entre pessoas dentro da força de trabalho ocupadas e desocupadas e pessoas fora da força de trabalho (Figura 1.19).

Considerando-se o percentual de pessoas dentro da força de trabalho e ocupadas no Brasil, que varia em torno de 50,0%, destaca-se que o de Minas Gerais variou em torno de

Figura 1.17 – Produto Interno Bruto, por trimestre – Minas Gerais, 2018 a 2021

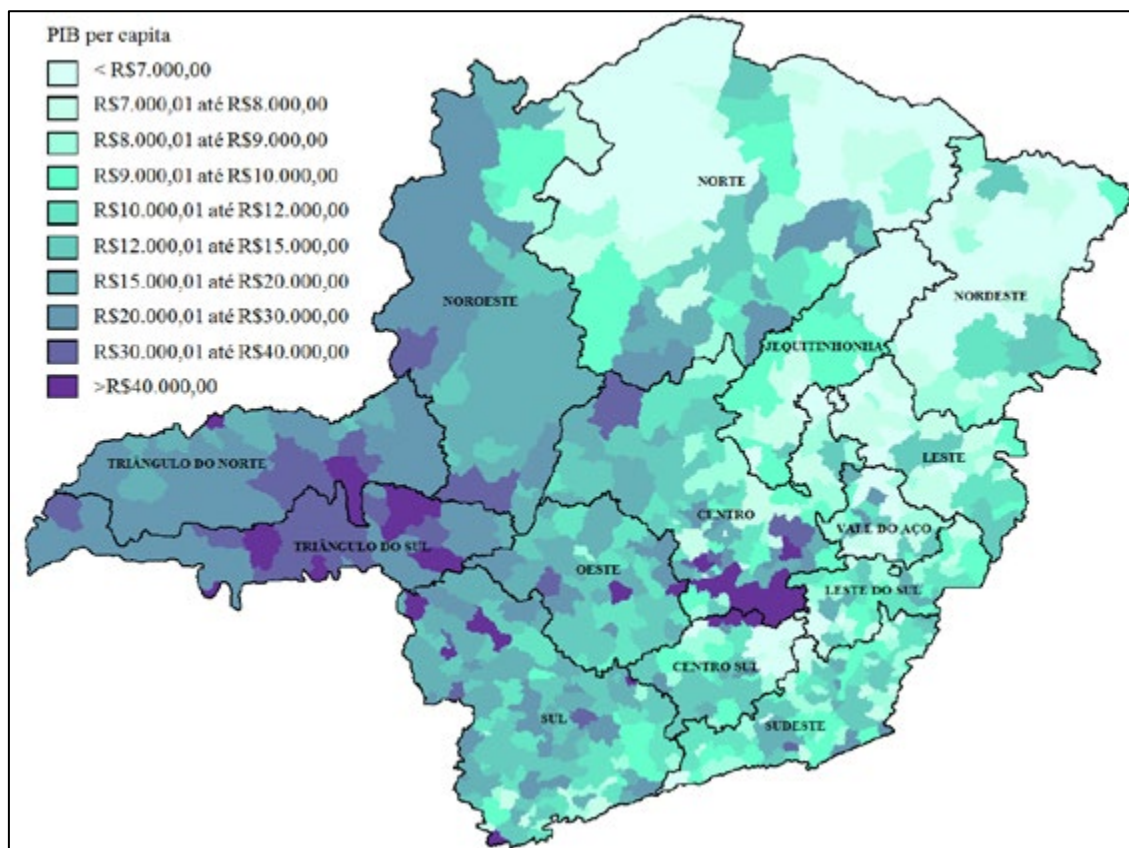


Fonte: FJP/2022

60,0%. O maior percentual de pessoas fora da força de trabalho em Minas Gerais ocorreu no segundo semestre de 2020, fenômeno que pode estar associado à fase crítica da

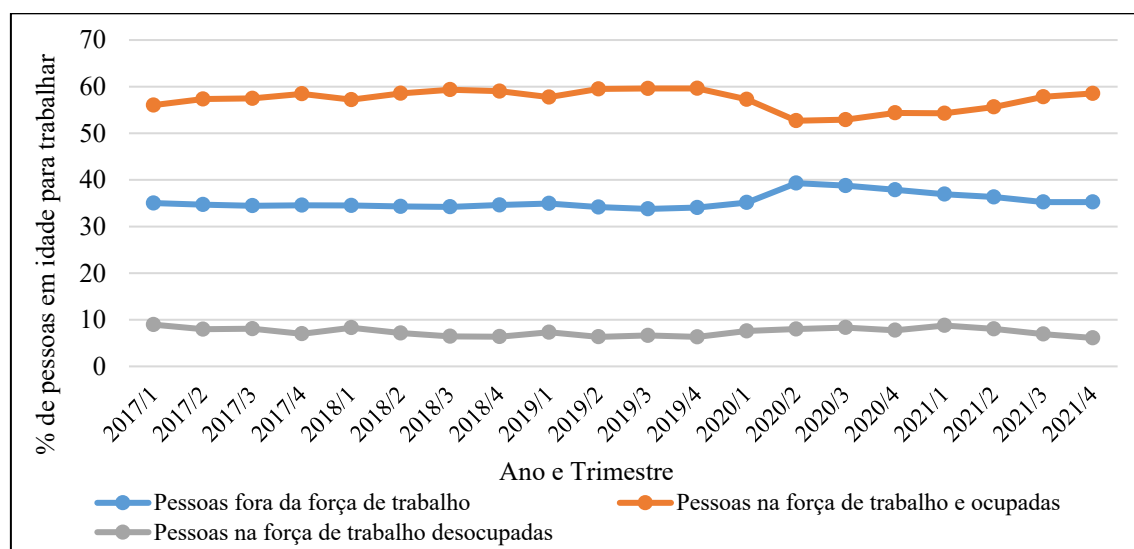
pandemia naquele ano (IPEA, 2021). Já o percentual de pessoas dentro da força de trabalho desocupadas manteve-se abaixo de 10,0% em toda a série.

Figura 1.18 – PIB per capita das macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2012



Fonte: IBGE/2012

Figura 1.19 – Percentual de pessoas com idade mínima de 14 anos fora e dentro da força de trabalho (ocupadas e desocupadas) – Minas Gerais, primeiro trimestre de 2017 ao quarto trimestre de 2021



Fonte: IPEA/2022

Das condições de vida – Índice do Desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado em 1990 e utilizado em 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é calculado com base nos dados sobre renda (renda bruta per capita), saúde (esperança de vida) e educação (média de anos de educação de adultos e expectativa de anos de escolaridade para crianças em idade de ingresso na vida escolar), que varia entre 0 e 1. Subdivide-se em: muito baixo (0,000 – 4,999), baixo (0,500 – 0,599), médio (0,600 – 0,699), alto (0,700 – 0,799) e muito alto (0,800 – 1,000) (PNUD, 2022).

O PNUD mostra para Minas Gerais que em 2010 os municípios com IDH muito alto foram: Nova Lima (0,813) e Belo Horizonte (0,810), respectivamente, na 17ª e na 20ª posição no ranking nacional de IDH municipal. De outro lado, São João das Missões apresentou o menor índice (0,529) (PNUD, 2022a).

Por macrorregião de saúde, os maiores IDH foram: Triângulo do Sul (0,713), Triângulo do Norte (0,713) e Oeste (0,700). O menor IDH foi da Nordeste (0,605). Nenhuma macrorregião apresentou IDH muito baixo ou baixo. A composição do IDH por macrorregião de saúde em Minas Gerais revelou comportamento padrão, em que a variável saúde (longevidade) foi expressivamente superior à

variável renda, a qual foi superior à variável educação. A Figura 1.20 apresenta o IDH de Minas Gerais e de suas macrorregiões de saúde para 2010.

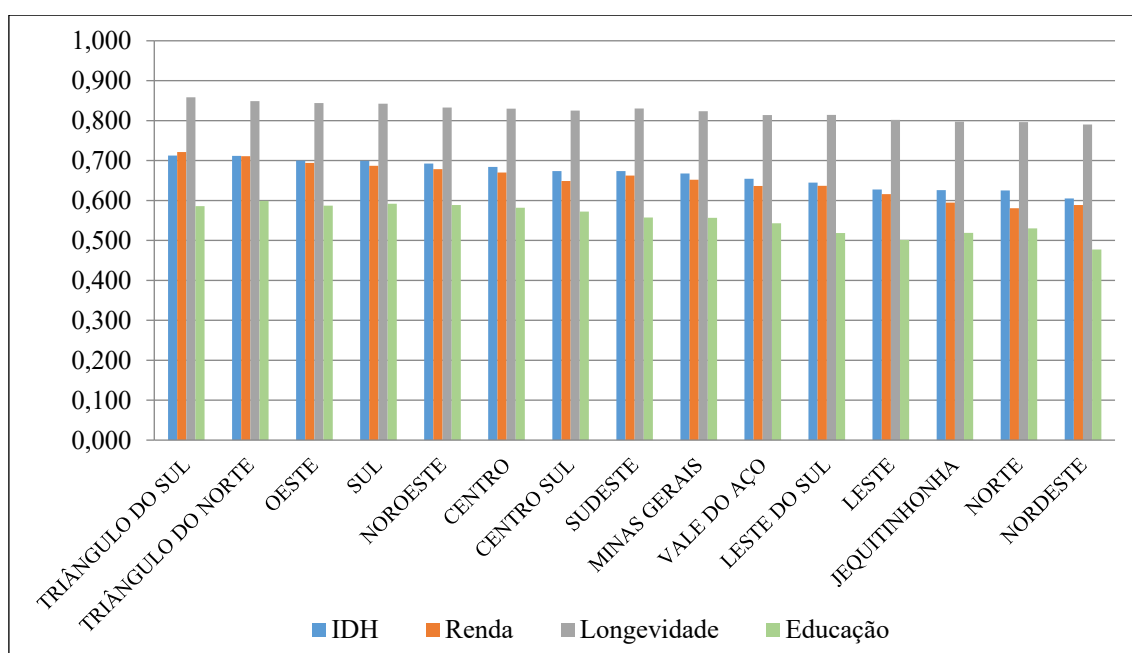
Das condições dos sujeitos – Renda

A distribuição da renda per capita é um indicador usado para se conhecer o desenvolvimento de uma localidade, o qual pode ser obtido pela divisão do coeficiente de renda local por habitante. A renda per capita nominal mensal dos mineiros apresentou aumento constante entre 2012 e 2019 (IBGE, 2022). Trata-se de critério de classificação da pobreza, assim considerado: a) de extrema pobreza – renda per capita mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; b) de pobreza – renda per capita mensal de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ do salário mínimo; e c) pobreza segundo os parâmetros do Banco Mundial para o Brasil – renda per capita de US\$5,5 por dia em termos de poder de paridade de compra.

Os três indicadores de pobreza se comportaram de maneira semelhante, entre 2012 e 2019, em Minas Gerais. Pobreza extrema apresentou queda entre 2012 e 2015, verificando-se um incremento de alta em 2016, seguido de queda até 2019 (FJP, 2021).

Apesar da variação observada na renda per capita nominal, o mesmo não se observou no incremento da redução da pobreza e da extre-

Figura 1.20 – IDH por macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2010



Fonte: PNUD/2022a

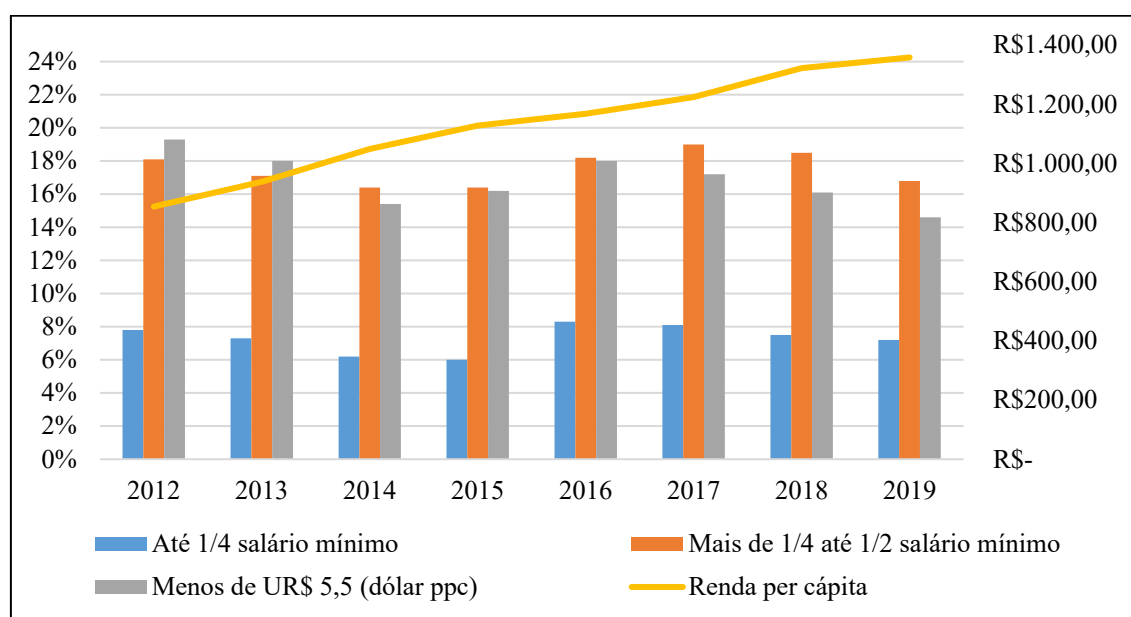
ma pobreza, o que pode ser resultado meramente das alterações no salário mínimo, conforme observado na Figura 1.21 (IBGE, 2022).

Das condições dos sujeitos – Educação

Levando-se em conta a população em idade escolar (de 4 a 17 anos), o percentual de

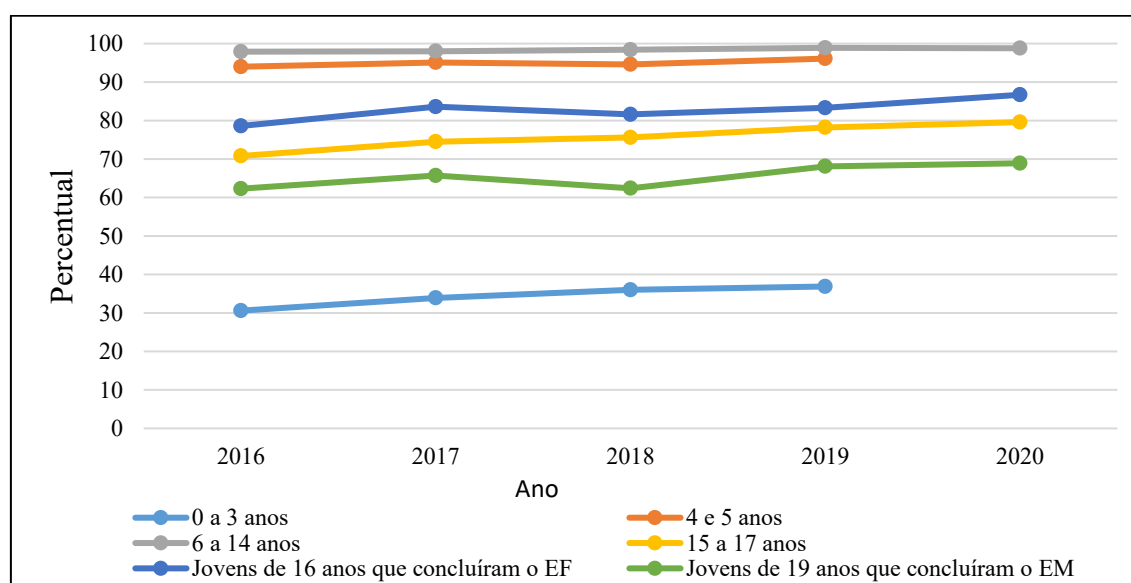
matrículas na faixa etária igual ou maior que quatro anos foi superior a 70,0% entre 2016 e 2020. Em todas as faixas etárias constatou-se evolução positiva nos percentuais para o mesmo período. No período de 2017 a 2020 mais de 80% dos jovens com idade de 16 anos concluíram o ensino fundamental. Entre os jovens de 19 anos ou mais de 60,0% concluíram o ensino médio (Figura 1.22).

Figura 1.21 – Renda per capita nominal mensal e percentual de pobreza e extrema pobreza – Minas Gerais, 2012 a 2019



Fonte: FJP/2021; IBGE/2022

Figura 1.22 – Percentual de crianças e jovens matriculados e jovens com 16 e 19 anos que concluíram o ensino fundamental e médio, respectivamente – Minas Gerais, 2017 a 2020



Fonte: IBGE/2022; IBGE/2022a

Reflexos da renda sobre a educação

A escolarização e as taxas de analfabetismo, compreendidas como a incapacidade do indivíduo em ler um texto simples no idioma natural, são importantes indicadores do desenvolvimento humano e estão diretamente relacionadas à renda da população (Guzzo & Euzebios, 2005). A renda per capita é um indicador capaz de refletir o grau de desenvolvimento econômico de uma localidade. Portanto, a observação dos dados em conjunto apresenta o cenário de como uma região pode ter sua renda afetada, relacionado ao baixo grau de alfabetização de sua população, conforme se observa na Figura 1.23.

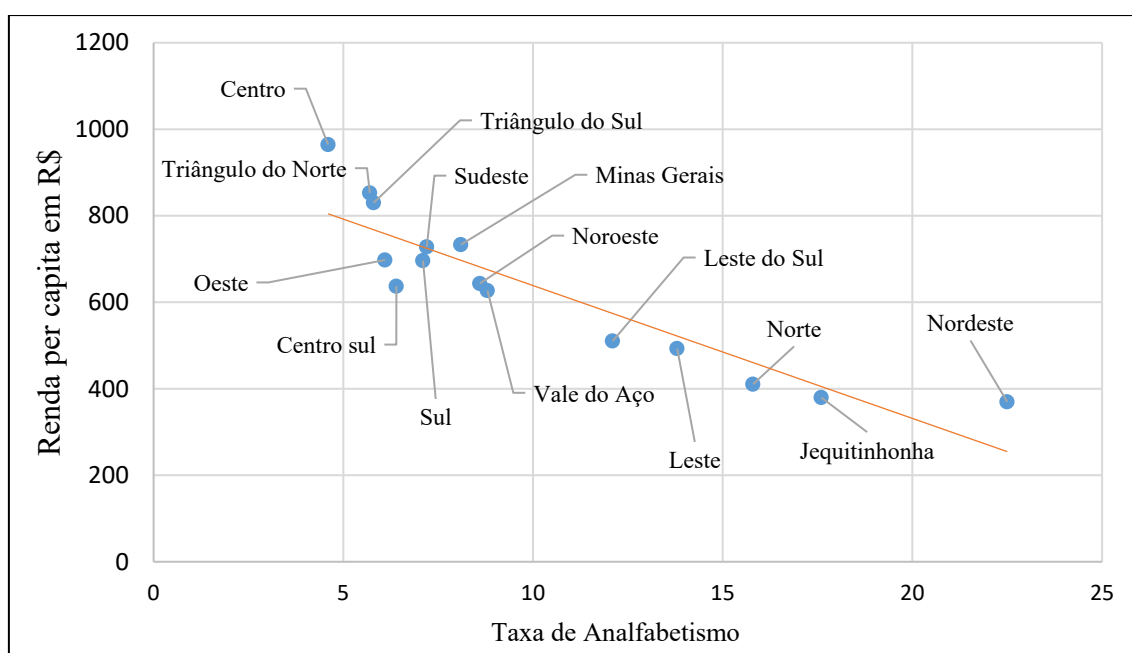
Das condições ambientais – Saneamento

O saneamento básico compreende a oferta de serviços públicos relacionados ao: abastecimento de água, esgotamento sanitário e manejo de resíduos, entre outros (Brasil, Política Nacional de Saneamento Básico). A implementação adequada dos serviços de saneamento básico contribui para a efetiva promoção da saúde coletiva, pois é capaz de reduzir e/ou eliminar riscos à saúde da população, tais como, diarreias, dengue, leptospirose, malária, doença de Chagas, cólera e verminoses (BRASIL, 2017).

O percentual de domicílios atendidos com abastecimento de água por rede geral de distribuição, em Minas Gerais, aumentou de 85,8% para 89,1%, entre 2016 e 2019, respectivamente. Por sua vez, o percentual de domicílios atendidos com esgotamento sanitário por rede geral ou fôça ligada à rede permaneceu relativamente estável, aumentando de 81% em 2016, para 81,7% em 2019. Fenômeno semelhante foi observado no percentual de domicílios com coleta direta de resíduos sólidos, que caiu de 87,4% em 2016, para 84,3% em 2019. Comparativamente, os percentuais citados colocam Minas Gerais em posição superior ao Brasil e inferior à Região Metropolitana de Belo Horizonte, observados os mesmos indicadores para 2016 e 2019 (FJP, 2020).

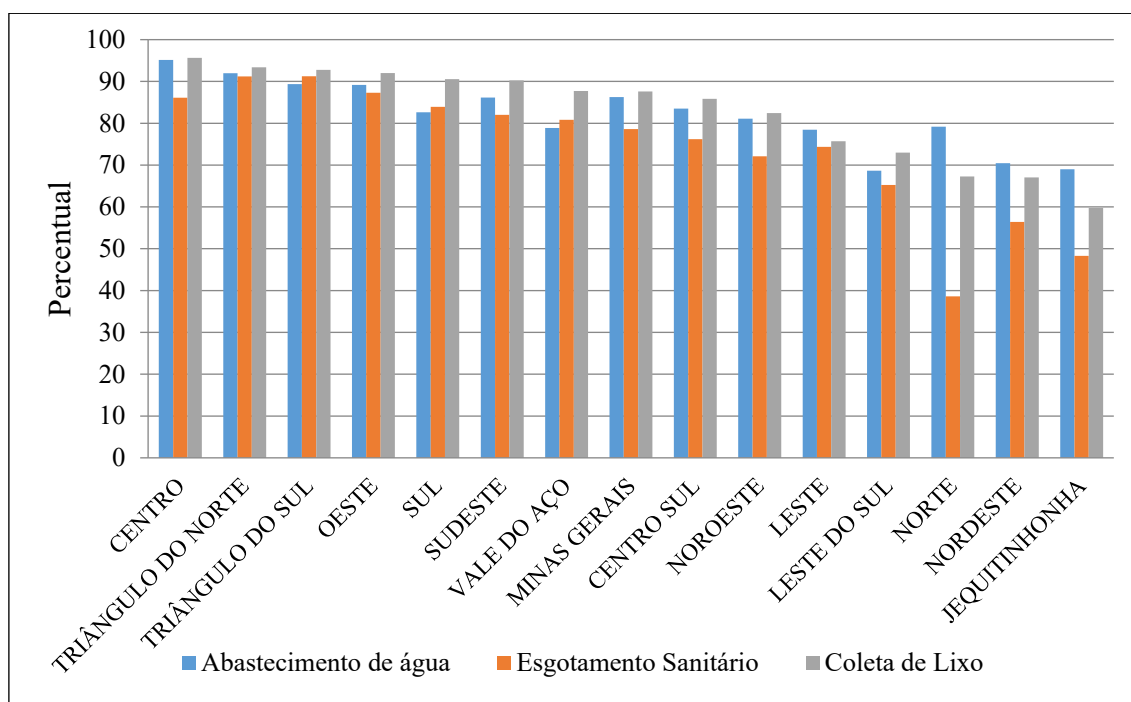
Das quatorze macrorregionais de saúde, apenas Centro, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Oeste, Sul e Sudeste alcançaram percentuais acima de 80% para os três indicadores observados e apenas Centro, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul alcançaram média dos três percentuais acima de 90% em 2010. As menores médias de percentuais para os três indicadores foram observadas em Leste do Sul (69,0%), Nordeste (64,6%), Norte (61,7), e Jequitinhonha (59,0%). Destaca-se negativamente a cobertura de esgotamento sanitário na Norte (38,6%), conforme observado na Figura 1.24.

Figura 1.23 – Renda per capita e taxa de analfabetismo, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE/2010

Figura 1.24 – Percentual de cobertura de abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE/2010

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programas Institucionais. Engenharia de Saúde Pública.** Saneamento para a Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Ascensão e queda do Bem-estar em Minas Gerais:** A trajetória da renda dos mineiros entre 2012 e 2019, segundo a PNAD CONTÍNUA. Nota Técnica número 01, março de 2021. Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, 2021.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Informativo FJP. **Estudos Populacionais:** Saneamento Básico – PNADC, 2019. Vol.: 2, n.:5. Belo Horizonte, 22 de maio de 2020.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Informativo FJP.** Contas Regionais | PIB – MG. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, 16 de março de 2022.

GUZZO, R.S.L.; EUZEBIOS, F.A. Desigualdade social e sistema educacional brasileiro: a urgência da educação

emancipadora. **Escritos educ.**, Ibirité, v. 4, n. 2, p. 39-48, dez 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Brasileiro de Educação Básica, 2021.**

PNADC. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios Contínua. Todos pela Educação. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2010: Taxa de Analfabetismo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2010: Renda per capita.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades, Painel.** Sinopse estadual. Informações sobre rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD Contínua**. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios Contínua. Painel, tema: Educação. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD Contínua. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios Contínua**. Painel, tema: Mercado de Trabalho. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto per capita**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto**

Interno Bruto. O que é o PIB? IBGE explica. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica número 92**. Comportamento do mercado de trabalho brasileiro em duas recessões: Análise do Período 2015-2016 e da Pandemia de COVID-19. Ministério da Economia. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, fevereiro de 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano**. Brasil, 2022a.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é o IDH?** Brasil, 2022.

Crescimento vegetativo, mortalidade e natalidade

A taxa de natalidade e a de mortalidade representam indicadores de desenvolvimento humano que analisam tanto o aumento da população quanto seu declínio. Permitem observar a dinâmica de uma população, com base nas variáveis que as influenciam, como, qualidade de vida, renda e nível de desenvolvimento do país ou unidade federativa em questão. Para a demografia, um importante indicador é o crescimento vegetativo, que está atrelado ao cálculo da diferença entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade de uma população. Embora não represente o crescimento absoluto da população, assume grande importância, principalmente, para os estados e as organizações internacionais, quando se trata da construção de estratégias demográficas nos níveis local e global.

Em Minas Gerais, constatou-se um declínio do crescimento vegetativo de quase 50% em todas as macrorregiões de saúde, excetuando-se a Sudeste, que teve um decréscimo, corroborando com os achados da Figura 1.25, na qual se observa a redução da taxa de natalidade e aumento da taxa de mortalidade.

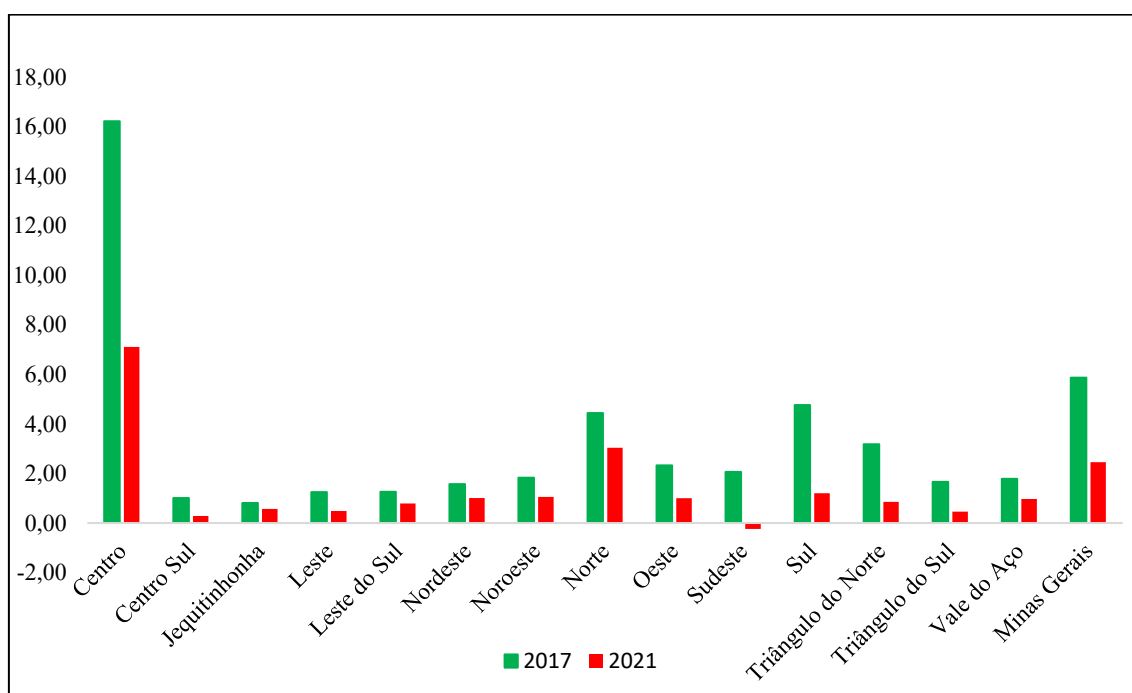
As informações relativas à mortalidade foram extraídas Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM), da Secretaria do Estado de Minas Gerais (SES-MG). Cresceu o número de óbitos de residentes entre 2017 e 2021: de 138,321 para 189.014, até o momento de tabulação dos dados. O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) acompanhou o aumento no número de óbitos, elevando-se de 6,62 por 1.000 habitantes em 2017, para 8,82 por 1.000 habitantes em 2021.

No que se refere à natalidade, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), da SES-MG, identificou-se redução do número de nascidos vivos entre 2017 e 2021: de 260.976 para 241.540. Em paralelo, observou-se redução das taxas de natalidade entre 2017 e 2021: de 12,48 por 1.000 habitantes para 11,28 por 1.000 habitantes (Figura 1.26).

No geral, os estudos sobre mortalidade e natalidade são influenciados pela participação de fatores que contribuem para aumentar ou diminuir determinadas causas, alterando a distribuição proporcional das demais causas, isto é, condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso aos serviços de saúde e qualidade deles (RIPSA, 2008).

Figura 1.25 – Crescimento vegetativo, por macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

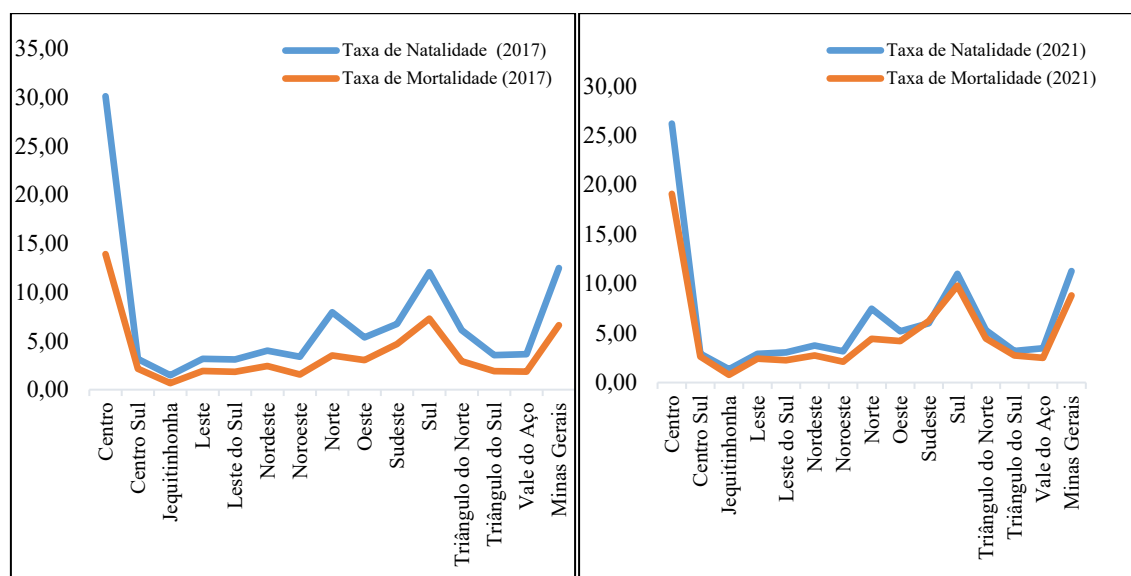


Nota: Dados de 2020 a 2022 atualizados em 5 e 8 de julho de 2022, portanto, sujeitos à alteração/revisão
Fonte: SINASC/SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SES/MG

A taxa bruta de natalidade é influenciada em razão dos fatores sexo e faixa etária da população feminina. A Figura 1.27 apresenta a taxa específica por mulheres em idade fértil. Observa-se uma redução dessa taxa em 13 macrorregiões e no estado. Contrariou essa tendência a macrorregião Leste do Sul.

O exame do perfil demográfico de Minas Gerais revela alterações que podem auxiliar no entendimento do considerável aumento da morbimortalidade por doenças infecto-contagiosas, e da manutenção das doenças e agravos não transmissíveis, comparando-se 2017 e 2021 (Figura 1.28).

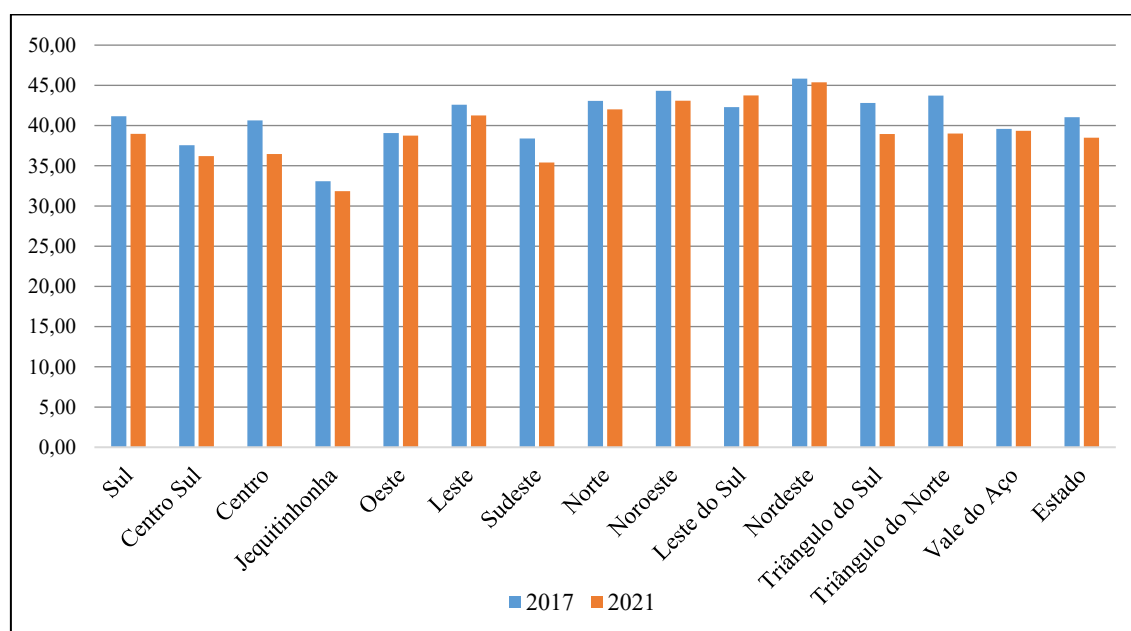
Figura 1.26 – Taxas de natalidade e mortalidade, por macrorregiões de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Nota: Dados de 2020 a 2022 atualizados em 5 e 8 de julho de 2022, portanto sujeitos à alterações/revisões

Fonte: SINASC/SIM/CPDE/DIE/SubVS/SES-MG

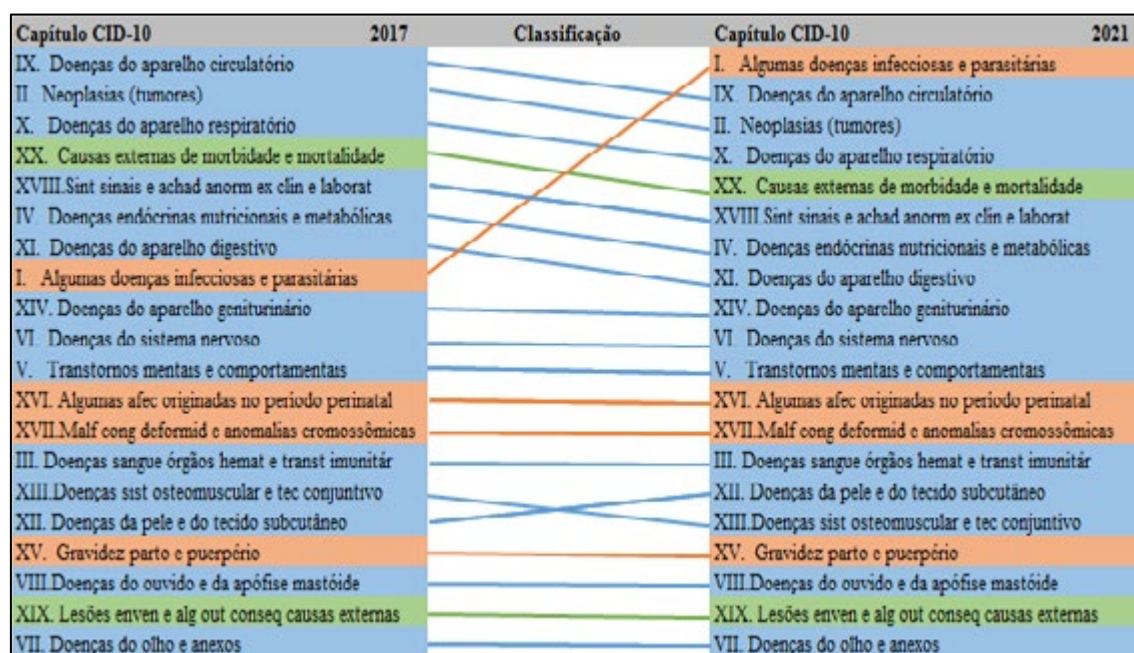
Figura 1.27 – Taxa específica de natalidade relativa às mulheres em idade fértil, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Nota: Dados de 2020 a 2022 atualizados em 05 e 08 de julho de 2022, portanto sujeitos à alterações e/ou revisões

Fonte: SINASC/SIM/CPDE/DIE/SubVS/SES-MG

Figura 1.28 – Escore dos óbitos por capítulos da CID-10 – Minas Gerais, 2017 e 2021



Nota: Os dados de 2020 a 2022 foram atualizados em 5 e 8 de julho de 2022, encontrando-se, portanto, sujeitos a alterações e/ou revisões

Fonte: SINASC/SIM/CPDE/DIE/SubVS/SES-MG

Em 2017, doenças e agravos não transmissíveis foram as principais causas básicas de mortalidade no estado de Minas Gerais, notadamente: doenças do aparelho circulatório (as cerebrovasculares e as isquêmicas do coração), neoplasias (restante das neoplasias, neoplasias malignas, neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões, de cólon, reto e ânus e de estômago) e as do aparelho respiratório (pneumonias, doenças crônicas das vias aéreas inferiores). Somadas, responderam por 55,1% das mortes.

Em 2021 as doenças infecciosas e parasitárias assumiram a liderança em número de mortes (restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias e outras doenças bacterianas - septicemia), perfazendo 26,7% do total de óbitos. Seguiram-se doenças do aparelho circulatório (doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares), neoplasias (restante das neoplasias, neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões, de cólon, reto e ânus, próstata e mama) e as do aparelho respiratório (sobressaindo a pneumonia), que alcançaram a 2ª, 3ª e 4ª colocação, respectivamente. Somadas, representaram 41,0% do total de causas de morte no estado.

As doenças do aparelho circulatório (capítulo IX – CID-10) foram responsáveis pelo maior número de óbitos no estado, em 2017,

em todas as macrorregiões de saúde. Em 12 as neoplasias (capítulo II – CID-10) foram responsáveis pela segunda maior causa de óbitos. Nas outras duas, Norte e Nordeste, causas mal definidas (capítulo XVIII – CID-10) ocuparam a segunda colocação. Para 2021 as doenças infecciosas e parasitárias (capítulo I – CID-10) assumiram a liderança em causas de morte em 11 das 14 macrorregiões de saúde, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (capítulo IX – CID-10). Nas outras três, Sul, Leste do Sul e Nordeste, as doenças do aparelho circulatório e as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam a primeira e a segunda colocação, respectivamente. A Tabela 1.2 mostra as principais causas de morte por macrorregião de saúde em 2017 e 2021.

Em relação às categorias de morte no estado, destacaram-se em 2017: proporção das pneumonias não especificadas, infarto agudo do miocárdio, causas mal definidas, diabetes e hipertensão. Comparativamente, em 2021 as principais categorias de morte foram: doenças por vírus não especificado, causas mal definidas, infarto, hipertensão e diabetes.

Diante desse quadro, cabe refletir sobre os desafios a serem vivenciados com a transição epidemiológica e demográfica. Assim como ocorre no Brasil, assunto discutido por Rios-Neto, Martine e Alves (2009), Minas Gerais

também conviverá com o desafio de combater veis e mortes por causas externas (acidentes a carga de doenças crônicas não transmissíveis de trânsito, homicídios etc.). Em paralelo, en-

Tabela 1.2 – Frequência de óbitos e taxa de mortalidade geral (não fetal) por residência, pelos cinco capítulos da CID-19 mais incidentes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021

Macrorregião	Capítulo CID-10	Número de Óbitos (2017)	Taxa por 100 mil habitantes (2017)	Capítulo CID-10	Número de Óbitos (2021)	Taxa por 100 mil habitantes (2021)
Centro	IX. Doenças do aparelho circulatório	9115	139,37	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14837	220,55
	II. Neoplasias (tumores)	7255	110,93	IX. Doenças do aparelho circulatório	10177	151,28
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4450	68,04	II. Neoplasias (tumores)	7525	111,86
	X. Doenças do aparelho respiratório	4345	66,43	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3940	58,57
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2844	43,48	X. Doenças do aparelho respiratório	3854	57,29
Centro Sul	IX. Doenças do aparelho circulatório	1750	223,47	IX. Doenças do aparelho circulatório	1850	231,73
	II. Neoplasias (tumores)	958	122,33	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1604	200,92
	X. Doenças do aparelho respiratório	901	115,05	II. Neoplasias (tumores)	1008	126,26
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	488	62,32	X. Doenças do aparelho respiratório	640	80,17
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	401	51,21	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	471	59,00
Jequitinhonha	IX. Doenças do aparelho circulatório	451	110,99	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	478	117,06
	II. Neoplasias (tumores)	271	66,69	IX. Doenças do aparelho circulatório	436	106,77
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	253	62,26	II. Neoplasias (tumores)	320	78,36
	X. Doenças do aparelho respiratório	203	49,96	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	239	58,53
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	189	46,51	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	199	48,73
Leste	IX. Doenças do aparelho circulatório	1424	206,70	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1743	251,44
	II. Neoplasias (tumores)	839	121,79	IX. Doenças do aparelho circulatório	1432	206,58
	X. Doenças do aparelho respiratório	630	91,45	II. Neoplasias (tumores)	819	118,15
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	592	85,93	X. Doenças do aparelho respiratório	534	77,03
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	407	59,08	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	505	72,85
Leste do Sul	IX. Doenças do aparelho circulatório	1383	199,89	IX. Doenças do aparelho circulatório	1537	219,82
	II. Neoplasias (tumores)	820	118,52	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1476	211,09
	X. Doenças do aparelho respiratório	680	98,28	II. Neoplasias (tumores)	759	108,55
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	585	84,55	X. Doenças do aparelho respiratório	556	79,52
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	303	43,79	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	468	66,93
Nordeste	IX. Doenças do aparelho circulatório	1631	196,05	IX. Doenças do aparelho circulatório	1656	198,24
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1111	133,54	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1440	172,38
	II. Neoplasias (tumores)	838	100,73	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1012	121,15
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	692	83,18	II. Neoplasias (tumores)	994	118,99
	X. Doenças do aparelho respiratório	630	75,73	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	550	65,84
Noroeste	IX. Doenças do aparelho circulatório	1079	154,78	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1886	264,08
	II. Neoplasias (tumores)	595	85,35	IX. Doenças do aparelho circulatório	1155	161,73
	X. Doenças do aparelho respiratório	590	84,63	II. Neoplasias (tumores)	723	101,24
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	541	77,60	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	513	71,83
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	350	50,21	X. Doenças do aparelho respiratório	438	61,33
Norte	IX. Doenças do aparelho circulatório	1999	119,85	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3004	176,66
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1661	99,59	IX. Doenças do aparelho circulatório	2553	150,14
	II. Neoplasias (tumores)	1369	82,08	II. Neoplasias (tumores)	1661	97,68
	X. Doenças do aparelho respiratório	1263	75,73	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1306	76,80
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1015	60,86	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	946	55,63
Oeste	IX. Doenças do aparelho circulatório	2319	182,68	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3281	249,86
	II. Neoplasias (tumores)	1455	114,62	IX. Doenças do aparelho circulatório	2357	179,49
	X. Doenças do aparelho respiratório	1116	87,91	II. Neoplasias (tumores)	1599	121,77
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1093	86,10	X. Doenças do aparelho respiratório	970	73,87
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	496	39,07	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	862	65,64
Sudeste	IX. Doenças do aparelho circulatório	3485	210,00	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4484	264,78
	II. Neoplasias (tumores)	2195	132,26	IX. Doenças do aparelho circulatório	3585	211,70
	X. Doenças do aparelho respiratório	1786	107,62	II. Neoplasias (tumores)	2321	137,06
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1101	66,34	X. Doenças do aparelho respiratório	1606	94,83
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	881	53,09	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1291	76,23
Sul	IX. Doenças do aparelho circulatório	5399	194,11	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6984	245,70
	II. Neoplasias (tumores)	3527	126,81	IX. Doenças do aparelho circulatório	5587	196,56
	X. Doenças do aparelho respiratório	2980	107,14	II. Neoplasias (tumores)	3862	135,87
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1529	54,97	X. Doenças do aparelho respiratório	2728	95,97
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1243	44,69	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1610	56,64
Triângulo do Norte	IX. Doenças do aparelho circulatório	2199	171,35	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4632	349,03
	II. Neoplasias (tumores)	1423	110,88	IX. Doenças do aparelho circulatório	1994	150,25
	X. Doenças do aparelho respiratório	1139	88,75	II. Neoplasias (tumores)	1570	118,30
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	810	63,12	X. Doenças do aparelho respiratório	884	66,61
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	437	34,05	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	815	61,41
Triângulo do Sul	IX. Doenças do aparelho circulatório	1425	184,32	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2649	328,59
	II. Neoplasias (tumores)	849	109,82	IX. Doenças do aparelho circulatório	1447	179,49
	X. Doenças do aparelho respiratório	797	103,09	II. Neoplasias (tumores)	941	116,72
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	573	74,12	X. Doenças do aparelho respiratório	644	79,88
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	324	41,91	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	477	59,17
Vale do Aço	IX. Doenças do aparelho circulatório	1490	178,57	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1928	225,96
	II. Neoplasias (tumores)	876	104,99	IX. Doenças do aparelho circulatório	1634	191,50
	X. Doenças do aparelho respiratório	688	82,45	II. Neoplasias (tumores)	927	108,64
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	545	65,32	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	548	64,23
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	304	36,43	X. Doenças do aparelho respiratório	527	61,76
Total - Minas Gerais	IX. Doenças do aparelho circulatório	35165	168,18	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	50460	235,66
	II. Neoplasias (tumores)	23272	111,30	IX. Doenças do aparelho circulatório	37471	175,00
	X. Doenças do aparelho respiratório	17755	84,92	II. Neoplasias (tumores)	25064	117,06
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	14281	68,30	X. Doenças do aparelho respiratório	15008	70,09
	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10504	50,24	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12973	60,59

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SES-MG

frentará também a prevalente carga de doenças infectocontagiosas, em que foram explicitadas suas lacunas pelo advento da pandemia da COVID-19.

As mortes atribuíveis, direta e indiretamente, à pandemia da COVID-19 podem estar associadas a outros fatores e determinantes que incidem sobre as condições de saúde da população, por exemplo, acesso à prevenção e oferta de serviços de saúde, que sofreram agravamento de sua sobrecarga.

Morbidade hospitalar

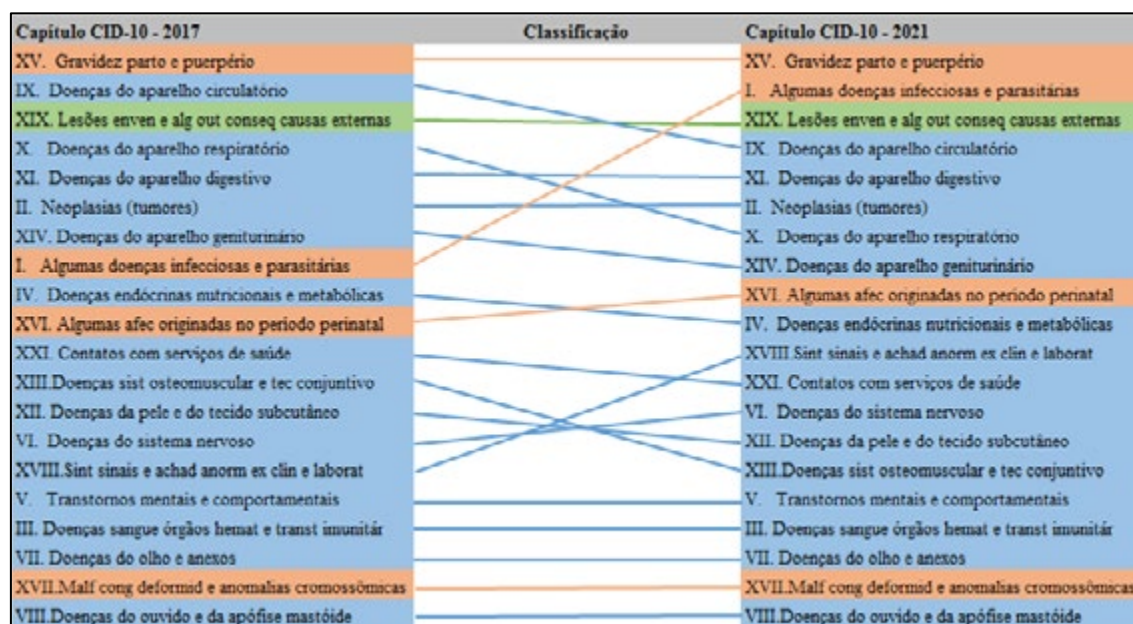
Em 2017 e 2021 foram processadas 1.196.796 e 1.215.448 internações, respectivamente, de residentes de Minas Gerais no SUS, independentemente do estado onde o indivíduo se hospitalizou. Como esperado, em 2017 a maioria das internações foi proveniente de gravidez, parto e puerpério, dada a condição fisiológica das mulheres, associada a procedimentos no âmbito hospitalar. Em seguida, em contram-se as doenças relacionadas a aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho respiratório, consecutivamente. Em 2021 as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam a segunda colocação, seguidas por causas externas e doenças do aparelho circulatório (Figura 1.29).

No que se refere à proporcionalidade das internações em 2017 e 2021, gravidez, parto e puerpério responderam por 17,8% e 16,3%, respectivamente, e tiveram como causa mais frequente o parto único espontâneo (42,5% e 40,7%, respectivamente). Estes percentuais podem ser explicados pelo elevado número de gravidezes e possíveis complicações relacionadas a elas, para as quais são exigidas reinternações.

Em 2017 as doenças do aparelho circulatório ocuparam a segunda colocação, respondendo por 11,8% das internações, tendo como causas mais frequentes a insuficiência cardíaca e outras doenças isquêmicas do coração (35,3%) e causas externas (10,7%). Cenário diferente foi observado em 2021, em que as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam o segundo lugar na proporcionalidade de internações, com 16,1%, seguidas pelas causas externas (11,5%).

A observação das principais causas de internação no estado em 2017 apresentou o parto único espontâneo, supracitado, seguido pelas pneumonias e causas por outras complicações da gravidez e do parto. As pneumonias, apesar de não estarem entre os três capítulos (CID-10) mais frequentes, configuram um número expressivo de causas. A mesma observação, agora para 2021, apresenta como princi-

Figura 1.29 – Escore das internações hospitalares do SUS, por capítulos da CID-10 – Minas Gerais, 2017 e 2021



Nota: Situação da base de dados nacional em 29 de abril de 2016. Dados de janeiro de 2015 a março de 2016, sujeitos a retificação

Fonte: Ministério da Saúde Sistema de Informações Hospitalares

país causas de internação aquelas resultantes de outras doenças virais, seguidas pelo parto único espontâneo e por outras complicações da gravidez e do parto para o sexo feminino e pelas fraturas de outros ossos e membros para o sexo masculino. Destaca-se a presença de pneumonias e insuficiência cardíaca como principais causas de internação neste ano para ambos os sexos.

O envelhecimento da população e a tripla carga de doenças persistentes trazem evidentes consequências para o setor Saúde. Destaca-se entre as principais consequências relacionadas ao envelhecimento populacional a modificação dos padrões de morbimortalidade, em que há predomínio de doenças crônico-degenerativas, sendo muito frequentes as co-

morbidades e a elevação das doenças infecto-parasitárias. Além disso, o envelhecimento populacional contribui para a sobrecarga dos serviços de saúde, uma vez que a assistência necessária à carga de doenças e agravos presentes nesta população envolve o uso de terapias e medicamentos de uso contínuo, a necessidade de amplitude de acesso aos serviços de saúde, as dificuldades associadas ao autocuidado e a ampliação de gastos em saúde.

Neste cenário que se apresenta, será necessário o enfrentamento de desafios já existentes no que se refere à oferta de serviços de saúde, bem como o rompimento de barreiras para além do SUS, como os relacionados aos determinantes sociais, econômicos, culturais e institucionais.

Referências

REDE Interagencial de Informação para a Saúde **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA. – 2ª ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

RIOS-NETO, E. L. G.; MARTINE, G., ALVES, J. E. D. **Oportunidades perdidas e desafios críticos: a dinâmica demográfica brasileira e as políticas públicas**. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA: CNPD, 2009. p. 26. (Demografia em Debate, 3)

Vigilância das Condições Crônicas

Análise de tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2017 e 2021

Introdução

A tuberculose (TB), doença crônica e infectocontagiosa, é responsável por cerca de 1,5 milhão de óbitos anuais ao redor do mundo. Até 2019 a TB era a primeira causa de morte por um único microrganismo, quando foi ultrapassada pela doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), em 2020. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 9,9 milhões de pessoas adoecem por TB todos os anos (WHO, 2021). No Brasil foram notificados 365.540 casos novos da doença entre 2017 e 2021 (BRASIL, 2022).

Cenário epidemiológico em Minas Gerais

No período de 2017 a 2021, Minas Gerais (MG) representou 4% da carga total da doença no País. Em relação ao coeficiente de incidência do estado, não houve grandes variações, sendo sua média anual de 16,7 por 100.000 habitantes. As macrorregiões Sudeste (28,4/100 mil habitantes) e Leste (22,6/100 mil habitantes) apresentaram os maiores coeficientes tanto em 2017 quanto em 2021 (Figura 2.1).

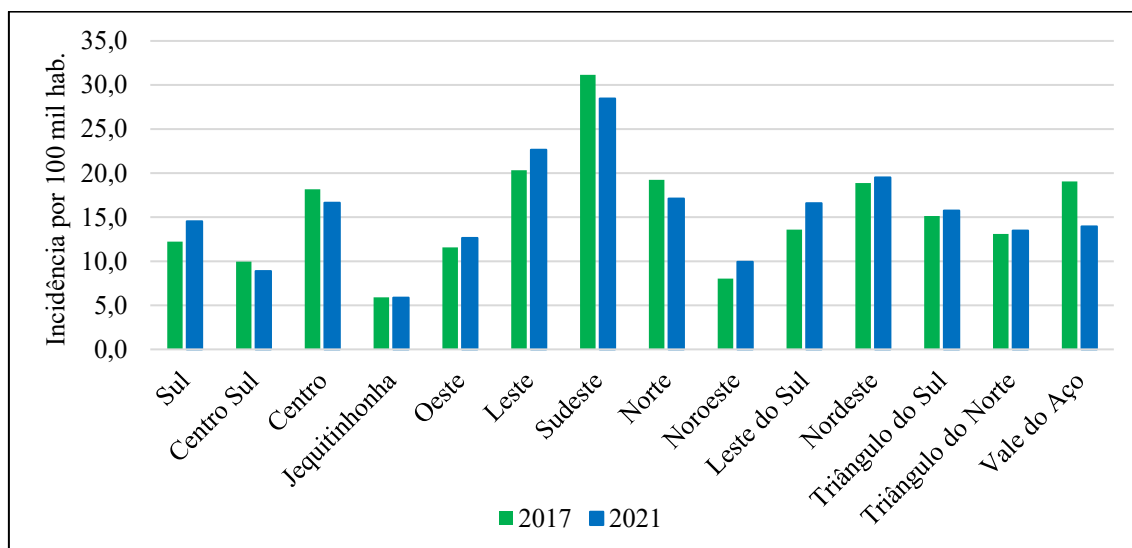
Ocorreram 1.224 óbitos em decorrência da tuberculose, sendo a média anual de 1,16 por 100 mil habitantes no estado entre 2017 e 2021. Comparando com a meta estabelecida

pelo Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais 2019 - 2022, o estado se encontra acima da meta estabelecida para ser alcançada até 2022 de menos de um óbito por 100 mil habitantes (MINAS GERAIS, 2019). As macrorregiões Leste (3,03/100.000 habitantes) e Norte (2,06/100.000 habitantes) apresentaram o maior coeficiente de mortalidade em 2021 (Figura 2.2).

A cultura de escarro é um método de detecção de elevada especificidade e sensibilidade, sendo uma ferramenta imprescindível para o diagnóstico da TB (Silva; Almeida, 2019). No estado, a realização da cultura para casos de TB pulmonar aumentou de 34,0% em 2017 para 39,5% em 2021. Em relação às macrorregiões, somente Centro e Jequitinhonha apresentaram redução do indicador em 2021 em comparação com 2017 (Figura 2.3).

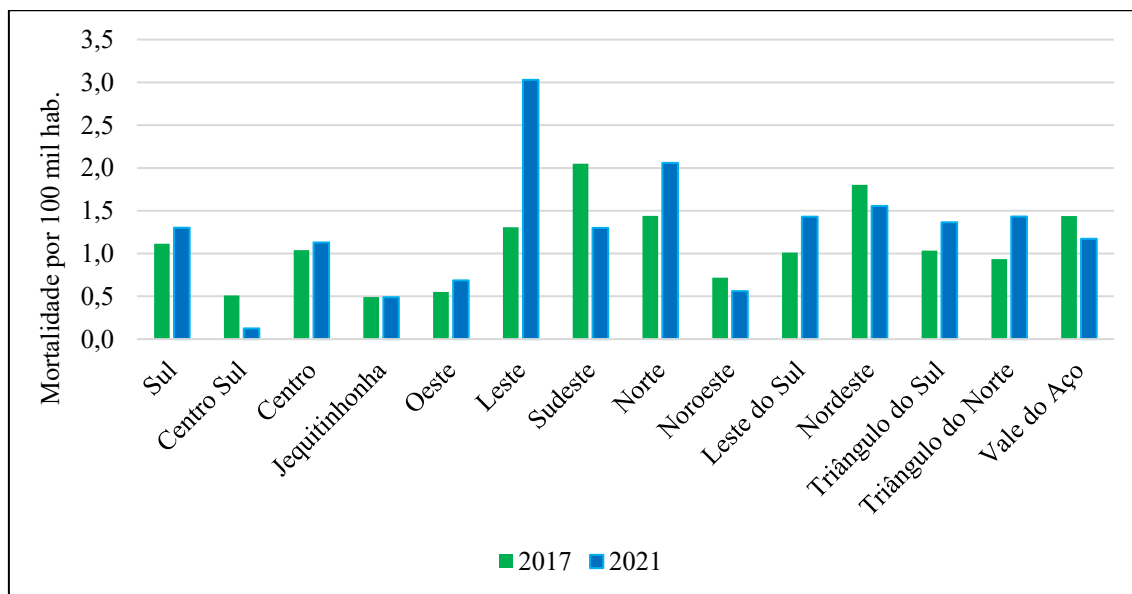
Recomenda-se que todo paciente com diagnóstico de TB seja testado para HIV, em razão da alta taxa de coinfeção (BRASIL, 2019). Em 2017 e 2021 o estado alcançou 76% e 80% de realização do exame, respectivamente. Em 2021, a macrorregião Norte foi a que apresentou o maior percentual e o maior aumento em comparação com 2017 (85,2% *versus* 66,3%). Entretanto, o menor percentual e a maior redução entre 2017 e 2021 foram observados na macrorregião Leste do Sul (85,1% *versus* 68,1%) (Figura 2.4).

Figura 2.1 – Coeficiente de incidência de tuberculose, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



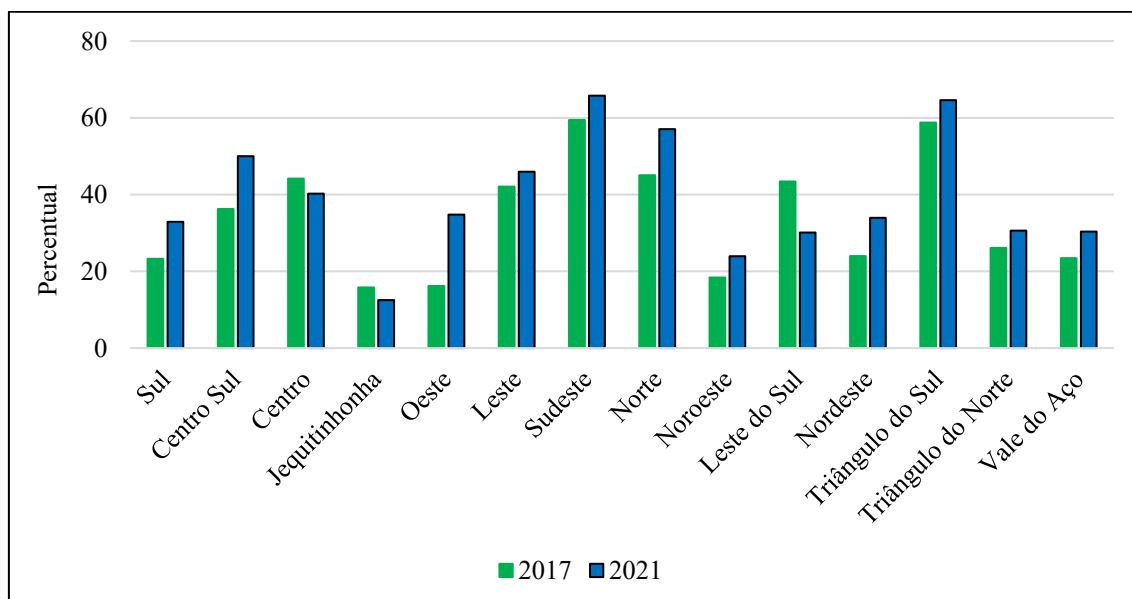
Fonte: SINAN

Figura 2.2 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN

Figura 2.3 – Percentual de casos de tuberculose pulmonar com cultura realizada, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021

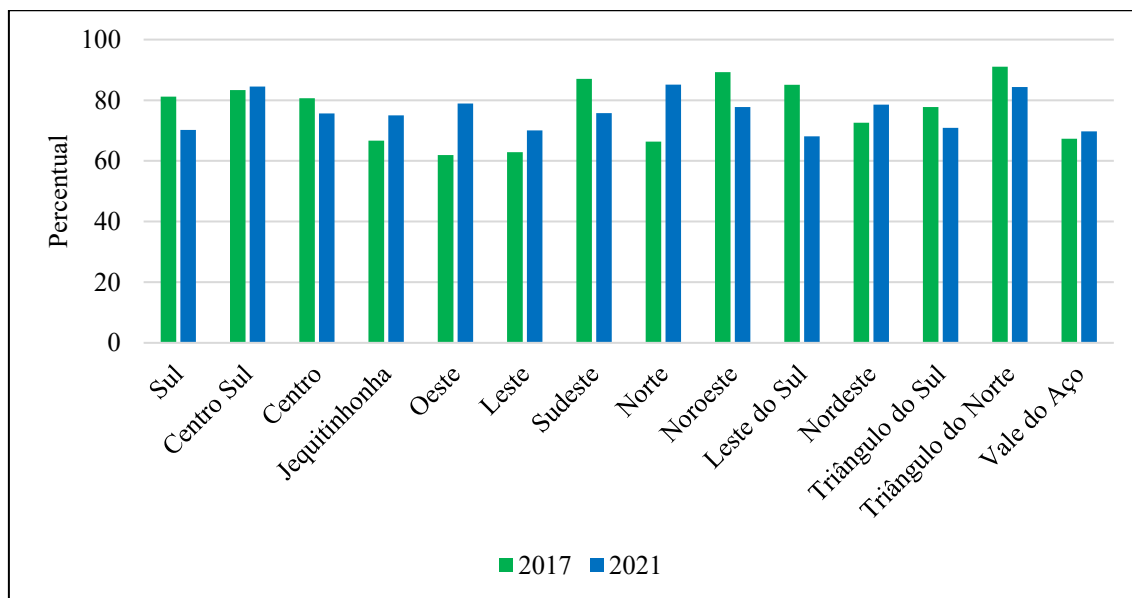


Fonte: SINAN

O monitoramento da proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial precisa ser acompanhado, pois é o principal objetivo do tratamento da TB (BRASIL, 2019). Em razão de uma considerável quantidade de indivíduos em 2021 que podem ainda estar em tratamento ou com encerramento da notificação pendente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o período de análise

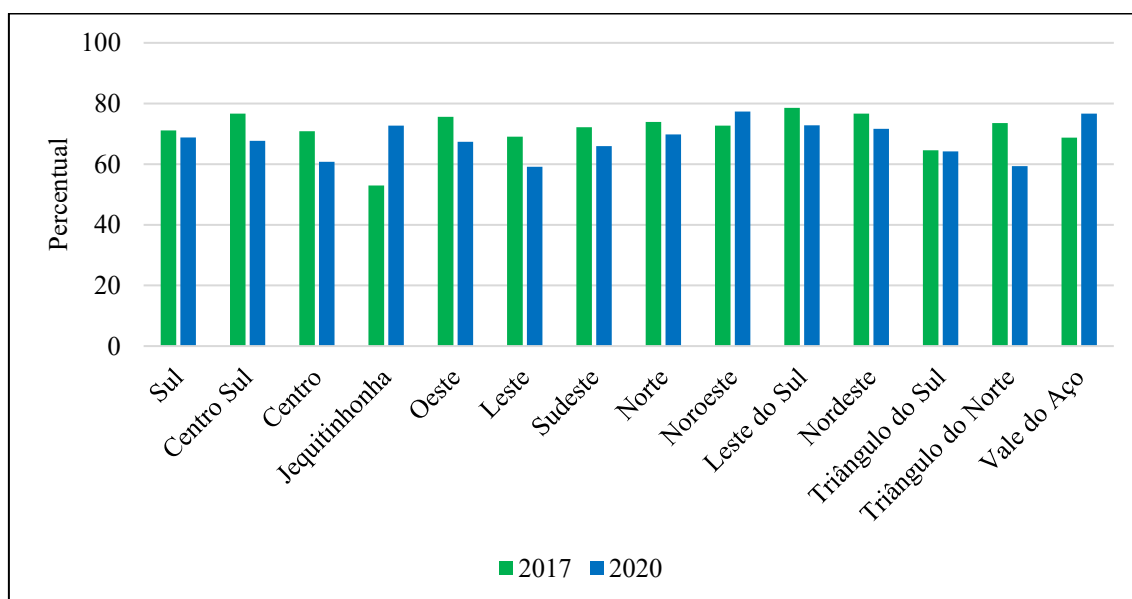
do respectivo indicador foi de 2017 a 2020. O estado apresentou média de proporção de cura em 2020 de 71%. Considerando esse mesmo ano, a macrorregião Noroeste apresentou a maior proporção de cura (77,3%) e a Leste, a menor (59,1%). A macrorregião Jequitinhonha se destaca pelo maior aumento da proporção de cura em 2020 em comparação com 2017 (72,7% versus 52,9%) (Figura 2.5).

Figura 2.4 – Percentual de casos novos de tuberculose com exame de HIV realizado, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN

Figura 2.5 – Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados por cura, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2020



Fonte: SINAN

Conclusão

A partir da análise realizada por meio dos indicadores epidemiológicos e operacionais, foi possível identificar alguns fatores que contribuem para o agravamento da tuberculose como problema de saúde pública em Minas Gerais, principalmente em relação ao baixo percentual da realização de cultura de escarro

e a queda no índice de cura em algumas macrorregiões. Além disso, o estado ainda se encontra abaixo das metas estabelecidas no Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais, entre 2019 e 2022, no que se refere à incidência e mortalidade por TB. Desse modo, é importante que os programas de controle da TB e os profissionais das unidades de saúde con-

tinuem empregando estratégias voltadas especificamente para a prevenção e o enfrenta-

mento da TB em conformidade com a realidade identificada em cada território.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose. **Plano Estadual pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública em Minas Gerais: 2019-2022**. Belo Horizonte: SES-MG, 2019.

MIRANDA, G. K. **Avaliação de duas técnicas de reação em cadeia da polimerase na detecção do Mycobacterium tuberculosis em diferentes amostras biológicas** [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz — FIOCRUZ/CPqAM; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2021**. Geneva: WHO, 2021.

Análise da hanseníase no estado de Minas Gerais entre 2017 e 2021

Introdução

A hanseníase, doença crônica e infectocontagiosa, é causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo que possui longo período de incubação e tropismo por células nervosas periféricas, o que acarreta seu elevado potencial incapacitante (FISHER, 2017).

A ocorrência de incapacidades físicas se associa fortemente ao estigma e à discriminação ligados à doença, que, por sua vez, multiplicam os riscos de danos psicológicos e de perdas socioeconômicas ao indivíduo acometido. Trata-se de uma doença que possui maior ocorrência em cenários de maior vulnerabilidade social, nos quais se evidenciam piores condições de vida, como, moradia precária e dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos (BRAKEL, *et al.*, 2012).

Seu diagnóstico é essencialmente clínico e, para fins de tratamento, que ocorre por meio da Poliquimioterapia Única (PQT-U), no âmbito do SUS (BRASIL, 2020), classifica-se a doença operacionalmente em Paucibacilar ou Multibacilar (Ridley; Jopling, 1966). O controle da hanseníase está relacionado a três importantes ações: diagnóstico precoce, vigilância de contatos e completude do tratamento (BRASIL, 2016).

Esta avaliação considerou a análise de cinco indicadores epidemiológicos estratégicos para o controle da hanseníase no estado no período compreendido entre 2017 a 2021 e

comparou os resultados obtidos com a meta do Plano Estadual de Enfrentamento da Hanseníase – PEEH (2019-2022).

Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes

A taxa de detecção anual de casos novos determina a força da morbidade, magnitude e tendência da hanseníase (BRASIL, 2016). Em Minas Gerais ela alcançou resultado “médio” (Tabela 2.1). Quando se comparam os valores obtidos com a meta do PEEH, qual seja a de aumentá-la em 10,0% (MG, 2019), somente a macrorregião Norte atingiu o objetivo proposto, considerando a média entre 2017 e 2021 (Figura 2.6).

A Figura 2.7 mostra a distribuição espacial da taxa de detecção da hanseníase no estado em 2017 e 2021, destacando a expansão geográfica da redução de registros de casos novos de hanseníase diagnosticados que ocorreu na maioria das macrorregiões do estado, com exceção da Leste.

Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos, por 100.000 habitantes

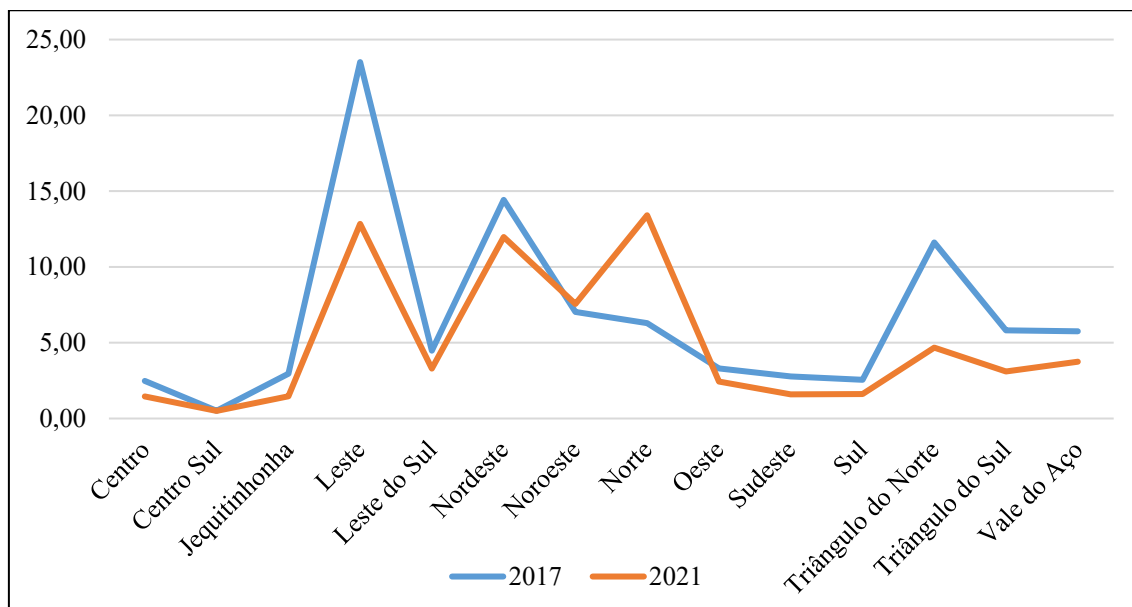
A taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos mede a força da transmissão recente da endemia e sua tendência (BRASIL, 2016). A meta proposta

Tabela 2.1 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021	Média
Sul	2,55	2,54	2,24	2,02	1,62	2,19
Centro Sul	0,51	0,38	0,63	0,75	0,50	0,56
Centro	2,48	2,06	2,21	1,59	1,46	1,96
Jequitinhonha	2,95	2,46	5,65	2,70	1,47	3,04
Oeste	3,31	2,03	2,17	2,07	2,44	2,40
Leste	23,52	15,94	18,95	11,85	12,84	16,62
Sudeste	2,77	2,34	1,67	0,83	1,59	1,84
Norte	6,30	7,04	12,70	8,98	13,41	9,68
Noroeste	7,03	10,55	9,07	6,48	7,56	8,14
Leste do Sul	4,48	3,46	3,45	1,58	3,29	3,25
Nordeste	14,42	18,01	17,63	10,31	11,97	14,47
Triângulo do Sul	5,82	5,76	4,56	2,51	3,10	4,35
Triângulo do Norte	11,61	9,73	7,20	5,32	4,67	7,71
Vale do Aço	5,75	5,24	5,21	4,95	3,75	4,98
Minas Gerais	5,00	4,64	4,95	3,43	3,86	4,38

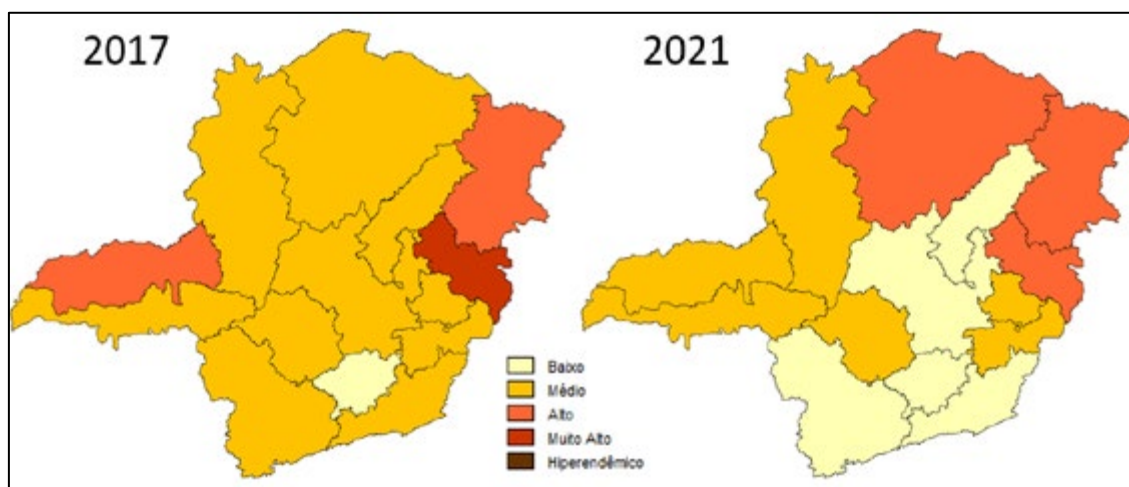
Fonte: SINAN/DATASUS/MS

Figura 2.6 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN/DATASUS/MS

Figura 2.7 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN/DATASUS/MS

no PEEH foi que até 2022 houvesse uma redução desse indicador em 20%, em relação a 2017 (MG, 2019). Apenas as macrorregiões Oeste, Sudeste, Norte e Vale do Aço não atingiram tal meta (Tabela 2.2) até 2021. O estado foi classificado com parâmetro “médio” e a distribuição paramétrica macrorregional se deu da seguinte forma: “baixo” em sete, “médio” em quatro e “alto” em três macrorregiões de saúde (Tabela 2.2).

Entre 2017 e 2021 houve um declínio do indicador em sete localidades, estabilização em três e acréscimo nas macrorregiões Oeste,

Sudeste, Norte e Vale do Aço (Figura 2.8). Na Figura 2.9 analisa-se a distribuição espacial em 2017 e 2021, para melhor visualização do cenário estadual, destacando a redução de registros de casos novos diagnosticados na população até 14 anos em sete macrorregiões.

Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico e proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico

A proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física (GIF) avaliado no momento do diagnóstico estima a qualidade do atendimento dos serviços de saúde. Valores iguais ou superiores a 90,0% indicam um bom serviço de saúde; entre 75,0 e 89,9%, regular; e inferiores 75,0% a precariedade do serviço nesse aspecto (BRASIL, 2016).

Já a proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico avalia efetividade da de-

tecção oportuna dos casos novos de hanseníase. Seus parâmetros se organizam em: baixo (<5,0%), médio (5,0 a 9,9%) e alto ($\geq 10,0\%$) (BRASIL, 2016).

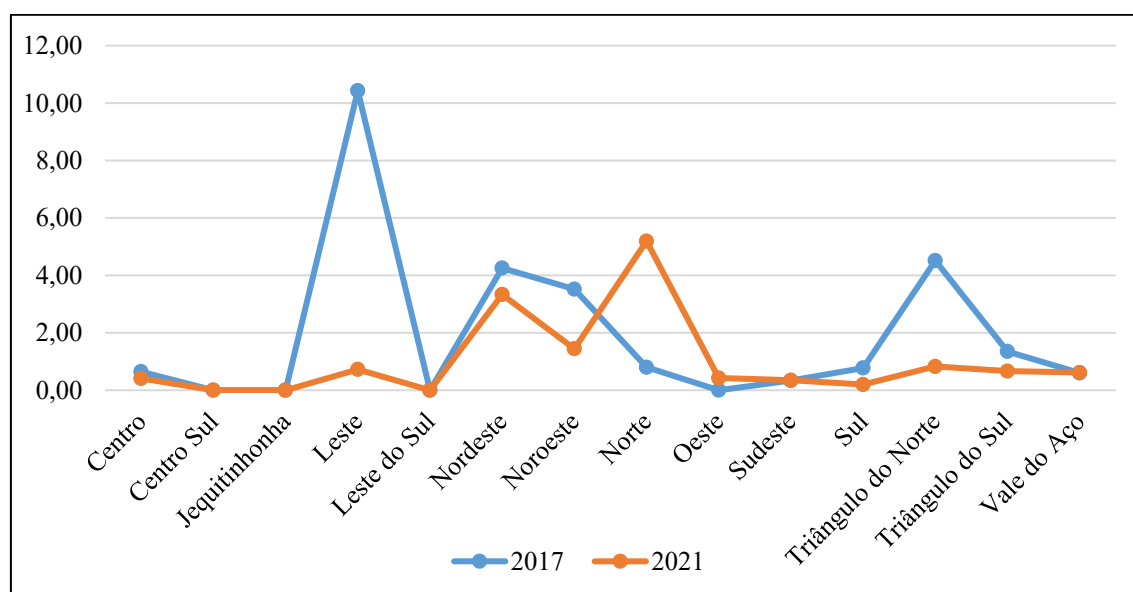
A média anual do cenário em Minas Gerais entre 2017 e 2021, considerando os valores apresentados pelas macrorregiões do estado nesse período, variou entre 88,98 e 92,01%, classificando-se ao longo dos anos entre “regular” e “bom” para o GIF avaliado, respectivamente. A variação observada entre 2017 e

Tabela 2.2 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população até 14 anos, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021	Média
Sul	0,77	0,58	0,39	0,39	0,20	0,47
Centro Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro	0,65	0,41	0,33	0,33	0,41	0,42
Jequitinhonha	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Oeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,09
Leste	10,43	6,33	4,98	1,44	0,72	4,78
Sudeste	0,34	0,68	0,34	0,00	0,35	0,34
Norte	0,80	2,42	3,25	3,54	5,19	3,04
Noroeste	3,52	2,84	2,86	0,00	1,44	2,13
Leste do Sul	0,00	2,20	0,00	0,75	0,00	0,59
Nordeste	4,25	7,54	3,27	1,66	3,33	4,01
Triângulo do Sul	1,35	0,67	0,00	0,67	0,67	0,67
Triângulo do Norte	4,52	3,29	2,06	0,82	0,83	2,30
Vale do Aço	0,60	0,60	0,61	0,00	0,62	0,49
Minas Gerais	1,43	1,46	1,05	0,70	1,01	1,13

Fonte: SINAN/DATASUS/MS

Figura 2.8 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população até 14 anos, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



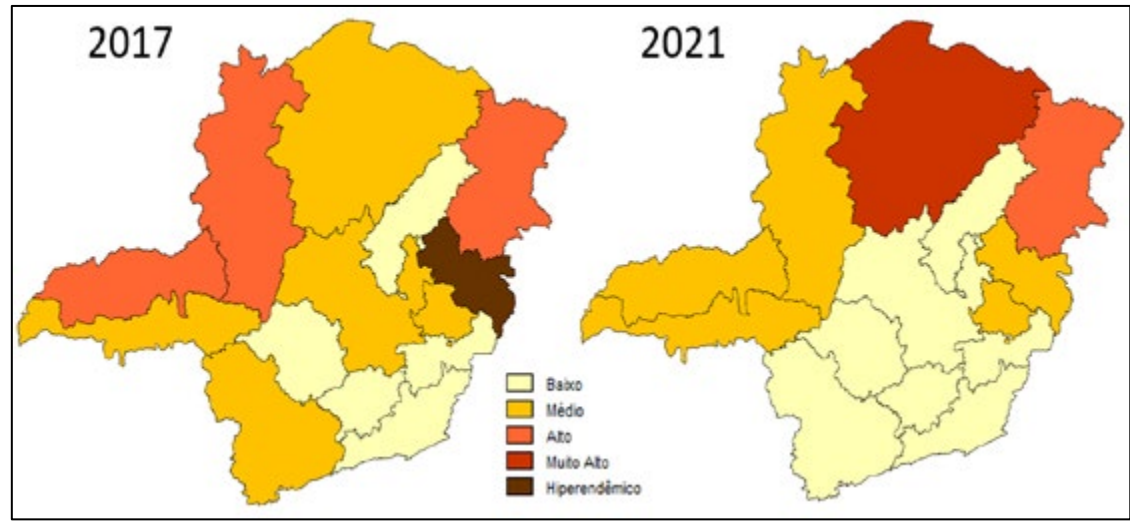
Fonte: SINAN/DATASUS/MS

2021 no GIF II foi de 8,38% e 25,24% (parâmetros “médio” e “alto”), respectivamente (Tabela 2.3). Quanto à média global do período, tem-se 90,42% de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no momento do diagnóstico; classificado como “bom”. Em 2021, nota-se que 50,0% das macrorregiões alcançaram o parâmetro “médio” e 50,0% o parâmetro “bom”. Tal fato se repetiu em 2017 com macrorregiões diferentes (Figura 2.10). Com base na meta pro-

posta ($\geq 90,0\%$), somente 50,0% das macrorregiões de saúde alcançaram o objetivo esperado.

Observou-se a média “alta” para GIF II em todas as macrorregiões de saúde, exceto a macrorregião Leste. Entre 2017 e 2021, seis macrorregiões mantiveram-se com o parâmetro “alto” para o indicador, enquanto quatro macrorregiões migraram para o parâmetro “alto” e outras quatro observaram diminuição.

Figura 2.9 – Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população até 14 anos, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN/DATASUS/MS

Tabela 2.3 – Proporção de casos novos de hanseníase com Grau de Incapacidade Física (GIF) avaliado no momento do diagnóstico e proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	GIF Avaliado no diagnóstico			GIF II no diagnóstico		
	2017	2021	Média	2017	2021	Média
Sul	95,77	91,30	93,09	18,1	23,3	19,38
Centro Sul	75,00	100,00	88,33	33,3	0	10
Centro	83,33	77,55	82,22	13,5	7,4	12,86
Jequitinhonha	100,00	83,33	91,29	41,7	0	21,22
Oeste	78,57	87,50	81,21	0	13,8	10,42
Leste	95,68	91,01	94,69	3,5	14,8	8,38
Sudeste	95,65	96,30	82,46	13,3	18,5	25,54
Norte	87,62	90,79	90,54	11,6	31,1	18,64
Noroeste	83,67	96,30	91,96	2,2	13	12,38
Leste do Sul	96,77	82,61	86,25	10	5,3	12,72
Nordeste	93,33	89,00	93,41	20,2	18,5	14,82
Triângulo do Sul	84,44	88,00	88,04	20	13	17,42
Triângulo do Norte	97,99	96,77	97,19	10,3	11,3	11,9
Vale do Aço	83,33	75,00	84,78	7,3	12	14,16
Minas Gerais	90,73	88,98	90,42	11,6	18,8	14,82

Fonte: SINAN

Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes

A proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos diagnosticados, bem como a efetividade do tratamento. Os parâmetros desse indicador são: “bom” $\geq 90,0\%$; “regular” entre $75,0\%$ e $89,9\%$; e “precário” $<75,0\%$ (BRASIL, 2016).

Entre 2017 e 2021 a média estadual foi classificada como “regular”, situação considerada crítica para este indicador. Nas macrorregiões os valores médios mostram que nenhuma localidade foi categorizada como “bom”, sendo que o serviço da macrorregião Triângulo do Sul foi classificado como “precário” e o restante como “regular” (Tabela 2.4).

De 2017 a 2021 nota-se queda desse indicador (Figura 2.11). O objetivo de apresentar melhoria no indicador foi atingido somente pela macrorregião Centro Sul.

Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

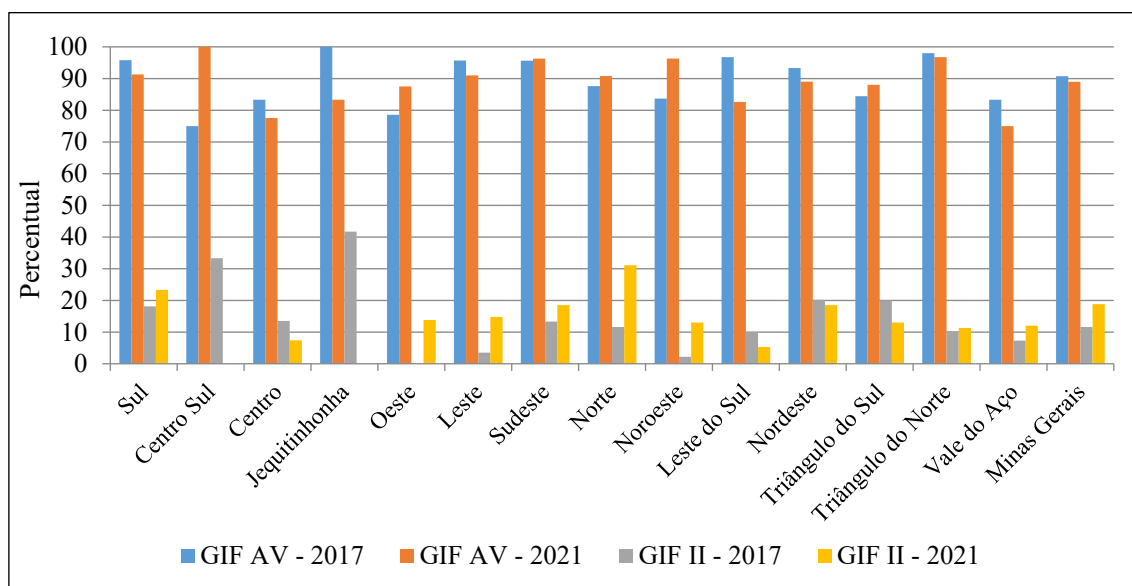
A proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos

anos das coortes mede a capacidade dos serviços de realizar a vigilância de contatos dos casos novos de hanseníase. Seus parâmetros são: “bom” $\geq 90,0\%$, “regular” entre $75,0\%$ e $89,9\%$ e “precário” $<75\%$ (BRASIL, 2016). Em Minas Gerais a média global entre 2017 e 2021 indica um parâmetro “regular”, com $85,33\%$ (Tabela 2.5), o que é considerado crítico para este indicador, cuja meta objetiva o alcance do parâmetro $\geq 90,0\%$ dos contatos examinados de casos novos de hanseníase. Apenas as macrorregiões Centro Sul, Jequitinhonha, Norte e Vale do Aço cumpriram o proposto em 2021 (Tabela 2.5). Ressalta-se que entre 2017 e 2021 houve declínio desse indicador em 12 das 14 macrorregiões de saúde do estado. Apenas as macrorregiões Centro Sul e Vale do Aço apresentaram aumento do indicador, em $12,5\%$ e $3,11\%$, respectivamente (Figura 2.12).

Conclusões

A análise comparativa dos anos entre 2017 e 2021 mostrou que grande parte das macrorregiões ainda não atingiu as metas estabelecidas pelo Plano Estadual de Enfrentamento da Hanseníase - PEEH (2019-2022) ou preconizadas pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se a maior fragilidade para os indicadores de detecção na população geral, de proporção de

Figura 2.10 – Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico e proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



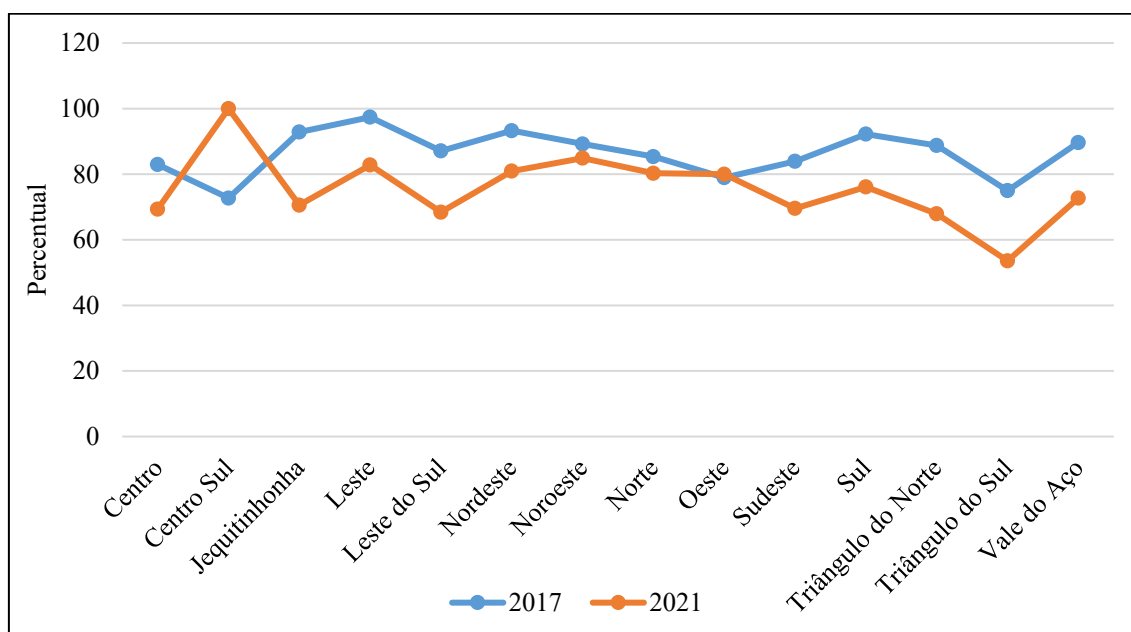
Fonte: SINAN

Tabela 2.4 – Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021	Média
Sul	92,22	89,87	81,43	80,33	76,12	83,99
Centro Sul	72,73	71,43	100,00	100,00	100,00	88,83
Centro	82,95	86,36	82,89	71,76	69,35	78,66
Jequitinhonha	92,86	87,50	90,00	76,92	70,59	83,57
Oeste	78,95	86,96	87,50	82,76	80,00	83,23
Leste	97,39	93,98	81,74	90,36	82,80	89,25
Sudeste	83,93	94,12	89,36	84,62	69,57	84,32
Norte	85,37	90,53	90,29	88,05	80,29	86,91
Noroeste	89,23	86,00	82,22	81,82	84,91	84,84
Leste do Sul	87,10	90,00	77,27	65,38	68,42	77,63
Nordeste	93,28	91,30	83,33	83,92	80,95	86,56
Triângulo do Sul	75,00	86,84	61,90	66,67	53,57	68,80
Triângulo do Norte	88,75	87,67	86,84	82,81	67,92	82,80
Vale do Aço	89,66	91,11	92,68	88,37	72,73	86,91
Minas Gerais	88,41	89,59	83,83	82,00	76,14	83,99

Fonte: SINAN

Figura 2.11 – Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN

cura e de exame de contatos dos casos novos de hanseníase.

Tal cenário é considerado crítico, uma vez que estudos apontam a relevância desses aspectos no enfrentamento da hanseníase. A realização de diagnóstico em momento oportuno atua como um fator de proteção contra a ocorrência de GIF (BRAKEL *et al.*, 2012)

No que se refere à proporção de cura dos casos novos de hanseníase, reitera-se que o abandono do tratamento é um forte contribu-

inte para a manutenção da cadeia de transmissão ativa da doença (LIRA *et al.*, 2017). Ainda, a suspeita de falência terapêutica, deve ser investigado, para a adoção das medidas cabíveis de controle adequadas aos casos. A vigilância de contatos é essencial, devido à alta exposição desse grupo ao bacilo, possuindo maior risco de adoecimento por hanseníase em relação à população geral (ROMANHOLO *et al.*, 2018).

O cenário de incertezas e o enfrentamento

da pandemia pela doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) implicaram a realocação de recursos físicos, humanos e financeiros, cujo impacto nas desigualdades no setor Saúde também precisa ser considerado, sobretudo no que tange às doenças negligenciadas. Logo, é preciso que estratégias territoriais se-

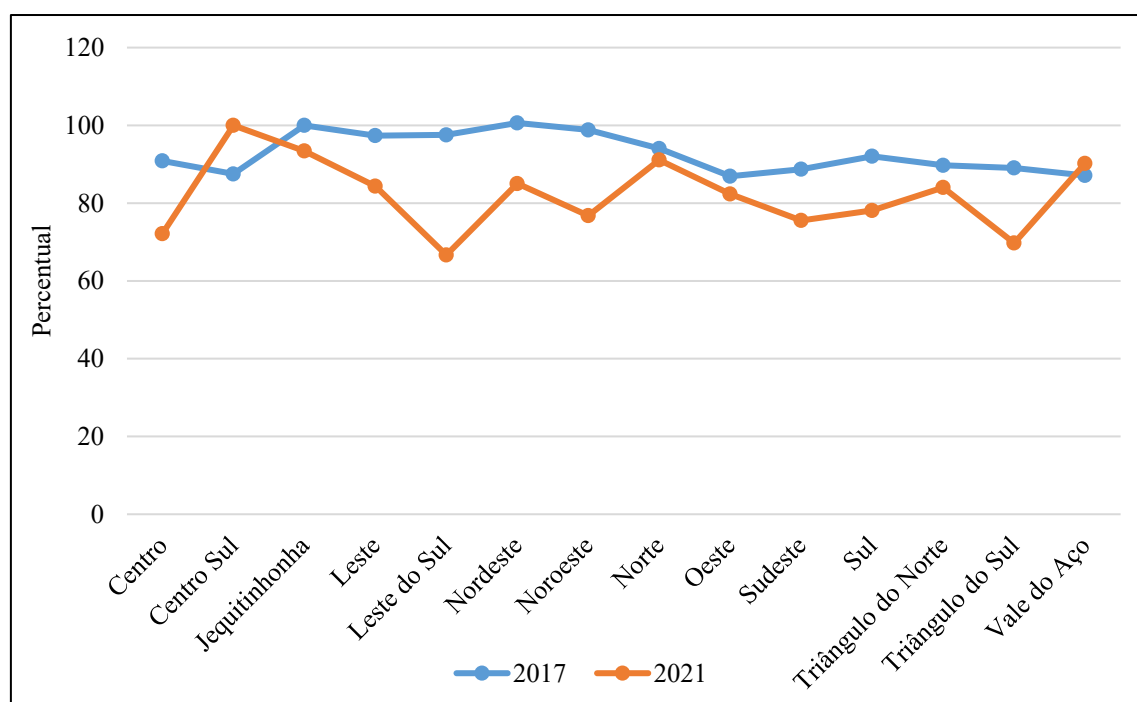
jam estabelecidas para a retomada das ações de enfrentamento da hanseníase, visando ao alcance das metas propostas pelo MS e pelo PEEH 2019-2022, para melhorar os cenários epidemiológico e operacional da hanseníase em Minas Gerais, a promoção de saúde e a qualidade de vida da população mineira.

Tabela 2.5 – Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021	Média
Sul	92,05	90,49	81,77	75,57	78,13	83,60
Centro Sul	87,50	90,48	60,00	62,50	100,00	80,10
Centro	90,87	82,29	79,12	77,90	72,15	80,47
Jequitinhonha	100,00	94,37	94,29	86,76	93,42	93,77
Oeste	86,92	72,49	66,67	68,83	82,35	75,45
Leste	97,37	96,23	81,01	74,33	84,36	86,66
Sudeste	88,73	79,70	93,75	80,83	75,56	83,71
Norte	94,06	89,77	84,13	83,99	91,10	88,61
Noroeste	98,82	103,33	109,09	82,68	76,79	94,14
Leste do Sul	97,56	89,71	80,39	73,47	66,67	81,56
Nordeste	100,63	87,34	86,28	84,58	85,04	88,77
Triângulo do Sul	89,06	93,64	66,44	81,73	69,74	80,12
Triângulo do Norte	89,73	95,50	86,31	76,45	84,02	86,40
Vale do Aço	87,12	78,47	80,36	60,40	90,23	79,32
Minas Gerais	93,35	88,11	82,95	79,31	82,91	85,33

Fonte: SINAN

Figura 2.12 – Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN

Referências

- BRAKEL, W. H. V. *et al.* Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. **Global Health Action**, v. 5, n. 10, p. 1-11, jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase** - Especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **Nota Técnica no 4/2020-CGDE/DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre a ampliação de uso da clofazimina para hanseníase paucibacilar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 27 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília, 2016.
- FISCHER, M. Leprosy - an overview of clinical features, diagnosis, and treatment. **J. Dtsch. Dermatol. Ges.**, [S.l.], v. 15, n. 8, p. 801-827, ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.13301>.
- LIRA, R. M. N.; SILVA, M. V. S.; GONÇALVES, G. B. Factors related to abandonment or interruption of leprosy treatment: an integrative literature review. **Ver. Enferm. UFPI**, v. 6, n. 4, p. 53-8, 2017.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. 2020.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais — Coordenadoria Estadual de Controle da Hanseníase. **Plano de Enfrentamento da Hanseníase em Minas Gerais, 2019-2022**. Belo Horizonte: UFMG, 2019.
- RIDLEY, D.; JOPLING, W. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. **Int. J. Lepr. Other. Mycobact. Dis.**, v. 34, n. 3, p. :255 73, 1966.
- ROMANHOLO, H.S.B., et al. Surveillance of intradomiciliary contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. **Ver. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 163-9, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0607>.

Análise das IST/AIDS e hepatites virais no estado de Minas Gerais, entre 2017 e 2021

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua transmissão ocorre, principalmente, via contato sexual (oral, anal e vaginal) sem o uso de preservativo com uma pessoa que esteja infectada, mas também pode ocorrer por meio da transmissão vertical para a criança durante a gestação, no parto ou na amamentação, quando medidas de prevenção não são realizadas. O tratamento das pessoas com IST melhora sua qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão.

Em Minas Gerais, foram notificados no período de 2017 a 2021, 24.303 casos de HIV/Aids; 106.464 casos de sífilis adquirida, gestante e congênita, e 11.471 casos de hepatites virais A, B, C, D e E, sendo o maior número de casos notificados em 2018, com exceção da sífilis, que teve o maior número de casos notificados em 2019 (Figura 2.13).

Sífilis

A sífilis, IST curável e exclusiva do ser humano, é causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção a

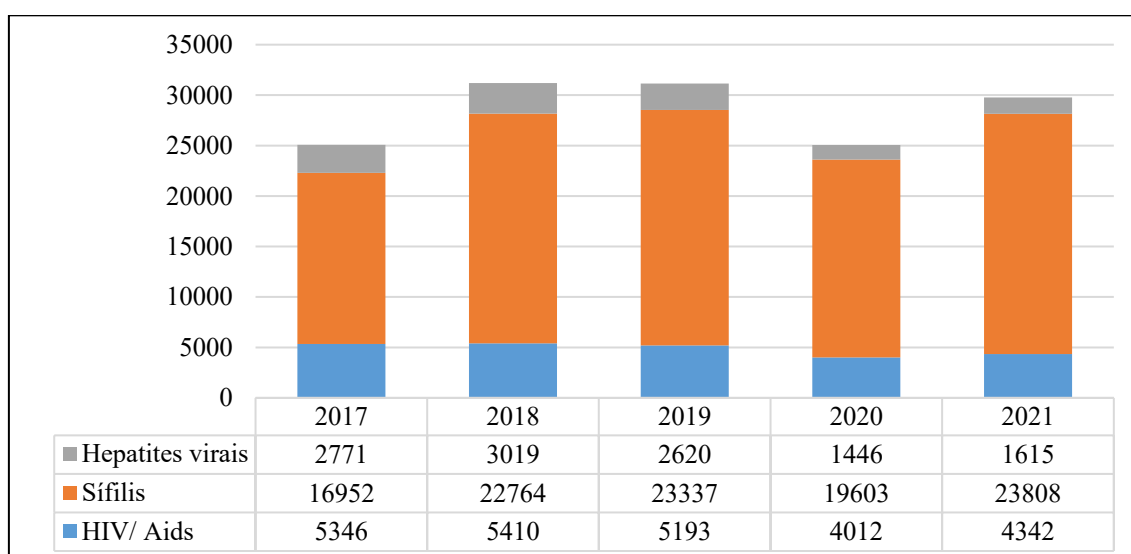
possibilidade de transmissão é maior. Pode ser transmitida da mãe não tratada ou tratada de forma não adequada para a criança durante a gestação-transmissão vertical.

O número de casos de sífilis no Brasil vem aumentando a cada ano, representando uma reemergência da doença. Em Minas Gerais o cenário epidemiológico da sífilis não diverge da situação nacional, demonstrando ao longo dos anos um expressivo aumento do número de casos notificados, conforme dados da Figura 2.14.

Diante do cenário epidemiológico da sífilis, o Ministério da Saúde recomenda que a testagem para esta doença e para a HIV deve ser ofertada à gestante na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre), no início do terceiro trimestre e no momento do parto. Também em casos de aborto ou exposição de risco. Assim, permanece o desafio de adotar estratégias de captação das gestantes bem como de rastrear essas doenças em tempo hábil durante as consultas de pré-natal.

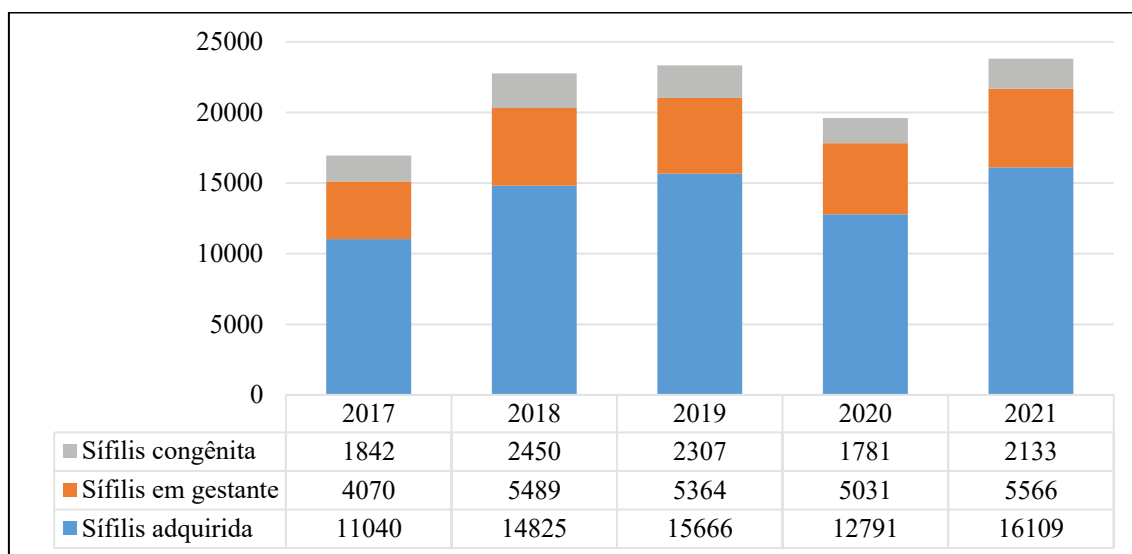
Com relação à proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV em 2021 (Figura 2.15), a macrorregião Noroeste apresentou o maior percentual do estado no período analisado (59,3%), seguindo-se Jequitinhonha (54,5%), Oeste (49,9%), Norte (46,7%), Nordeste (43,4%) e Sul (42,8%). A Triângulo Sul apresentou o menor percentual (16,4%).

Figura 2.13 – Número de casos de infecções sexualmente transmissíveis – Minas Gerais, 2017 a 2021



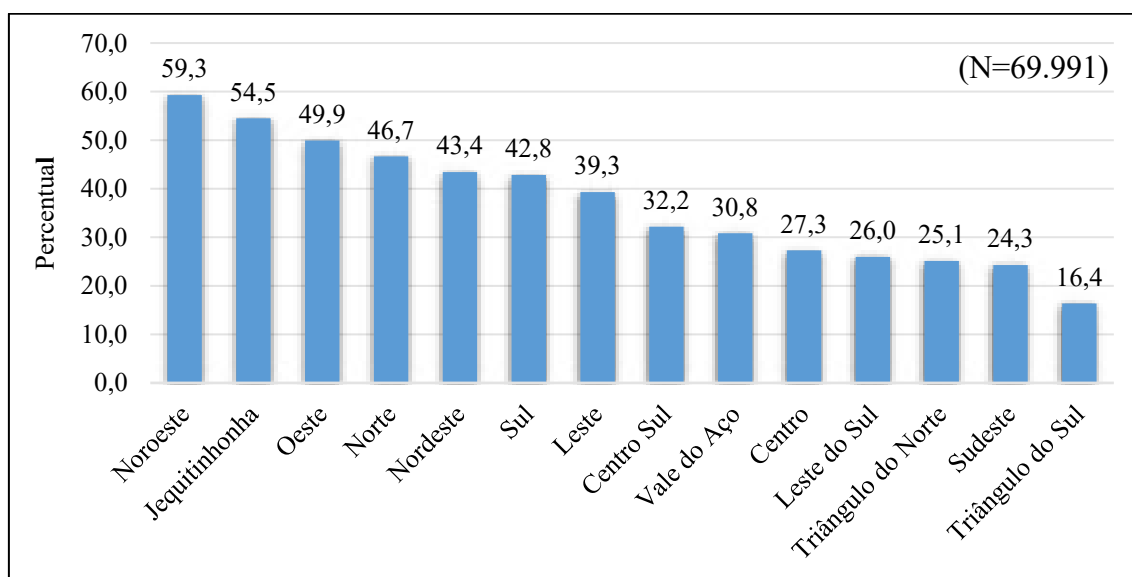
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

Figura 2.14 – Número de casos de sífilis – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN - IST-HIV/AIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

Figura 2.15 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV – Minas Gerais, 2021



Fonte: PREVINE BRASIL

Os dados referentes ao indicador de proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV no ano de 2021 (Figura 2.15), foram extraídos do sistema Previne Brasil, programa instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2019. No âmbito da vigilância epidemiológica, no sistema de informação de agravos de notificação, são registrados os resultados positivo e/ou reagente dos testes realizados em gestantes. Destaca-se que o numerador deste indicador é composto pelas gestantes testadas na Atenção Primária à Saúde e, portanto, não capta as informações

de testes realizados pelas instituições particulares, o que pode dificultar o alcance da meta proposta pelo Previne Brasil de, pelo menos, 60% das gestantes testadas. Além disso, considerando a recente implementação do programa, os municípios podem ter dificuldades em registrar as informações dos exames realizados.

A forma mais efetiva de se evitar sífilis congênita consiste em realizar o rastreamento da doença na gestante durante o pré-natal e, em casos de resultados reagentes, o tratamento adequado e em tempo oportuno. A sinergia

entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno da sífilis durante a gravidez leva à prevenção da transmissão vertical, devendo ser valorizada em todos os pontos da rede de atenção à saúde.

Em Minas Gerais, em relação ao tratamento adequado de sífilis em gestantes, no período de 2017 a 2021 (Tabela 2.1), observa-se que a macrorregião Jequitinhonha foi a que teve a maior proporção de gestantes com sífilis com tratamento adequado em 2021, tendo um aumento relevante em comparação com 2017. As macrorregiões Sul, Leste, Norte, Leste do Sul, Nordeste e Triângulo do Norte tiveram uma diminuição da proporção de gestantes

com sífilis com tratamento adequado em 2021 quando comparado com 2017. A macrorregião Sudeste se manteve estável quando se compara 2021 com 2017 (Tabela 2.6).

A sífilis congênita representa um grande desafio para a saúde pública, mas pode ser prevenida, sendo possível alcançar sua eliminação por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento de sífilis na gestante e nas parcerias sexuais.

A análise da taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano entre 2017 e 2021 (Tabela 2.7) revela um aumento gradativo do número de casos em Minas Gerais a

Tabela 2.6 – Proporção de gestantes com sífilis com tratamento adequado – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	85,5	85,4	85,4	82,8	84,0
Centro Sul	76,1	79,5	74,8	78,8	77,1
Centro	72,3	81,6	79,3	86,6	86,7
Jequitinhonha	82,6	70,3	85,7	91,3	92,1
Oeste	74,1	80,3	74,8	81,9	82,5
Leste	71,5	71,7	79,6	68,8	70,4
Sudeste	82,6	82,6	79,1	77,4	82,6
Norte	86,5	84,7	87,0	81,5	68,3
Noroeste	79,0	78,6	86,7	86,0	84,8
Leste do Sul	75,0	85,4	78,2	80,5	60,5
Nordeste	83,6	68,5	65,3	66,9	61,0
Triângulo do Sul	57,4	63,4	68,1	72,7	69,5
Triângulo do Norte	83,1	76,3	85,5	86,4	76,2
Vale do Aço	81,8	78,5	89,1	84,6	88,1
Minas Gerais	76,01	79,43	79,81	82,17	80,54

Fonte: SINAN - IST-HIV/AIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

Tabela 2.7 – Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	3,0	4,1	4,6	4,1	4,5
Centro Sul	6,6	5,8	7,5	4,2	5,7
Centro	10,3	13,0	11,3	9,0	10,2
Jequitinhonha	1,0	4,3	2,6	1,3	2,3
Oeste	4,4	5,4	5,8	3,2	3,0
Leste	10,4	17,3	19,5	12,2	18,8
Sudeste	6,2	10,2	8,8	7,8	10,0
Norte	5,7	6,8	6,5	6,7	8,6
Noroeste	3,0	4,7	4,2	4,3	3,1
Leste do Sul	4,9	8,0	5,6	3,3	6,2
Nordeste	5,6	8,9	11,9	10,5	14,8
Triângulo do Sul	10,7	14,1	13,7	13,1	12,3
Triângulo do Norte	6,1	5,4	5,5	3,8	5,8
Vale do Aço	7,2	11,2	15,7	13,0	17,1
Minas Gerais	7,04	9,28	8,95	7,19	8,74

Nota: Dados de nascidos vivos referente ao ano de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021, N = 10.466

Fonte: SINAN - IST-HIV/AIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

partir de 2018, excetuando 2020, quando houve uma redução do número de notificações. No período avaliado, as macrorregiões que apresentaram a maior média de taxa de incidência foram: Leste (15,64), Vale do Aço (12,84) e Triângulo do Sul (12,79). As macrorregiões Sul (4,07) Noroeste (3,68) e Jequitinhonha (2,29) apresentaram as menores taxas de incidência do estado.

HIV/Aids

HIV é a sigla em inglês para “vírus da imunodeficiência humana”, sendo responsável por atacar o sistema imunológico, responsável por defender o organismo humano de doenças. A Aids é a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, transmitida pelo vírus HIV, caracterizada pelo enfraquecimento do sistema de defesa do corpo e pelo aparecimento de doenças oportunistas.

Dados estatísticos da Unaid (2021) relatam que há 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. Destas, 5,9 milhões desconhecem o estado sorológico e 28,7 milhões têm acesso à terapia antirretroviral. Em Minas Gerais foram notificados 18.095 casos de HIV, 6.208 casos de Aids e 2.029 óbitos por HIV/Aids no período de 2017 a 2021 (Figura 2.16). Tal cenário, caracterizado pelo maior número de casos notificados de HIV e pela diminuição das notificações dos casos de Aids, representa um relevante avanço na ampliação

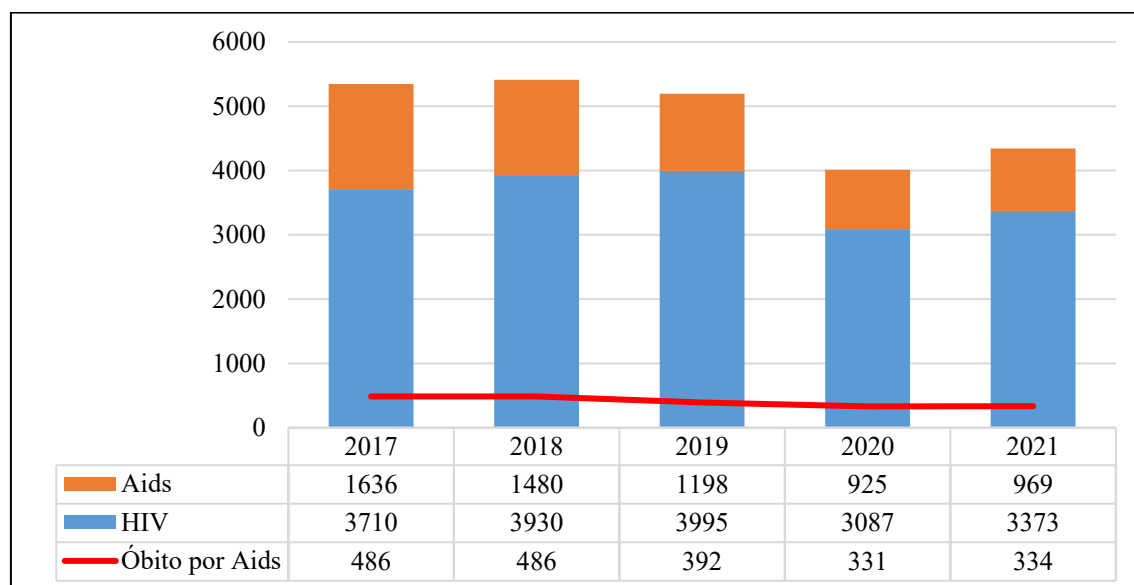
do diagnóstico em tempo precoce e a efetividade da terapia antirretroviral, que proporciona qualidade de vida às pessoas vivendo com HIV/Aids e diminuição no número de óbitos provocados pela doença.

O HIV é transmitido por meio de relações sexuais (anal, oral e vaginal) desprotegidas, ou seja, sem o uso de preservativo, e também por meio de mães infectadas durante a gestação, parto ou amamentação.

Em Minas Gerais, no período de 2017 a 2021, foram notificados 1.180 casos de gestantes com HIV. Em relação à taxa de detecção, na macrorregião Triângulo do Sul houve a maior taxa de detecção de gestantes com HIV do estado, sendo de 2,33 por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2017, mantendo a taxa neste patamar até 2020, com redução em 2021. A macrorregião Sudeste destaca-se por apresentar em 2020 a maior taxa de detecção do estado (2,52 por 1.000 NV). A macrorregião Oeste apresentou em 2017 uma taxa de 1,68/1.000 NV, queda relevante em 2019 (0,52/1.000 NV), mantendo-se estável até 2021. A macrorregião Triângulo do Norte apresentou uma taxa de detecção expressiva em 2021 (1,99/1.000 NV), em comparação com 2017 (0,59/1.000 NV).

Destaca-se que na macrorregião Noroeste a taxa de detecção em 2020 foi de 0,22/1.000 NV e 0,81/1.000 NV em 2021, sendo a macrorregião que menos notificou gestantes no período de 2017 a 2021 (Tabela 2.8). A trans-

Figura 2.16 – Número de casos de HIV/Aids e de óbitos por HIV/Aids – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

Tabela 2.8 – Taxa de detecção de HIV em gestantes por 1.000 nascidos vivos – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	0,42	0,66	0,52	0,40	0,48
Centro Sul	0,11	0,45	0,69	0,58	0,24
Centro	1,10	1,36	1,19	0,77	1,08
Jequitinhonha	0,20	0,64	0,64	0,64	0,21
Oeste	1,68	1,96	0,52	0,60	0,81
Leste	0,45	0,78	1,40	0,36	0,24
Sudeste	1,81	2,27	1,28	2,52	0,41
Norte	0,54	0,86	0,46	0,14	0,66
Noroeste	0,11	0,00	0,00	0,22	0,22
Leste do Sul	0,69	1,31	1,21	0,71	0,81
Nordeste	0,98	1,34	1,18	1,13	0,51
Triângulo do Sul	2,33	2,40	2,04	2,06	1,10
Triângulo do Norte	0,59	0,29	0,59	1,08	1,99
Vale do Aço	1,58	0,86	0,58	0,41	0,30
Minas Gerais	0,95	1,16	0,91	0,81	0,79

Nota: Dados de nascidos vivos referentes a 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021

Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

Tabela 2.9 – Taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos de idade, por 100.000 habitantes – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	0	0,00	0,61	0,00	0,00
Centro Sul	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro	0,76	0,51	0,00	0,00	0,00
Jequitinhonha	0	0,00	0,00	3,47	0,00
Oeste	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Leste	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Sudeste	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00
Norte	1,66	0,00	0,00	0,00	0,00
Noroeste	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Leste do Sul	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Nordeste	0	1,62	0,00	0,00	0,00
Triângulo do Sul	0	2,17	0,00	0,00	2,17
Triângulo do Norte	0	0,00	0,00	1,29	0,00
Vale do Aço	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Minas Gerais	0,54	0,31	0,08	0,15	0,08

Nota: Dados populacionais referente ao ano de 2012

Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

missão vertical pode ser evitada mediante o tratamento da gestante em tempo oportuno e a adoção de medidas profiláticas no momento do parto. Daí a importância da realização do exame de HIV durante o pré-natal e, nos casos em que for identificada infecção, da realização do tratamento adequado.

Em relação à taxa de detecção de Aids em crianças menores de 5 anos (Tabela 2.9), apurou-se que as macrorregiões de saúde Centro Sul, Oeste, Leste, Noroeste, Leste do Sul e Vale do Aço não tiveram nenhum caso notificado de criança infectada por HIV no período de 2017 a 2021. A macrorregião Jequitinhonha

apresentou a maior taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos, com 3,74/100.000 habitantes, seguida de Triângulo do Sul, com 2,17/100.000 habitantes, e Sudeste, com 2,13/100.000 habitantes.

Hepatites virais

As hepatites virais são infecções que atingem o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas – ou seja, não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, podem se manifestar como: cansaço, febre,

mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

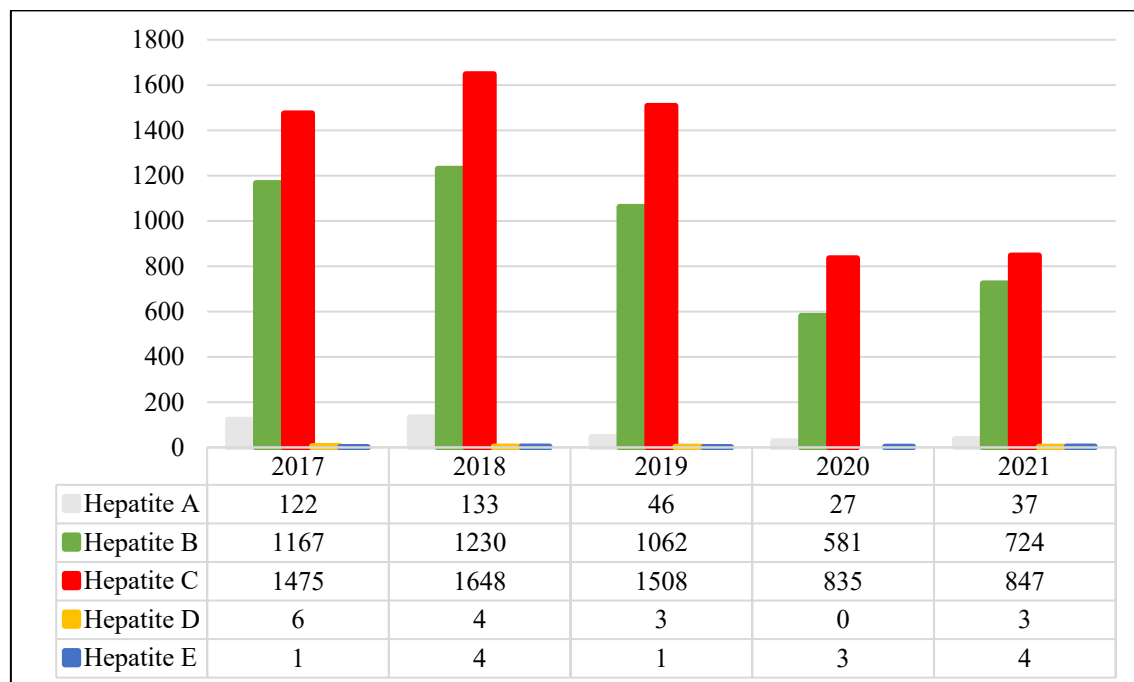
Em Minas Gerais o cenário das hepatites virais apresenta números que oscilam com períodos de aumento expressivo de casos notificados e outros de diminuição das notificações. Desde 2020, devido ao cenário epidemiológico de pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), vem ocorrendo uma diminuição expressiva das notificações no estado. Contudo, faz-se necessário repensar ações que possam reverter tal situação, trazendo a possibilidade de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até

2030, sendo o Brasil o país signatário desta proposta da OMS.

No período de 2017 a 2021 foram notificados no estado 365 casos de hepatite A, 4.764 de hepatite B, 6.313 de hepatite C, 16 de hepatite D e 13 de hepatite E (Figura 2.17).

As hepatites virais têm grande importância para a saúde pública, devido à morbimortalidade da doença nas formas agudas e crônicas. Entretanto, apesar dessa relevância, observa-se uma grande subnotificação dos casos. Assim, faz-se necessário intensificar as ações de prevenção e diagnóstico precoce, a fim de evitar a subnotificação da doença.

Figura 2.17 – Número de casos notificados de hepatites virais – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

Referências

UNAIDS. Estatísticas. Unaid, 2021.
Disponível em: <https://unaid.org.br>

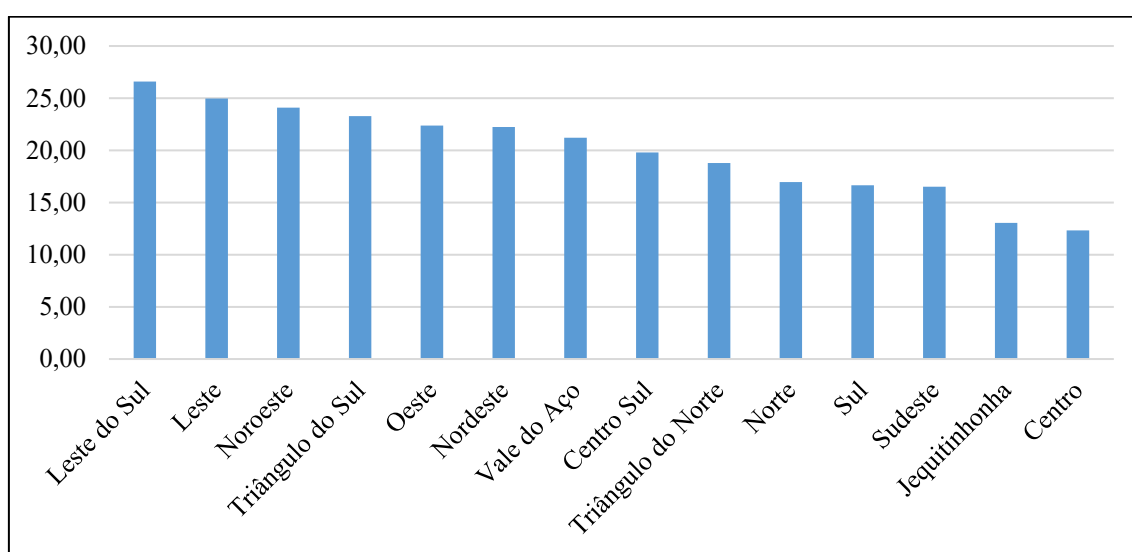
Análise das doenças e agravos não transmissíveis no estado de Minas Gerais entre 2017 e 2021

O acompanhamento da redução de mortalidade por lesões de trânsito busca avaliar a implementação das políticas públicas orientadas para a diminuição dos óbitos no trânsito e monitorar o desenvolvimento das ações intersectoriais de mobilidade segura e sustentável, atendimento pré-hospitalar, educação e conscientização da população.

A partir dos dados apresentados na Figura 2.18 e na Figura 2.19, percebe-se que o risco

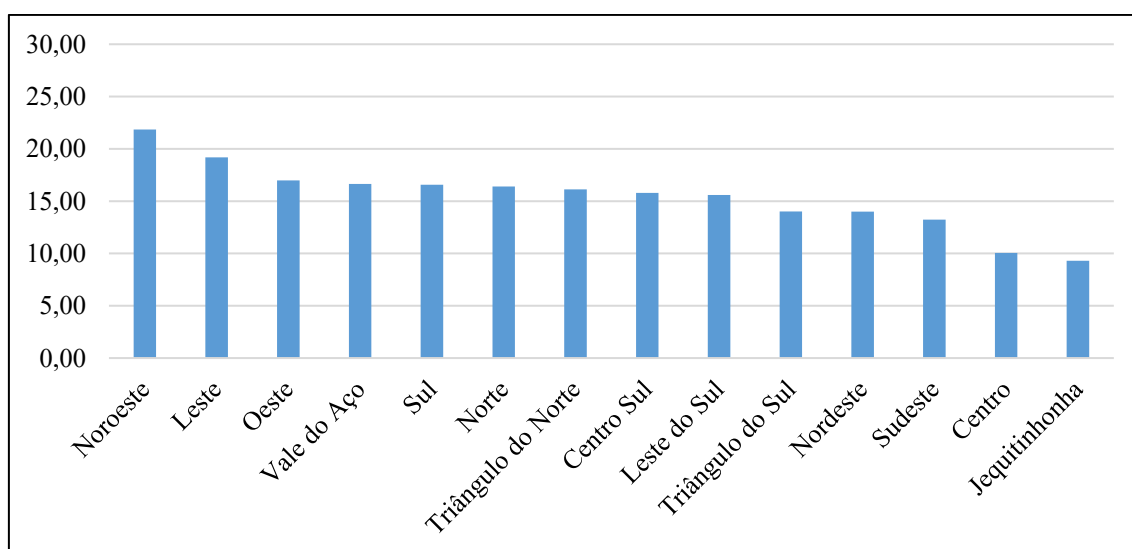
de morrer por lesões de trânsito (CID-10: V01 a V89) foi maior na macrorregião Leste do Sul (26,59/100.000) em 2017 e Noroeste (21,84/100.000) em 2021. Ainda, o menor risco foi identificado na macrorregião Centro (12,32/100.000) em 2017 e Jequitinhonha (9,31/100.000) em 2021. Destaca-se que a magnitude do risco de morrer foi maior em 2017 em comparação com 2021 em todas as macrorregiões.

Figura 2.18 – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Figura 2.19 – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2021



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

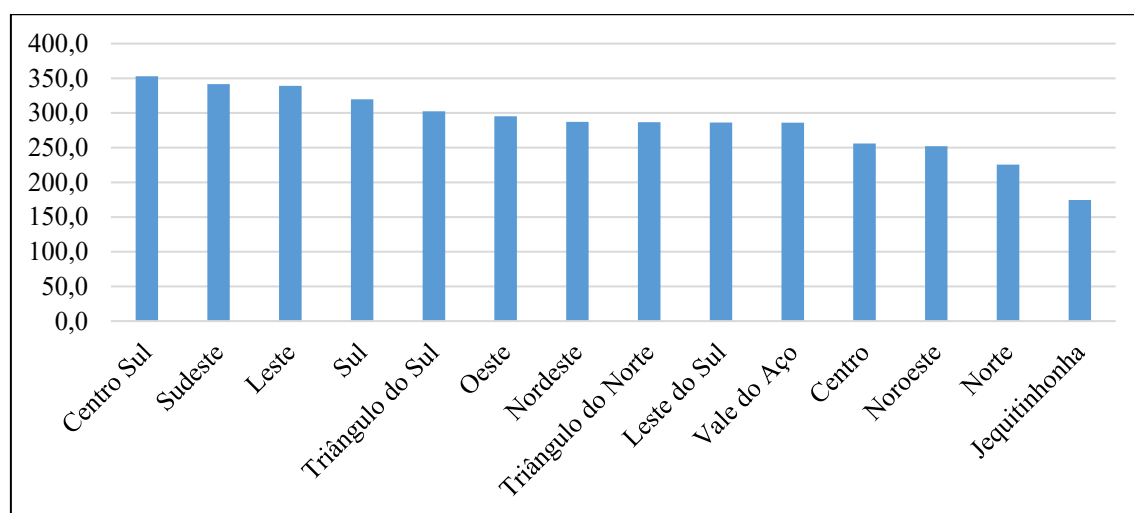
Quando se comparam os dois períodos, 2017 e 2021, é possível observar que em Minas Gerais, houve um declínio de óbitos causados por lesões de trânsito, o que pode ser um reflexo das legislações em vigor, de fiscalizações mais efetivas e da implementação de políticas públicas. Embora tenha se notado uma queda dos óbitos relacionados aos acidentes de transporte terrestre, existe uma meta a ser alcançada na Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2021-2030, que consiste em reduzir as mortes e lesões no trânsito em pelo menos 50% no período.

Torna-se necessário adotar abordagens que enfatizem a promoção e a educação em saúde,

visando à redução de riscos no trânsito, ao desenvolvimento e ao aprimoramento de políticas públicas voltadas para a mobilidade segura e sustentável, a intensificação da fiscalização de caráter contínuo e a educação e conscientização da população.

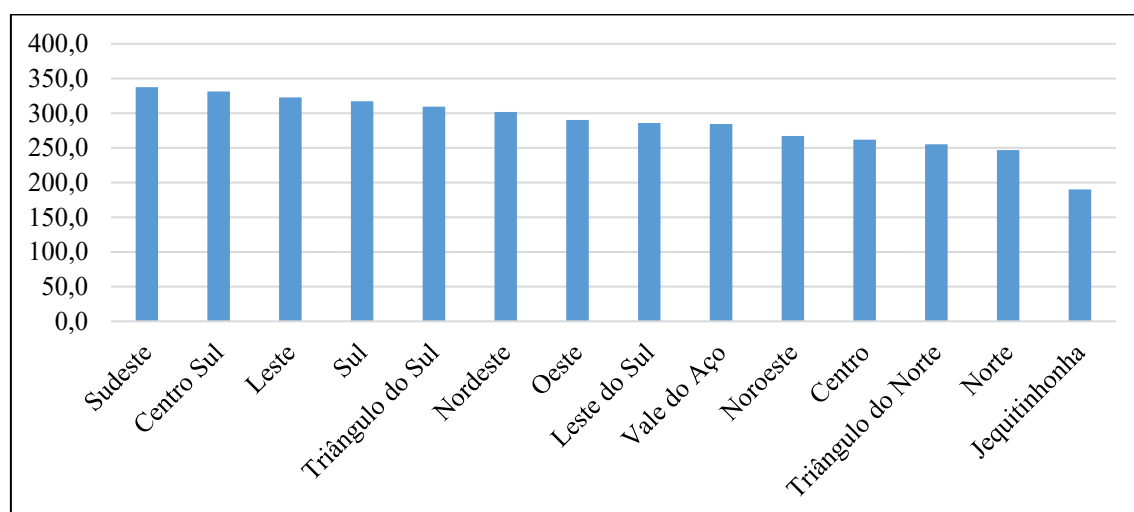
O acompanhamento da mortalidade prematura visa identificar os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e monitorar o impacto das políticas públicas na promoção da saúde e na prevenção das DCNT e seus fatores de risco. Na análise das Figuras 2.20 e 2.21, que apresentam a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por 100 mil habitantes, por macrorregião-

Figura 2.20 – Taxa de mortalidade prematura por DCNT, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Figura 2.21 – Taxa de mortalidade prematura por DCNT, por 100.000 habitantes, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2021



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

gião, pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (I00-I99 doença do aparelho circulatório, C00-C97 câncer, E10-E14 diabetes e J30-J98 doenças respiratórias crônicas), observa-se que as cinco maiores taxas em 2017 foram identificadas nas macrorregiões Centro Sul (353,0/100 mil), Sudeste (341,6/100 mil), Leste (339,1/100 mil), Sul (319,8/100 mil) e Triângulo do Sul (302,4/100 mil). Em 2021 observou-se perfil semelhante nessas macrorregiões, porém a macrorregião Sudeste (337,5/100 mil) apresenta a maior taxa de mortalidade prematura, seguida da Centro Sul (331,3/100 mil). Destaca-se que a maioria das macrorregiões apresentou taxas de mortalidade prematura por DCNT com maior magnitude em 2017 em comparação com 2021.

Vale ressaltar que a taxa de mortalidade prematura é um indicador que faz parte de vários instrumentos de gestão, como a Pactuação Interfederativa (2017-2021) e o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais (2020-2023). O acompanhamento deste indicador e a proposição de metas e estratégias nesses instrumentos de gestão contribuem para a redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população, com foco na prevenção de DCNT. Além disso, como forma de fomentar a vigilância das DCNT, publicou-se em 2020 a Resolução SES/MG 7.153, que autoriza o repasse

de incentivo financeiro para custeio complementar das ações estratégicas de Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais.

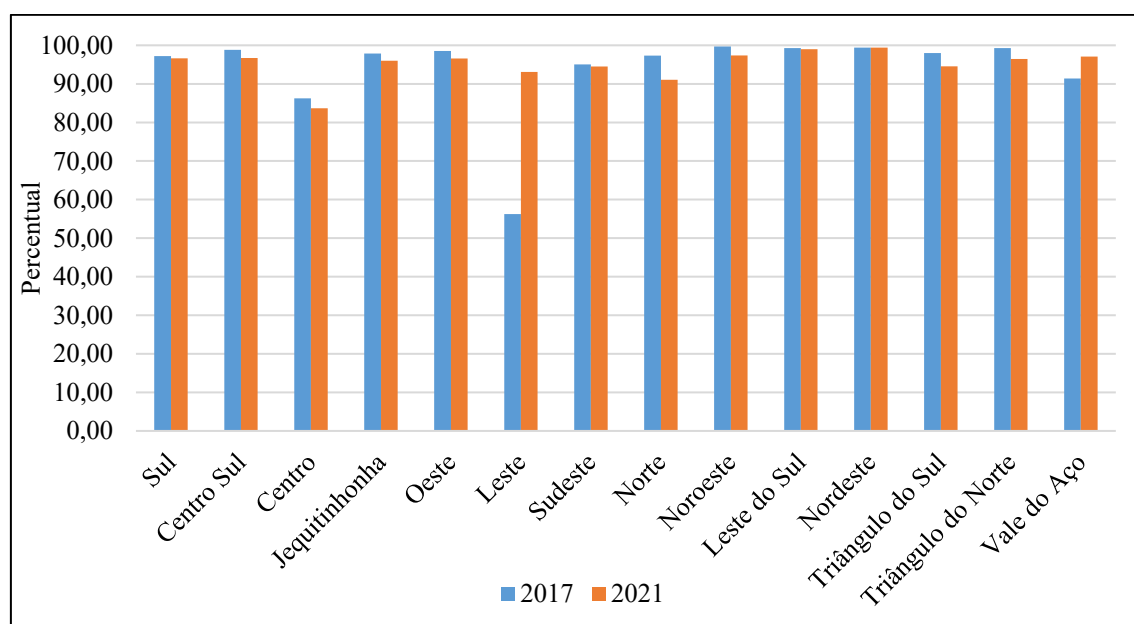
Um dos eixos contidos nesta Resolução se trata do 8: Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que objetiva conhecer a ocorrência, magnitude e distribuição das DCNT e de seus principais fatores de risco no estado, identificar seus determinantes e condicionantes econômicos, sociais e ambientais e caracterizar a tendência temporal das DCNT, dentre outros.

O cenário delineado mostra que o compromisso com o controle das DCNT também requer o fortalecimento dos sistemas de saúde para a reorientação e valorização dos cuidados primários de saúde e distribuição das demandas relacionadas à saúde para todas as áreas do governo, fazendo com que a saúde se transforme em interesse de todos os setores.

No que se refere à violência, a avaliação do preenchimento dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, em especial do campo raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero, permite melhor caracterização da pessoa em situação de violência.

Em relação ao campo raça/cor, quando se analisa o indicador “Proporção de casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com

Figura 2.22 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo raça/cor preenchido com informação válida, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN-CVDANT/DVCC/SVE/SubVS/SES-MG

informação válida”, ou seja, sem o preenchimento de ignorado ou em branco, verifica-se que das 14 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, a Leste destacou-se pelo aumento dos campos preenchidos corretamente em relação a 2017 para 2021, passando de 56,23% para 93,16%, respectivamente (Figura 2.22).

O indicador apresentado na Figura 2.22 tem como meta alcançar 95% das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informações válidas. Assim, destaca-se que em 2017 apenas três macrorregiões não cumpriram a meta: Centro (86,23%), Leste (56,23%) e Vale do Aço (91,41%). Ao verificar o ano de 2021, evidencia-se que cinco macrorregiões não conseguiram alcançar a meta: Centro (83,67%), Leste (93,10%), Sudeste (94,52%), Norte (91,04%) e Triângulo do Sul (94,56%).

Ressalta-se que, conforme instrutivo que orienta o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, o campo raça/cor só deve ser preenchido com declaração da pessoa atendida em situação de violência. Ou seja, o profissional não deve deduzir a raça/cor da pessoa e proceder com preenchimento do campo (BRASIL, 2016).

A diminuição de campos preenchidos com informações válidas pode ter ocorrido por di-

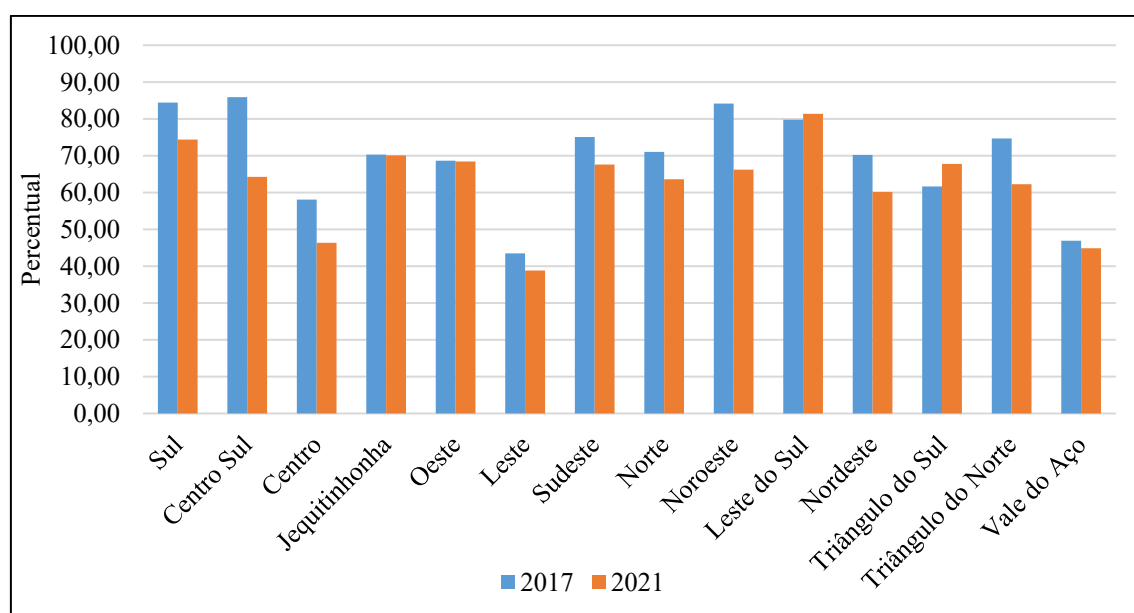
versos fatores, como: preenchimento do campo na ausência da pessoa em situação de violência, ausência de atenção e informação dos profissionais no preenchimento do campo e acúmulo de serviço nas unidades notificadoras, favorecendo preenchimento rápido das fichas.

Deve-se primar pelo preenchimento da ficha de notificação no momento do atendimento à pessoa que sofreu violência, para que campos essenciais não tenham perda de dados quando o preenchimento por posterior ao atendimento à pessoa que sofreu violência.

Em relação ao indicador “Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo identidade de gênero preenchido com informação válida”, a Figura 2.23 sinaliza crescimento no preenchimento do campo em apenas duas macrorregiões de saúde: Leste do Sul, de 79,75% em 2017 para 81,38% em 2021, e Triângulo do Sul, de 61,67% em 2017 para 67,79% em 2021.

Apesar do crescimento de dados válidos preenchidos no campo identidade de gênero nas duas macrorregiões, destaca-se nas 12 macrorregiões de saúde redução do preenchimento do campo de 2017 para 2021. Esses dados sinalizam baixa completude do campo, contribuindo para a ausência de dados válidos que favoreçam a identificação do perfil da população em situação de violência.

Figura 2.23 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo identidade de gênero preenchido com informação válida, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN-CVDANT/DVCC/SVE/SubVS/SES-MG

Primar pela capacitação da ficha de notificação dos casos de violência nas unidades notificadoras é imprescindível para aumentar o correto preenchimento do campo e favorecer a análise epidemiológica mais próxima da realidade.

Ao analisar o indicador “Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo orientação sexual preenchido com informação válida”, observa-se que apenas duas macrorregiões de saúde apresentaram elevação no preenchimento do campo orientação sexual de 2017 para 2021: a Triângulo do Sul, de 76,41% para 77,10%, respectivamente, e a Leste do Sul, de 80,80% para 88,19%, respectivamente (Figura 2.24).

A maioria das macrorregiões de saúde encontra-se com o campo orientação sexual preenchido abaixo da meta do indicador (80%), sinalizando a necessidade do desenvolvimento de ações capazes de aprimorar o preenchimento do campo. A completude baixa do campo da ficha de notificação dificulta a disponibilidade de dados que favoreçam a compreensão do fenômeno da violência, além de não fornecer dados confiáveis para a elaboração e implementação de políticas públicas.

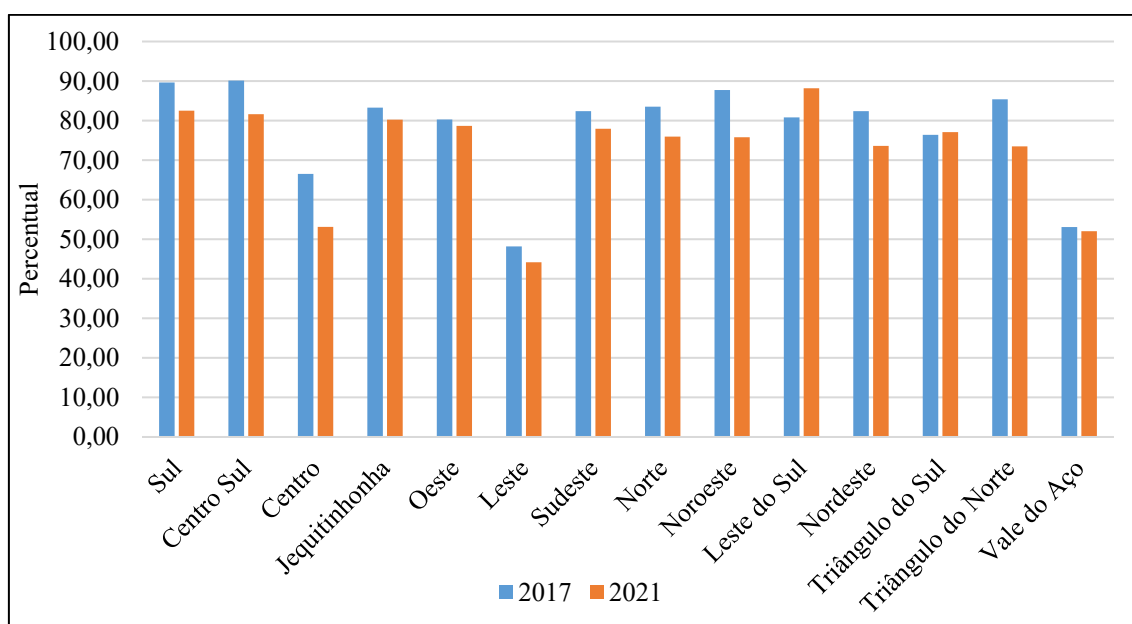
Minas Gerais, no âmbito da saúde, tem promovido ações para tentar aprimorar a qualidade do preenchimento dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal/au-

provocada. As ações perpassam a elaboração de indicadores de monitoramento do banco de dados, por capacitações dos profissionais de saúde que realizam o preenchimento da ficha, análise da qualidade do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), capacitação para as referências estaduais sobre o manuseio do banco de dados e repasse de incentivo financeiro aos municípios por meio de Resoluções, entre outras.

Salienta-se que o preenchimento correto dos campos da ficha de notificação extrapola a obtenção de dados precisos. Segundo o Ministério da Saúde (2019), a notificação de violência contribui para uma atenção integral às pessoas em situação de violência, favorece maior visibilidade do agravo, previne sua recorrência e permite que a rede de proteção e de garantia dos direitos seja acionada.

Assim, buscam-se dados fidedignos que contribuam para conhecer a magnitude e a gravidade das violências, compreender a situação epidemiológica do agravo no estado e nos municípios e subsidiar políticas públicas que visem à atenção integral às pessoas em situação de violência, à prevenção de violências, à promoção à saúde e à cultura da paz, além de proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção (BRASIL, 2019).

Figura 2.24 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo orientação sexual preenchido com informação válida, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 e 2021



Fonte: SINAN-CVDANT/DVCC/SVE/SubVS/SES-MG

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos. **Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil – 2016** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico/Ministério da Saúde. 2ª ed. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.

CIT. **Pactuação Interfederativa (2017-2021)**. Fichas de indicadores. Disponível em

<https://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/fichas.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais (2020-2023)**. Versão final, conforme aprovado pelo CES-MG, em 14/12/2020. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG Nº 7.153, de 13 de julho de 2020**, que autoriza o repasse de incentivo financeiro para custeio complementar das ações estratégicas de Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Trânsito: um olhar da saúde para o tema**. Brasília.: OPAS; 2018.

SILVA, G.A. *et al.* Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis: prioridade da saúde pública no século XXI. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. 304

Doenças e Agravos Transmissíveis

Vigilância das zoonoses e dos fatores de risco biológicos

Acidentes por animais peçonhentos

Os acidentes causados por animais peçonhentos constituem um dos agravos mais notificados no País e no estado de Minas Gerais, sendo de grande importância para a saúde pública. Os vetores de maior relevância neste contexto são: serpentes, aranhas, escorpiões, abelhas e lagartas, principalmente do gênero *Lonomia*. Os acidentes mais prevalentes são aqueles causados por escorpiônicos, ofídicos e araneídicos (Tabela 3.1).

Os acidentes escorpiônicos ocorrem principalmente em áreas urbanas, devido à disponibilidade de alimento e abrigo, assim como a pouca presença de predadores. Apresentam maior gravidade para crianças, especialmente aquelas com menos de sete anos, pois elas possuem maior sensibilidade ao veneno do animal.

Dentre os acidentes ofídicos, os de maior relevância são dos tipos botrópico e crotálico, que se distribuem de maneira diferenciada nas macrorregiões, em decorrência da diversidade de biomas presentes no estado (Figura 3.1). O tipo de acidente botrópico possui maior ocorrência, enquanto o crotálico é o de maior letalidade.

Com relação às notificações em que o tipo de acidente é classificado no campo 'Outros', observam-se diversas identificações de tipo de acidente e de animal. Há vários acidentes noti-

ficados neste campo em que os tipos de animais já possuem campo específico na ficha, porém são identificados equivocadamente como 'Outros', o que ocasiona sua subnotificação.

De forma semelhante, casos de agressões por animais não peçonhentos são notificados como peçonhentos, o que leva a um falso aumento do número de casos. No período analisado foram notificados 331 óbitos causados por estes agravos, dos quais 169 (51%) foram decorrentes de acidentes escorpiônicos e 63 (19%) de acidentes ofídicos.

As principais faixas etárias acometidas foram, na ordem: menores de 10 anos e maiores de 29 anos. Para controlar e reduzir os acidentes por animais peçonhentos é necessário promover atividades de educação em saúde para a população, indicando as medidas preventivas e o que deve ser feito caso aconteça um acidente.

Também devem ser contínuas as capacitações sobre vigilância, diagnóstico e tratamento para técnicos de vigilância, agentes de endemias e profissionais de saúde.

Malária

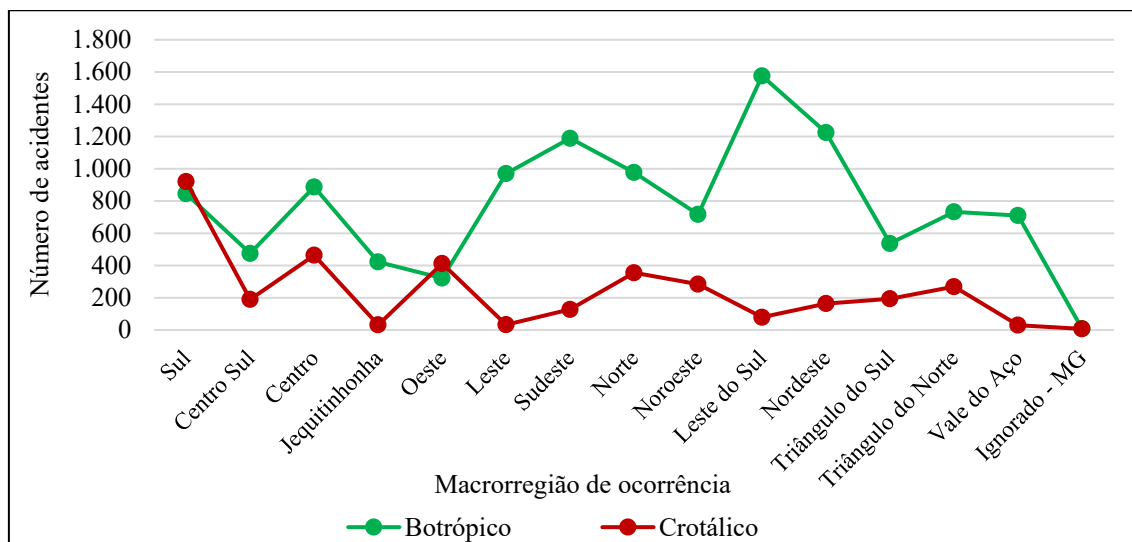
A malária é uma doença febril aguda causada por protozoários transmitidos pela picada da fêmea infectada do mosquito de gênero *Anopheles*, também conhecido como "mos-

Tabela 3.1 – Número de tipos de acidentes por animais peçonhentos ocorridos, por macrorregião de ocorrência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	Ign/Branco	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros
Sul	296	6.932	9.085	1.896	4.376	2.497
Centro Sul	84	1.725	802	483	599	500
Centro	593	3.951	23.720	2.464	2.228	1.610
Jequitinhonha	91	574	5.151	221	167	161
Oeste	47	1.004	6.445	379	721	284
Leste	72	427	11.389	58	379	247
Sudeste	210	2.208	5.030	183	245	287
Norte	325	852	43.055	382	1.391	1.270
Noroeste	45	588	9.086	174	872	437
Leste do Sul	93	2.602	11.136	202	415	686
Nordeste	105	338	18.695	136	289	128
Triângulo do Sul	126	593	12.105	120	726	285
Triângulo do Norte	64	581	11.940	113	924	317
Vale do Aço	35	801	5.983	56	234	159
Ignorado - MG	4	34	128	17	17	15
Total	2.190	23.210	173.750	6.884	13.583	8.883

Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SubVS/SES-MG

Figura 3.1 – Número de acidentes botrópicos e crotálicos ocorridos, por macrorregião de ocorrência – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

quito-prego”. A área não endêmica para a malária no Brasil é constituída por 17 estados, incluindo Minas Gerais. Essa área registra menos de 1% do total de casos do País, porém a taxa de letalidade pela doença é até cem vezes superior àquela detectada em área endêmica (BRASIL, 2003, 2021, 2022). As espécies de ocorrência no Brasil são: *Plasmodium falciparum*, considerado o mais letal; *Plasmodium vivax*, responsável por 90% dos casos; e *Plasmodium malariae* (BRASIL, 2003, 2021).

A ocorrência de febre em pacientes procedentes de áreas endêmicas de malária é, normalmente, o primeiro alerta para a suspeição da doença. O diagnóstico oportuno – exame da gota espessa de sangue, considerado o padrão ouro para a confirmação da doença – e o tratamento correto são os meios mais adequados para reduzir a gravidade e a letalidade por malária (BRASIL, 2003). O tratamento da malária tem por objetivo interromper o ciclo evolutivo do *Plasmodium*, a destruição de formas latentes do parasito e a interrupção da transmissão (MINAS GERAIS, 2020; BRASIL, 2020).

Em Minas Gerais, área indene para malária, entre 2017 a 2021 foram notificados 2.262 casos em 105 municípios, com maior número na macrorregião Leste do Sul (Figura 3.2). Deste total, somente 11% (n=265) foram confirmados para malária, sendo 194 casos (73%) de *Plasmodium vivax*. A malária acomete ambos os sexos, porém ocorre predominantemente no sexo masculino, com 78,4% (n=208) e

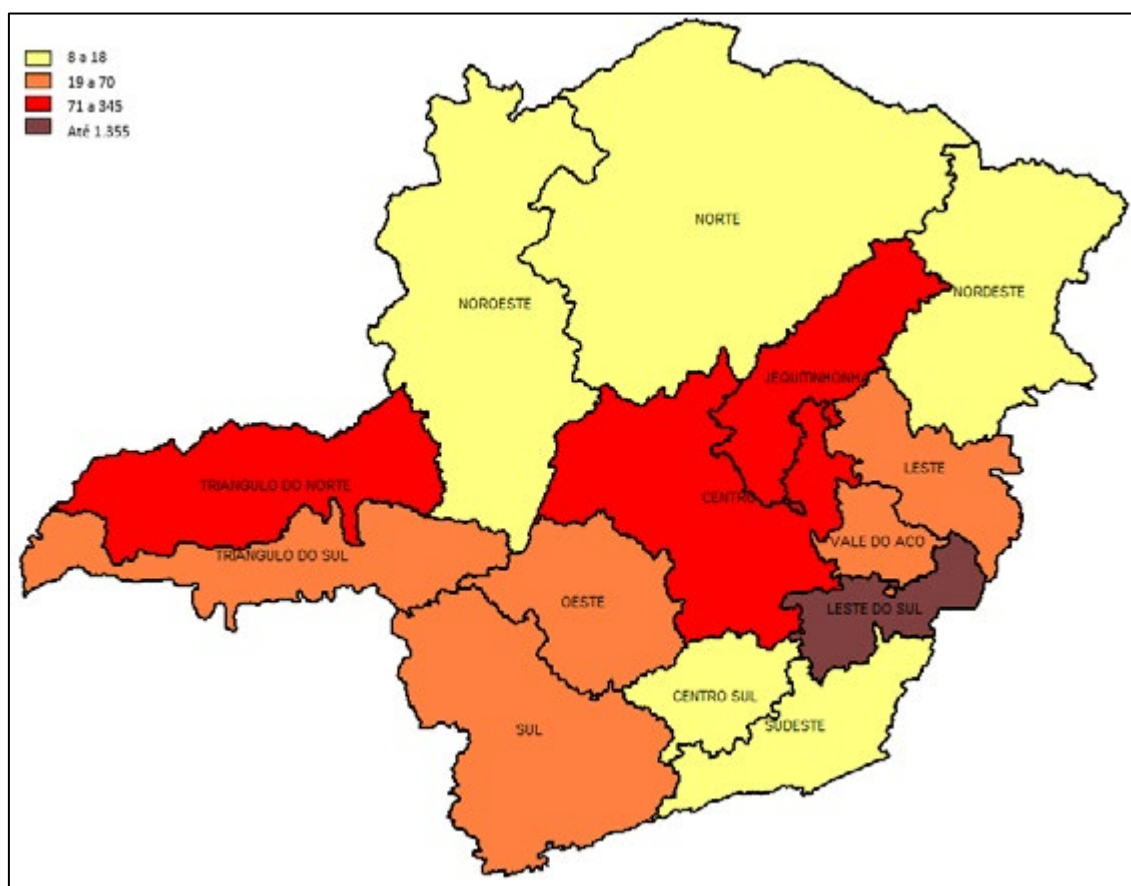
na faixa etária entre de 20-49 anos, o que corresponde a 51,3% (n=136), idades consideradas produtivas e mais expostas ao vetor.

Considera-se como tratamento em tempo oportuno aquele que inicia em até 96 horas a partir do início de sintomas. Dos 262 casos confirmados no período, 41,9% (n=110) iniciaram o tratamento em tempo oportuno. Com relação à análise do indicador *Tratamento Oportuno*, demonstrado na Tabela 3.2, as 14 macrorregiões de saúde registraram casos confirmados, e as macrorregiões Centro 35,4% (n=39), Jequitinhonha, 11,8% (n=13) e Triângulo do Norte, 10% (n=11) apresentaram maior frequência de casos com tratamentos oportunos, respectivamente. Apesar de não ser área endêmica para malária, Minas Gerais é de fundamental importância para a realização do tratamento adequado e oportuno, tanto para prevenir a ocorrência de casos graves e, consequentemente, o óbito por malária, como para a transmissão dessa doença em áreas com a presença do vetor.

Leishmaniose tegumentar

A leishmaniose tegumentar (LT) é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário, de transmissão vetorial, que acomete a pele e as mucosas. Classicamente, manifesta-se sob duas formas: cutânea e mucosa, que podem apresentar diferentes manifestações clínicas (BRASIL, 2017; BRASIL, 2021). Em Minas Gerais, no período de 2017

Figura 3.2 – Distribuição dos casos notificados de malária – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.2 – Frequência absoluta de casos tratados para malária, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de Saúde	Tratamento em tempo oportuno	Tratamento tardio	Total geral
Centro	39	43	82
Centro Sul	5	2	7
Jequitinhonha	13	12	25
Leste	2	5	7
Leste do Sul	3	6	9
Nordeste	1	4	5
Noroeste	3	4	7
Norte	1	1	2
Oeste	9	12	21
Sudeste	3	11	14
Sul	9	9	18
Triângulo do Norte	11	15	26
Triângulo do Sul	6	16	22
Vale do Aço	5	12	17

Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

a 2021, foram registrados 8.909 casos novos da doença, com média anual de 1.782 casos/ano e coeficiente de detecção médio de 8,4 casos/100.000 habitantes. Contudo, observam-se oscilações no período que variaram de

1.532 a 1.977, em 2017 e 2020, respectivamente.

No que tange à distribuição geográfica dos casos, das 8.909 notificações, as macrorregiões Norte, Centro, Vale do Aço e Leste do

vigilância, com vistas a um amplo conhecimento das características ambientais, sociais e econômicas dessas unidades territoriais. É importante, ainda, que nestas áreas sejam aprimoradas as ações voltadas para o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado dos casos detectados, além de estratégias de controle flexíveis, distintas e adequadas a cada padrão de transmissão (BRASIL, 2017).

Leishmaniose visceral

A leishmaniose visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma doença sistêmica de caráter crônico, não contagiosa, causada por protozoário do gênero *Leishmania*. É considerada pela OMS como uma das seis endemias prioritárias do mundo, devido a sua alta morbidade e significativa letalidade quando não tratada (OMS, 2010). No Brasil o agente etiológico é o protozoário digenético *Leishmania infantum* e o principal transmissor é um inseto da subfamília dos flebotomíneos, *Lutzomyia longipalpis*. A doença possui caráter zoonótico, sendo o cão doméstico (*Canis lupus familiares*) o principal reser-

Mapa do Estado de Minas Gerais dividido em regiões geográficas e coloridas de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A legenda indica as faixas de IDH:

- ATÉ 90 (Amarelo claro)
- 90 A 239 (Amarelo)
- 240 A 867 (Laranja)
- 868 A 2365 (Marrom)

As regiões geográficas mostradas no mapa são:

- TRIÂNGULO DO NORTE
- TRIÂNGULO DO SUL
- NOROESTE
- NORTE
- PEQUITINHONHA
- NORDESTE
- LESTE
- VALE DO AÇO
- LESTE DO SUL
- CENTRO
- OESTE
- CENTRO SUL
- SUL
- SUDESTE

97

vatório em áreas urbanas (BRASIL, 2019).

Em Minas Gerais a LV é endêmica. Sua ocorrência é descrita desde a década de 1940, na região Norte, e desde 1960, no Vale do Rio Doce (SES-MG, 2020). A Tabela 3.3 apresenta o coeficiente de incidência da LV por macrorregião no período de 2017 a 2021. As macrorregiões Norte, Nordeste, Vale do Aço e Centro registraram os maiores coeficientes de incidência. Entre 2017 e 2021 foram registrados 1.915 casos confirmados de LV. Em 2017 ocorreu o maior número de casos registrados,

825. A partir de 2018 caiu para quase todas as regiões do estado, levando à redução da incidência conforme demonstrado na Tabela 3.3.

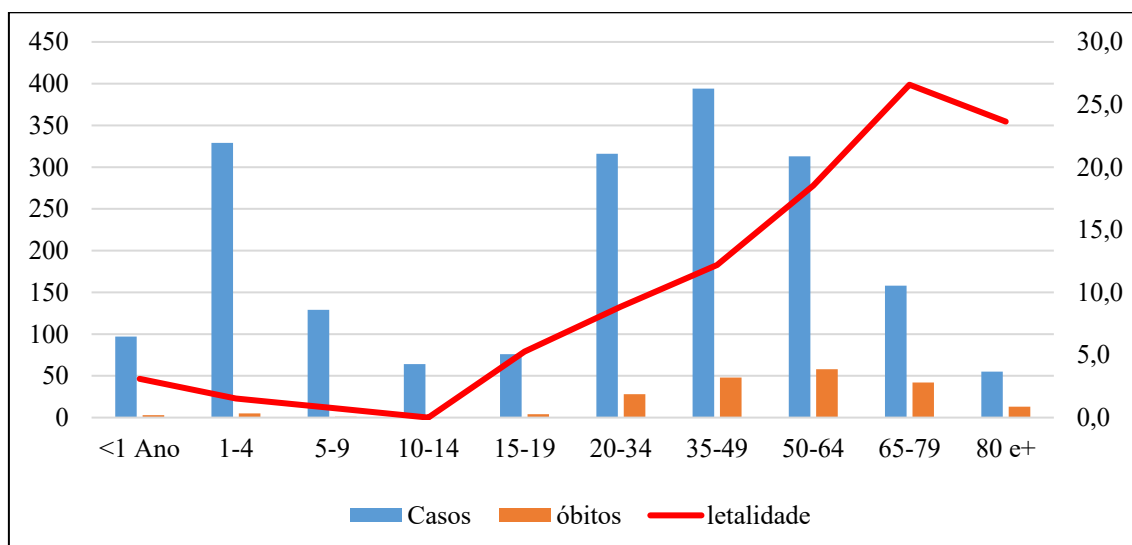
No período 2017 a 2021, 64,2% (n=1239) dos casos registrados ocorreram em indivíduos do sexo masculino. Crianças até os nove anos de idade representam 29% (n=555) do total de casos. A letalidade da LV aumenta com a idade do paciente. A Figura 3.4 mostra que indivíduos com cinquenta anos ou mais representam 55,9% (n=113) dos óbitos ocorridos no período avaliado.

Tabela 3.3 – Coeficiente de incidência anual de leishmaniose visceral, por 100.000 habitantes, por macrorregião de residência e ano de notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Sul	0,25	0,06	0,09	0,09	0,03	0,52
Centro Sul	0,50	0,16	0,00	0,00	0,81	1,47
Centro	4,22	2,10	1,98	1,79	1,92	12,00
Jequitinhonha	2,04	2,32	0,29	0,87	0,72	6,23
Oeste	0,77	0,87	0,43	0,32	0,85	3,25
Leste	3,48	1,15	0,84	0,62	0,10	6,19
Sudeste	0,00	0,07	0,07	0,00	0,00	0,14
Norte	17,80	8,33	5,24	3,73	2,41	37,50
Noroeste	1,86	0,54	0,83	0,18	0,23	3,63
Leste do Sul	1,57	0,17	0,00	0,34	0,00	2,09
Nordeste	11,32	3,53	1,27	1,84	2,03	19,98
Triângulo do Sul	1,05	0,52	0,34	0,17	0,17	2,25
Triângulo do Norte	0,77	0,33	0,22	0,21	0,11	1,63
Vale do Aço	7,27	2,54	2,27	1,86	1,85	15,79
Total	3,9	1,8	1,3	1,1	1,0	9,1

Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Figura 3.4 – Frequência de casos, óbitos e letalidade por leishmaniose visceral, por faixa etária – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Programa de Profilaxia da Raiva

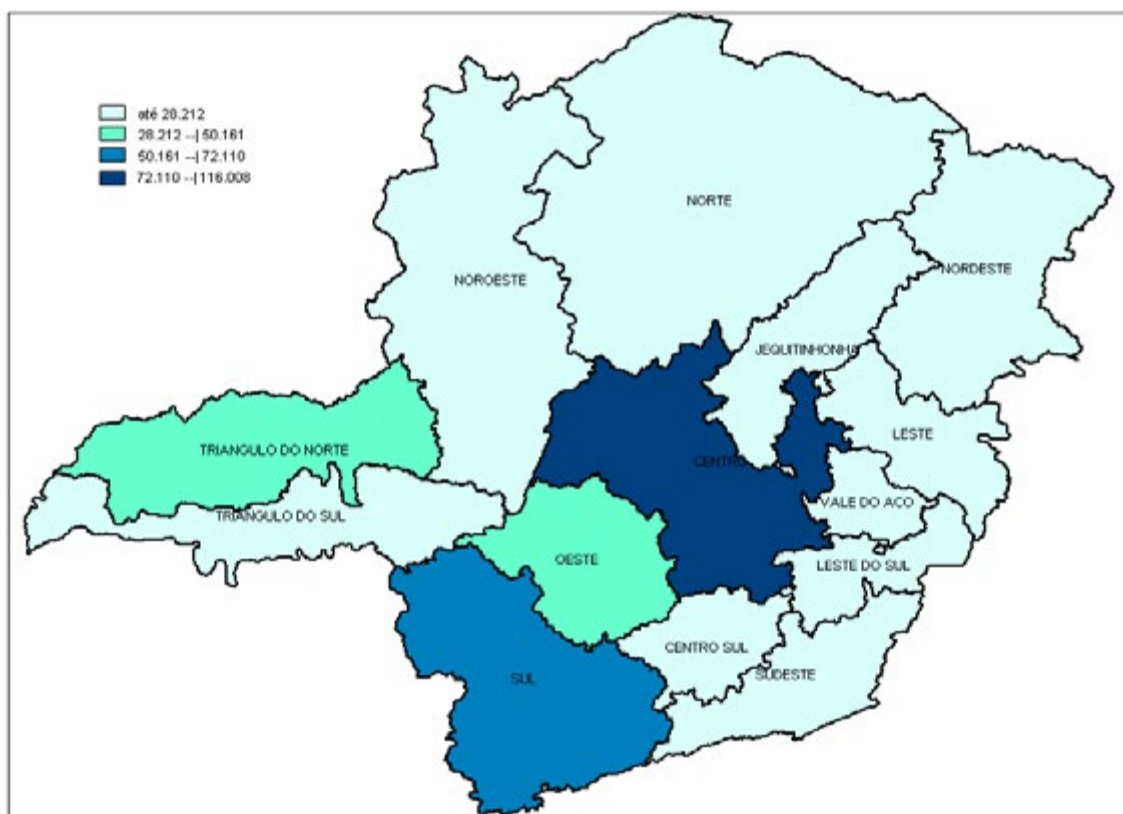
A raiva é uma antroponozoonose de grave consequência em uma sociedade, sendo transmitida ao ser humano pela inoculação do vírus presente na saliva e nas secreções do animal infectado, principalmente pela mordedura, arranhadura e/ou lambedura. Trata-se de uma doença infectocontagiosa, caracterizada por uma encefalite progressiva e aguda com letalidade de aproximadamente 100% (BRASIL, 2022).

Em Minas Gerais casos isolados da doença em humanos têm ocorrido de forma ocasional. Entre 2017 e 2021 não houve casos humanos da doença. A profilaxia da raiva humana é feita com o uso de vacinas e soro, quando os indivíduos são expostos ao vírus rábico pela mordedura, lambedura de mucosas ou arranhadura provocadas por animais transmissores da raiva. O atendimento antirrábico humano encontra-se implantado em todas as Unidades Regionais de Saúde do estado, com vacina de cultivo celular disponível em 1.300 postos de atendimento e soros antirrábicos em 400 unidades, aproximadamente. Em relação ao nú-

mero de atendimentos antirrábicos, no período compreendido entre 2017 e 2021, foram notificados 405.012 acidentes e/ou agressões envolvendo humanos, com média anual de 81.000 atendimentos/ano. A macrorregião Centro foi a maior notificadora no período avaliado, seguida pela macrorregião Sul, conforme a Figura 3.5. Por sua vez, o município de Belo Horizonte foi o maior notificador dos atendimentos em todo o estado. As espécies animais agressoras mais envolvidas foram: canina (332.651 – 82%), felina (53.677 – 13%) e quiróptera (2.709 – 1%), conforme a Figura 3.6.

Em relação à condição do animal agressor e à possibilidade de observação no caso de cães e gatos, a maioria foi de animais sadios ($n = 251.835 - 64\%$) e passíveis de observação ($n = 268.528 - 81\%$), respectivamente. Em relação a sexo e faixa etária, os homens sofreram mais acidentes e/ou agressões ($n = 214.939 - 53\%$) e a faixa etária mais envolvida foi a de 20 a 34 anos ($n=89.548 - 22\%$). No que se refere ao tipo de exposição ao vírus rábico (ferimento, tipo de ferimento e localização), a mordedura ($n=353.566 - 87\%$) foi o

Figura 3.5 – Notificações de atendimento antirrábico humano, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

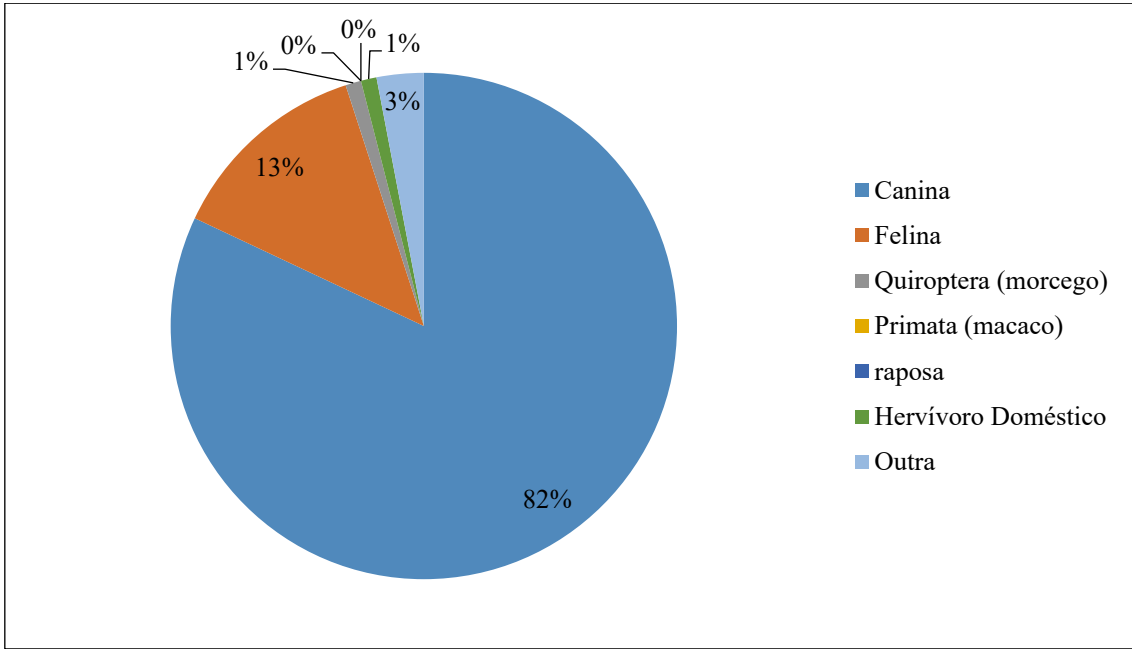
tipo de exposição mais notificada, seguido pela arranhadura (n=58.581 – 14%). Quanto ao tipo de ferimento, o mais frequente foi o ferimento único (n=250.838 – 62%) e superficial (n=234.130 – 58%). Quanto à localização, mãos e pés (n=163.719 - 40%) foram os locais mais reportados. Os tratamentos profiláticos mais indicados foram: observação mais vacina (n = 182.631 – 46%), apenas vacina (n = 104.143 – 26%) e apenas observação do animal – se cão ou gato (n = 72.630 - 18%). O percentual médio de abandono de tratamento no período de 2017 a 2021 foi de 8%.

O diagnóstico laboratorial é essencial para a vigilância da circulação do vírus rábico. Em relação ao percentual de amostras biológicas positivas para raiva enviadas pelos municípios do estado de Minas Gerais, os bovinos representam 69%, seguidos pelos morcegos, com

20%, e equinos, com 10%, conforme apresentado na Tabela 3.4. As coberturas vacinais das populações canina e felina têm se mantido acima de 85% e 94%, respectivamente, nos últimos cinco anos, com um número médio 3.551.352 animais vacinados. Os percentuais de animais vacinados por macrorregião de saúde no período de 2017 a 2021 estão descritos na Tabela 3.5.

Para um sistema eficiente de controle da raiva, preconizam-se: vacinação de cães e gatos, atendimento de pessoas envolvidas em acidentes com animais, observação clínica de cães e gatos, tratamento das pessoas expostas ao risco da infecção rábica, colheita e envio de material para exames de laboratório, controle de áreas de foco de raiva e educação em saúde.

Figura 3.6 – Notificações de atendimento antirrábico segundo a espécie animal agressora – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.4 – Número de casos de raiva animal – Minas Gerais, 2017 a 2021

Ano	Espécie animal							Total
	Canino	Felino	Bovino	Equino	Morcego	Ovino	Cervídeo	
2017	0	0	83	14	19	1	0	117
2018	0	0	88	12	25	1	0	126
2019	0	3	102	10	29	0	0	144
2020	0	0	89	11	23	0	1	124
2021	1	1	95	17	34	0	0	148
Total	1	4	457	64	130	2	1	659

Fonte: SINAN-CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.5 – Percentual de cobertura vacinal antirrábica animal – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de Saúde	2017		2018		2019		2020		2021	
	cão	gato	cão	gato	cão	gato	cão	gato	cão	gato
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Sul	102	108	98	108	60	60	99	103	103	108
Centro Sul	101	106	100	99	103	106	99	100	101	100
Centro	77	96	80	106	17	18	69	87	83	120
Jequitinhonha	106	107	98	119	102	103	101	89	101	92
Oeste	101	96	98	92	62	63	97	91	98	94
Leste	96	113	87	96	96	114	81	90	93	84
Sudeste	93	106	90	103	52	82	89	96	90	96
Norte	100	112	97	102	101	100	100	93	102	97
Noroeste	103	88	113	99	49	46	95	121	97	124
Leste do Sul	104	109	102	100	76	76	107	106	95	91
Nordeste	103	107	101	99	102	110	100	100	101	96
Triângulo do Sul	96	96	95	92	45	53	93	103	100	105
Triângulo do Norte	93	122	92	87	51	52	86	92	97	108
Vale do Aço	75	84	74	94	80	98	79	92	76	90
Minas Gerais	92	102	91	101	58	67	88	96	94	103

Nota: Fornecimento parcial da vacina antirrábica animal pelo Ministério da Saúde no ano de 2019

Fonte: CZVFRB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Referências

BRASIL. Site Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria>. Acesso em 19 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 189 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana** — Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária** — PNCM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/Guia-do-Programa-Nacional-de-Controle-da-Mal-ria.pdf>. Acesso em 19 de julho de 2022.

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

Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de tratamento da malária no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

GAVA, C. *et al.* Prevenção e controle da febre amarela: avaliação de ações de vigilância em área indene no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [Internet], v. 38, n. 1, p. e00000521, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Nota Técnica nº 11/SES/SUBPAS-SAF-DMEST/2020. **Atualização do fluxo de acesso aos medicamentos do Programa Nacional de Controle da Malária do Ministério da Saúde e orientações aos entes e estabelecimentos de saúde no âmbito do**

Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG). Belo Horizonte, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases**, Geneva, 22-26 mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Leishmanioses: Informe Epidemiológico nas Américas**. Washington, D.C.: OPAS; 2019.

SILVA, C. P. *et al.* Um estudo bibliográfico acerca dos surtos de Febre Amarela no Brasil. **Ver. Bras. Meio Amb.**, [Internet], v.2, n.1, p. 27-41, 2018.

Vigilância das arboviroses no estado de Minas Gerais

Apesar de todos os esforços empreendidos para o controle da dengue desde a década de 1990, observa-se a reincidência de epidemias no Brasil. Em Minas Gerais as altas taxas de incidência, o número de casos graves e, até mesmo, a ocorrência de óbitos por dengue marcam ciclicamente a cada três anos o expressivo aumento de casos durante os períodos sazonais. O estado vivenciou quatro epidemias de dengue: 2010 (213 mil casos), 2013 (416 mil casos), 2016 (524 mil casos) e 2019 (475 mil casos). O enfrentamento das arboviroses ganha destacada importância, por serem doenças deflagradoras de cenários preocupantes e de Emergências em Saúde Pública (ESP) de modo recorrente.

Diversos fatores são determinantes para a ocorrência de aglomerado de casos, surtos e epidemias por arboviroses, tais como: circulação dos vírus causadores, infestação pelos insetos transmissores (vetores), disposição de população suscetível ao adoecimento, relação pessoas-animaís-meio ambiente e condições naturais (clima/tempo). Citam-se, ainda: determinantes socioculturais e econômicos, modelo de produção, crescimento desordenado da população e aumento da produção de lixo sem destino adequado.

Concomitantemente à circulação urbana do vírus da dengue, Minas Gerais possui circulação dos vírus causadores da chikungunya e do zika (DZC). Na área silvestre, tem-se a circulação do vírus amarelo. Destaca-se inicialmente, a abordagem das doenças de interesse transmitidas pelo *Aedes aegypti*, por ser o mesmo vetor de transmissão para a DCZ e por possuir potencial de transmissão para a febre amarela urbana (FAU). Salienta-se que o Programa Nacional de Imunização (PNI) conta com um imunizante para a prevenção da febre amarela. Contudo, não existem vacinas disponíveis para a DCZ. Assim, a principal medida de controle e/ou interrupção do ciclo de transmissão dessas doenças envolve as ações voltadas para o combate ao *Aedes aegypti*, que visam à interrupção do ciclo reprodutivo da espécie.

Nesse sentido, a disposição e a dispersão do vetor dos arbovírus de transmissão urbana são o ponto de interesse para a compreensão da epidemiologia da DCZ no território mineiro, além de sua interação com os demais componentes da cadeia de transmissão.

Vigilância entomológica das arboviroses

A partir de 2003 o Ministério da Saúde introduziu em diversos estados uma nova metodologia de pesquisa larvária, denominada Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA/LIA). Em Minas Gerais, inicialmente, cinco municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte foram capacitados para realizar a pesquisa. Dois anos depois esse número subiu para 25 municípios e para 85 municípios em 2010.

Entre 2017 e 2019 mais de 819 municípios realizaram o LIRAA/LIA no estado no mês base de outubro, sendo 842 (99%), 819 (96%) e 834 (98%) municípios, respectivamente, em um universo de 853 municípios. Para 2020 e 2021 os ciclos de realização do LIRAA/LIA foram impactados em decorrência das medidas restritivas de enfrentamento à pandemia do COVID-19, de forma que em 2020 o levantamento foi realizado apenas no mês de janeiro e em 2021 em 599 municípios (70%).

Nos anos em que o LIRAA/LIA foi realizado no mês de outubro o percentual de municípios que apresentaram índice “Satisfatório” na classificação de infestação para risco de transmissão das arboviroses oscilou entre 45% e 76%, enquanto o percentual de municípios em “Alerta” variou de 22% a 45% e com “Risco” manteve-se abaixo dos 10% (Tabela 3.6). Destaca-se que os índices de alerta e risco compõem cenários de maior atenção, enquanto os satisfatórios apontam menor infestação pelo vetor.

O ano de 2020 sofreu interferências diretas, devido à Nota Informativa 13/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS emitida pelo Ministério da Saúde, com recomendação para que as secretarias estaduais e municipais de saúde suspendessem temporariamente o LIRAA/LIA. Com isso, as ações de controle vetorial sofreram alterações significativas, por exemplo: pesquisas entomológicas, visita casa a casa, tratamento focal e tratamento de pontos estratégicos.

Como provável reflexo das medidas de proteção à saúde implantadas durante a pandemia, Minas Gerais registrou, em outubro de 2021, uma redução de 28% (599) em relação à média do número de municípios que realizaram o LIRAA/LIA nos anos anteriores (842, 819, 834). A variação nos índices de infesta-

ção aponta para uma redução de 52% do número de municípios com índice “Satisfatório” e aumento nos índices de “Alerta” (11%) e “Risco” (104%) em comparação com a média dos anos anteriores (Tabela 3.6).

Os resultados do LIRAA/LIA de 2017 a 2021 também mostraram que os tipos de recipientes mais frequentemente infestados pelo *A. aegypti* foram aqueles do grupo A2 (depósitos de água domésticos para consumo humano, ao nível do solo, como tonel, tambor, caixa d'água, cisterna etc.), do grupo D2 (inservíveis) e do grupo B (vasos de planta, pratos, bebedouros, fontes sanitárias etc.). Já os tipos de criadouros infestados com menor frequência no mesmo período foram os do grupo E (axilas de folhas, buracos de árvores e rochas, carcaças de animais), seguido do grupo D1 (pneus e outros materiais rodantes) (Tabela 3.7).

O Índice de Infestação Predial (IIP) é importante para a identificação da infestação do *Aedes*, enquanto o Índice de Breteau (IB) e tipo de Recipientes de Criadouros são determinantes para direcionar as atividades de campo, a identificação e a eliminação de criadouros

do vetor. Esses devem ser observados na menor unidade geográfica do território, para cada estrato, na inspeção dos imóveis de cada quarteirão e, assim, subsidiar e direcionar a abordagem da comunicação, da mobilização social, da educação em saúde e das ações intersectoriais (por exemplo: nas secretarias de educação, junto com as escolas e em mutirões de limpeza, dentre outras).

Controle vetorial das arboviroses

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que busca a melhoria das ações e serviços de vigilância em saúde a partir do alcance de metas e de indicadores pactuados no âmbito do programa, foi publicado na Portaria de Consolidação do SUS. A meta relacionada ao enfrentamento das arboviroses, que consta na iniciativa do PQA-VS, considera a realização de quatro ciclos de visita domiciliar, dos seis preconizados, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Em Minas Gerais a meta de adesão ao

Tabela 3.6 – Índice de Infestação Predial (LIRAA/LIA) por classificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Mês	Outubro				
Ano	2017 N (%)	2018 N (%)	2019 N (%)	2020* N (%)	2021 N (%)
Satisfatório (IIP <1)	641 (76)	471 (58)	567 (68)	-	269 (45)
Alerta (IIP 1≤3,9)	185 (22)	288 (35)	252 (30)	-	268 (45)
Risco (IIP >4)	16 (2)	60 (7)	15 (2)	-	62 (10)
Total de municípios que realizaram (N)	842	819	834	-	599

Nota: *Suspensão temporária do LIRAA e LIA do ano de 2020 por recomendação da Nota Informativa 13/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS

Fonte: CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.7 – Percentuais dos tipos de criadouros mais e menos frequentemente infestados detectados pelo LIRAA/LIA – Minas Gerais, 2017 a 2021

Mês	Outubro	
Ano	Tipo (%)	Tipo (%)
2017	D2 (36,0)	E (4,2)
2018	B (26,7)	E (2,0)
2019	A2 (40,3)	E (1,8)
2020*	-	-
2021	B (22,3)	D1 (7,6)

Nota: A= Armazenamento de água para consumo humano (A1= depósito de água elevado, A2= depósitos ao nível do solo); B= depósitos móveis; C= depósitos fixos; D= passíveis de remoção/proteção (D1= pneus e outros materiais rodantes, D2= lixo, sucata e entulho); E= naturais; *Suspensão temporária do LIRAA e LIA do ano de 2020 por recomendação da Nota Informativa 13/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS

Fonte: CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

PQAVS foi atingida por 65%, 83% e 81% dos municípios no triênio 2017-2019, respectivamente (Tabela 3.8). Contudo, em 2020 e 2021 o indicador não pôde ser avaliado no estado, uma vez que a Nota Técnica 11/2020-CGAR/DEIDT/SVS/MS recomendou adequações às ações exercidas pelos agentes de combate às endemias no período de vigência da Emergência em Saúde Pública da COVID-19, o que dificultou o alcance da meta nos municípios.

Notificação de casos de arboviroses

A Portaria GM/MS 420, de 2 de março de 2022, que trata da lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados, determina a notificação imediata (até 24 horas) para óbitos confirmados ou em investigação para o agravo e com rotina semanal para casos prováveis para as arboviroses: dengue, doença aguda pelo vírus zika, doença aguda pelo vírus zika em gestante, síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika, febre de chikungunya e febre amarela. Cada agravo deve seguir as orientações da ficha de notificação, conforme delimitação de caso suspeito, e ser encerrado no SINAN oportunamente em até 60 dias.

A notificação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde e deve ser registrada no SINAN, na Ficha de Notificação. É fundamental o preenchimento correto e completo de todos os campos da notificação. O monitoramento dos casos de arboviroses é realizado pela área técnica estadual por semana epidemiológica, por casos prováveis (todos os casos exceto os descartados).

O período sazonal dessas doenças demanda mais atenção da vigilância dos casos, pois, temporariamente, as arboviroses apresentam

um comportamento de aumento no número de casos esperados para o período típico de determinada época e estação do ano. No caso das arboviroses, o verão determina as condições favoráveis para o adensamento da população do vetor, que corresponde quase sempre aos meses de dezembro a junho, salvo em algumas regiões que possuem maior heterogeneidade em relação ao clima/tempo.

Dengue

Entre 2017 a 2021 ocorreram 631.691 casos prováveis de dengue em Minas Gerais. O ano de 2019 representa o período de maior registro de casos da doença (473.852), por se tratar de um ano epidêmico, com pico de casos entre as semanas epidemiológicas 17 e 19 (40.102, 39.875, 40.292, respectivamente) (Tabela 3.9). Nos demais anos não há variação considerável, com exceção de 2020, quando se pôde notar um aglomerado maior de casos (80.498) (Figura 3.7).

Com relação à distribuição de casos prováveis por macrorregião de saúde, a Centro se destacou pelo maior número de casos em 2017 (4.141; 16%), 2019 (294.647; 62%) e 2020 (16.335; 20%). Em 2018 a Vale do Aço concentrou o maior número de casos prováveis de dengue (6.839; 24%). Em 2021 se destacou a Sudeste (4.476; 19,2%) (Tabela 3.10).

Chikungunya

No período de 2017 a 2021 foram notificados 39.523 casos prováveis de chikungunya em Minas Gerais. Os anos de 2017 e 2018 foram os mais representativos, concentrando 16.286 e 11.743 casos respectivamente. Em análise da série histórica, de 2017 (16.286) a 2018 os casos reduziram 28%; de 2018 (11.743) para 2019, 77%; de 2019 (2.699)

Tabela 3.8 – Percentuais de municípios que realizaram pelo menos quatro ciclos de visita domiciliar com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados – Minas Gerais, 2017 a 2021

Alcance da Meta	2017 N (%)	2018 N (%)	2019 N (%)	2020* N (%)	2021* N (%)
Sim	550 (65)	707 (83)	692 (81)	-	-
Não	303 (35)	146 (17)	161 (19)	-	-
Total de municípios que realizaram	853	853	853		

Nota: *Indicador não avaliado por suspensão da cobrança, segundo recomendações da NOTA TÉCNICA Número 11 de 2020-CGAR/DEIDT/SVS/MS

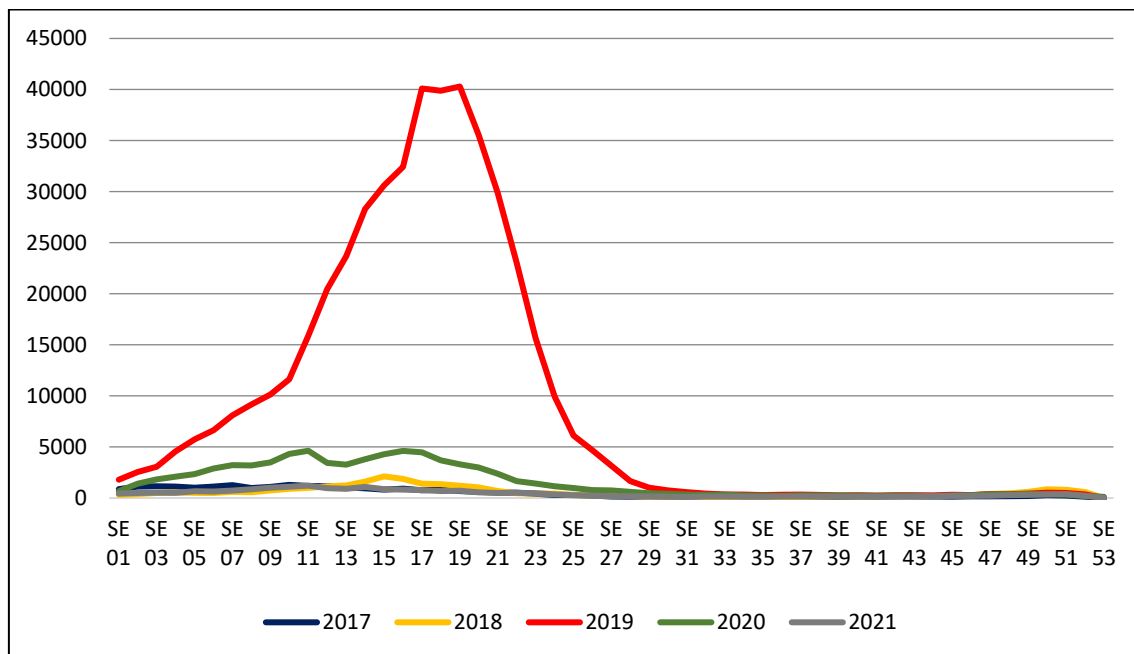
Fonte: Resultados finais do Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) /MS

Tabela 3.9 – Número de casos prováveis de dengue, segundo o ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Ano					
2017	2018	2019	2020	2021	Total
25.916	28.846	473.852	80.498	22.579	631.691

Fonte: SINAN On-line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Figura 3.7 – Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN On-line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.10 – Distribuição de casos prováveis de dengue, por macrorregião de saúde, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião	Ano de Início de Sintomas				
	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	2.544	744	14.600	7.244	805
Centro Sul	124	181	2.512	352	370
Centro	4.141	2.694	294.647	16.335	3.858
Jequitinhonha	931	102	3.653	2.952	974
Oeste	598	2.557	24.847	11.581	1.088
Leste	3.197	408	2956	5.032	2.340
Sudeste	775	3.999	15.752	4.626	4.476
Norte	2.790	4.202	33.687	2.802	1.007
Noroeste	1.122	1.951	21.032	5.299	2171
Leste do Sul	95	104	2.629	2.856	436
Nordeste	3.371	272	2.185	7.225	247
Triângulo do Sul	519	1.170	9.156	3.387	1.139
Triângulo do Norte	2.728	3.623	43.288	5.001	1.962
Vale do Aço	2.981	6.839	2.908	5.806	1.706
Total	25.916	28.846	473.852	80.498	22.579

Fonte: SINAN On-line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SESMG

para 2020 aumentaram 24%; e em 2021 aumentaram 63% também em relação ao ano anterior de 2020 (5.454) (Figura 3.8 e Tabela 3.11).

A Tabela 3.12 mostra que os casos de chikungunya em Minas Gerais no período de 2017 a 2021 se concentraram em certas regiões. As macrorregiões Leste e Vale do Aço apresentaram maior número de casos prováveis do agravo: a Leste em 2017 com 10.164 casos (62%), em 2020 com 1.676 (50%) e em 2021 com 3.502 (64%); a Vale do Aço em 2018 com 11.169 casos (95%) e em 2019 com 790 (29%).

Zika

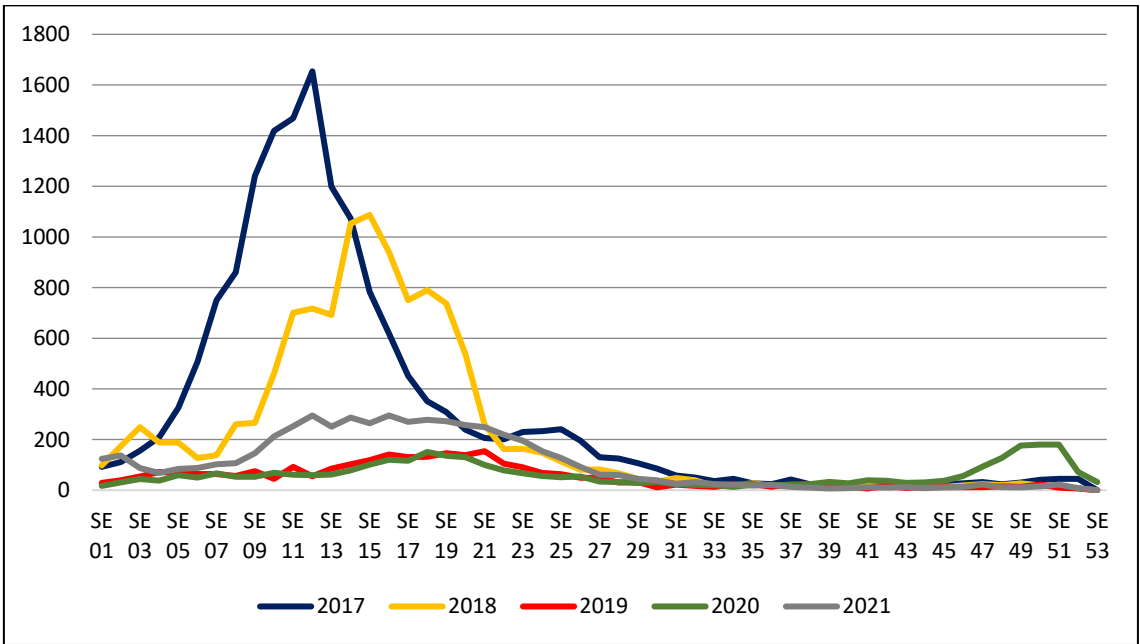
Em Minas Gerais foram notificados 1.929 casos prováveis de zika no período de 2017 a 2021, conforme apresentado na Tabela 3.13. Os anos de 2017 e 2019 foram os mais representativos, concentrando 703 e 639 casos, res-

pectivamente (Figura 3.9). A curva epidêmica de zika demonstra a intermitência das notificações, com fortes amplitudes de oscilação temporal, com alternâncias intermitentes (Figura 3.9).

Óbitos por arboviroses urbanas no estado de Minas Gerais

Os óbitos por arboviroses devem ser investigados e encerrados, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde, em um período de até 60 dias entre a notificação e o encerramento. A investigação e o encerramento são de responsabilidade do município de residência do paciente que veio a óbito. Se for necessário apoio no processo, este deve ser solicitado formalmente à Unidade Regional de Saúde (URS) correspondente, já compartilhando a documentação necessária (Ficha de Notificação do SINAN, Declaração de Óbito, Fichas de Investigação A e B por Arbovírus e

Figura 3.8 – Curva epidêmica dos casos prováveis de chikungunya, por semana epidemiológica de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN on line/CEVARB/DVAT/SESMG dados tabulados em 2022

Tabela 3.11 – Casos prováveis de chikungunya, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Ano					Total
2017	2018	2019	2020	2021	
16.286	11.743	2.699	3.341	5.454	631.691

Fonte: SINAN on line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.12 – Distribuição de casos prováveis de chikungunya, por macrorregião de saúde, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	Ano de início dos sintomas				
	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	42	34	98	40	23
Centro sul	8	6	57	13	8
Centro	232	138	336	261	125
Jequitinhonha	9	4	25	19	24
Oeste	36	35	67	40	383
Leste	10.164	173	94	1.676	3.502
Sudeste	37	70	706	190	142
Norte	26	33	178	52	62
Noroeste	13	3	79	8	17
Leste do Sul	10	8	19	102	811
Nordeste	3.633	26	36	183	35
Triângulo do Sul	16	10	82	56	99
Triângulo do Norte	43	34	132	18	12
Vale do Aço	2.017	11.169	790	683	211
Total	16.286	11.743	2.699	3.341	5.454

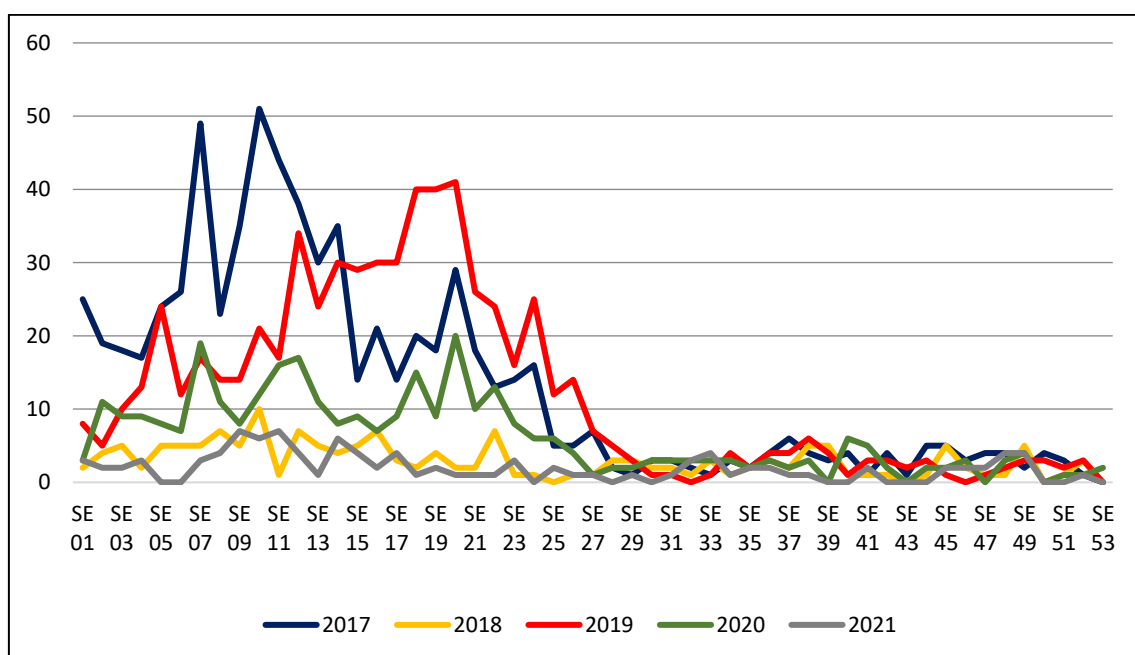
Fonte: SINAN on line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.13 – Casos prováveis de zika, por ano de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021

Ano					Total
2017	2018	2019	2020	2021	
703	157	639	326	104	1929

Fonte: SINAN on line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Figura 3.9 – Curva epidêmica dos casos prováveis de zika, por semana epidemiológica de início de sintomas – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN net/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Exames Laboratoriais). A mesma solicitação pode ser feita pela URS ao Nível Central em caso de necessidade de apoio, quando o óbito for de maior complexidade.

Não houve óbitos confirmados por zika no estado de Minas Gerais no período de 2017 a 2021. Entretanto, no mesmo período, ocorreram 255 óbitos por dengue. Destes, 195 (76,47%) ocorreram em 2019, por se tratar de um ano epidêmico. Com exceção de 2018, em que a microrregião de saúde com mais óbitos confirmados foi a Oeste (8 óbitos dos 14 deste ano), nos outros anos a com mais óbitos por dengue foi a Centro, com 102 (40%) dos 255 óbitos (Tabela 3.14).

Com relação aos óbitos confirmados por chikungunya, de 2017 a 2021 foram contabilizados 19 óbitos. O ano de 2017 foi o mais representativo, com 15 (78,95%) óbitos, 13 deles na macrorregião Leste. Em 2018 foram registrados dois óbitos no estado, ambos no Vale do Aço. Em 2019 e 2021 houve um óbito por chikungunya registrado em cada uma das macrorregiões Noroeste e Centro. Em 2020 não foram registrados óbitos por chikungunya (Tabela 3.15).

Febre amarela

Entre 2017 e 2021 foi verificado o caráter

Tabela 3.14 – Distribuição de óbitos confirmados por dengue, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	2	0	5	2	0
Centro sul	0	0	1	0	0
Centro	5	1	89	5	2
Jequitinhonha	0	0	0	1	1
Oeste	1	8	18	0	0
Leste	1	0	0	0	1
Sudeste	1	0	19	1	1
Norte	1	1	2	0	2
Noroeste	2	1	21	1	0
Leste do Sul	0	0	0	1	1
Nordeste	3	0	0	2	0
Triângulo do Sul	1	1	7	1	0
Triângulo do Norte	2	2	33	3	0
Vale do Aço	0	0	0	2	0

Fonte: SINAN on line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 3.15 – Distribuição de óbitos confirmados por chikungunya, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	0	0	0	0	0
Centro sul	0	0	0	0	0
Centro	0	0	0	0	1
Jequitinhonha	0	0	0	0	0
Oeste	0	0	0	0	0
Leste	13	0	0	0	0
Sudeste	0	0	0	0	0
Norte	0	0	0	0	0
Noroeste	0	0	1	0	0
Leste do Sul	0	0	0	0	0
Nordeste	1	0	0	0	0
Triângulo do Sul	0	0	0	0	0
Triângulo do Norte	0	0	0	0	0
Vale do Aço	1	2	0	0	0

Fonte: SINAN on line/CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

epidêmico para febre amarela silvestre (FAS) em humanos nos períodos de monitoramento de 2016/2017 e 2017/2018, que é um modelo de vigilância adotado pelo Ministério da Saúde (MS), considerado padrão sazonal de ocorrência de casos humanos a partir da análise de uma série histórica, com avaliação anual, iniciada em julho e encerrada em junho do ano seguinte.

No período de 2016/2017 os casos de FAS se distribuíram principalmente nas macrorregiões de saúde Nordeste, Leste, Vale do Aço e Leste do Sul. Foram registrados 475 casos confirmados. Destes, 162 evoluíram para óbito. No período de 2017/2018, registraram-se 531 casos confirmados, dos quais 178 evoluíram para óbito. As principais macrorregiões com maior ocorrência de casos no período foram a Centro Sul e a Sudeste, bem como parte da Centro, Leste do Sul, Oeste e Sul. Desde maio de 2018 não há registro de casos humanos confirmados em Minas Gerais por critério laboratorial (Tabela 3.16 e Figura 3.10).

Quanto ao perfil epidemiológico dos casos de FAS, para ambos os períodos de monitoramento houve predomínio de casos em pacientes do sexo masculino, que corresponderam a 84,6% (2016-2017) e 86,0% (2017-2018), respectivamente. Quanto à faixa etária, houve predomínio de casos entre 40 a 49 anos. Cabe destacar que a letalidade ocorreu proporcionalmente nas faixas etárias acima de 40 anos. O acometimento do sexo masculino e da faixa etária entre 40 e 49 anos pode inferir um perfil ocupacional que ocasiona em maior exposição ao vetor e maior susceptibilidade à infecção, bem como à resistência maior dos indivíduos do sexo masculino à vacinação (SILVA *et al.*, 2018).

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) visa levantar informações so-

bre adoecimento e/ou morte destes animais, de modo a detectar oportunamente a circulação do vírus amarelo, possibilitando o planejamento e a execução de ações de prevenção e controle do agravo, especialmente entre humanos e de maneira oportuna.

Para o período de monitoramento compreendido entre 2017 e 2018 foram notificadas 1.574 epizootias, com a confirmação para o vírus amarelo em 121 delas. No período de monitoramento 2018/2019 houve o registro de 638 epizootias, com apenas uma confirmação para o vírus. No período 2019/2020 foram registradas 296 epizootias, não havendo confirmação para circulação do vírus. Já no período de monitoramento 2020/2021 foram registradas 207 epizootias, com 2 confirmadas para o vírus amarelo ocorridas nas macrorregiões Noroeste (Unaí) e Norte de Minas (Juramento), provavelmente decorrentes de rotas de dispersão do vírus em unidades federadas limítrofes a Minas Gerais como o Distrito Federal e Goiás com epizootias confirmadas. Já no período 2021/2022 foram registradas 446 epizootias, com confirmação para o vírus amarelo em 20 epizootias.

Com relação ao último período de monitoramento aqui abordado, observa-se maior frequência de ocorrência de registros de epizootias nas macrorregiões de saúde de Norte, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Centro, com concentração dos casos confirmados para o vírus na Norte, Centro e Triângulo do Sul. (Figura 3.11). É possível perceber maior sensibilização para o registro e as coletas de epizootias, com incremento entre os dois últimos períodos de monitoramento de 239 epizootias registradas (+115,5%) e de 18 confirmações (+900%). Destaca-se a não ocorrência de confirmação de casos de febre amarela em humanos desde 2018. A redução dos casos e o

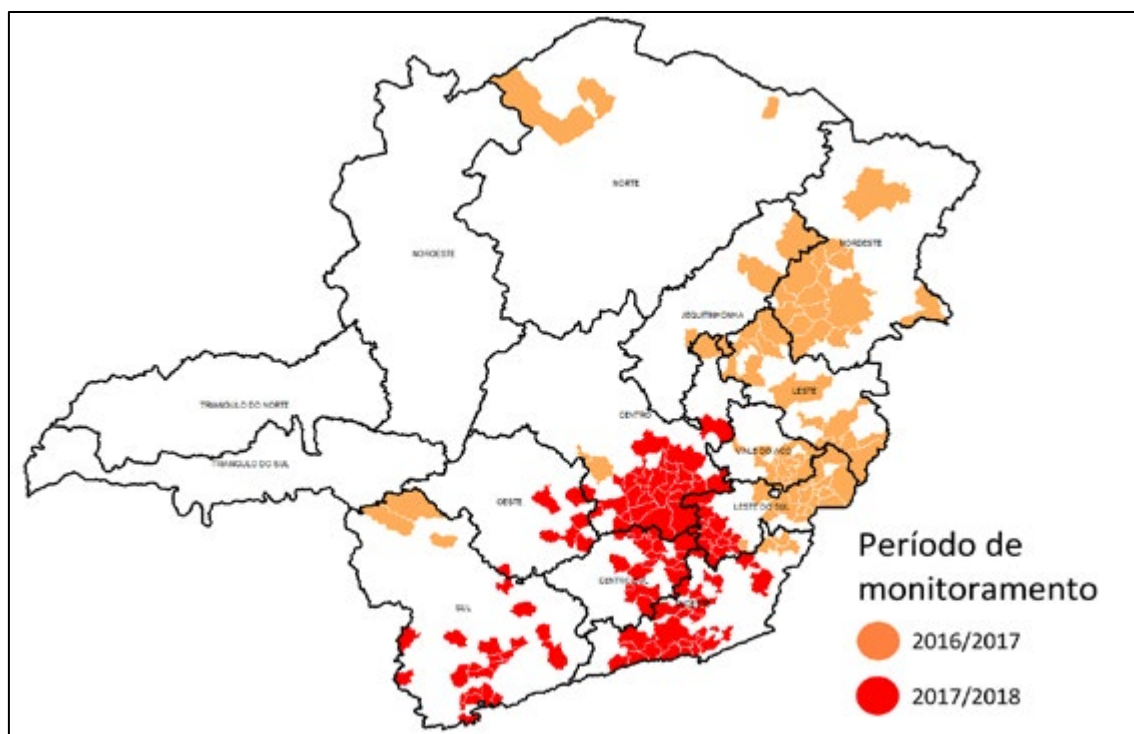
Tabela 3.16 – Número de casos confirmados e óbitos por Febre Amarela Silvestre – Minas Gerais, 2016 a 2021

Período	Evolução		Total
	Cura	Óbito	
2016/2017*	313	162	475
2017/2018*	353	178	531
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
Total	666	340	1.006

Nota: Período de monitoramento (julho de 2016 a junho de 2017 e julho de 2017 a junho de 2018)

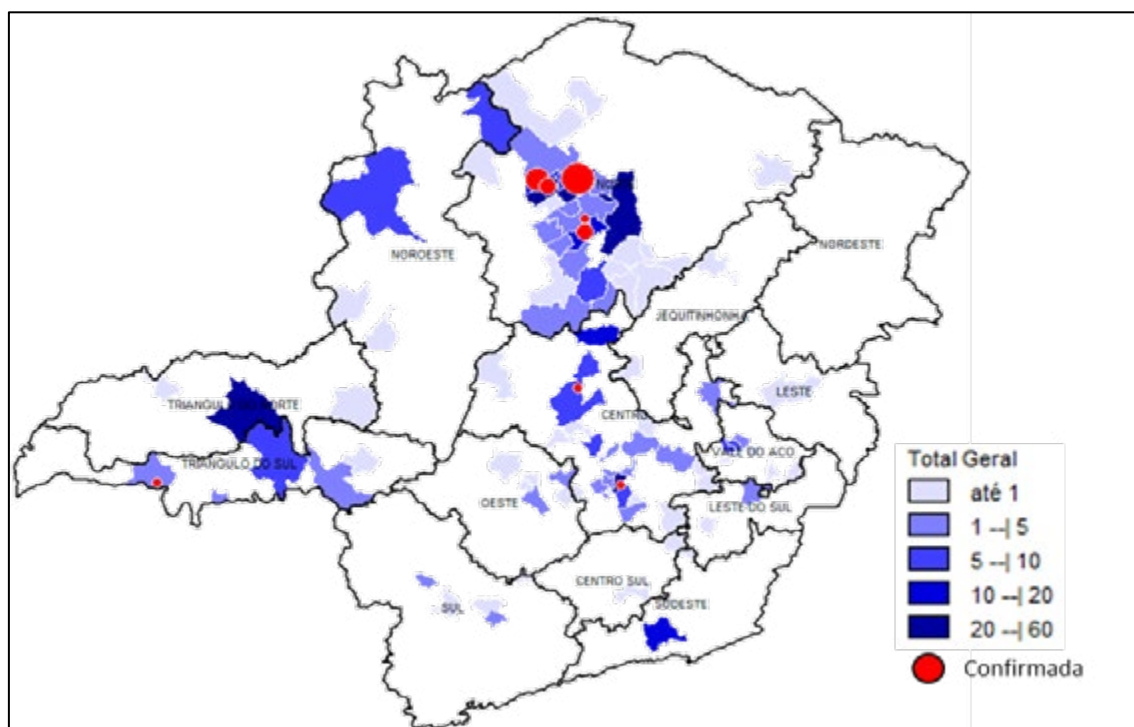
Fonte: CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Figura 3.10 – Casos confirmados de Febre Amarela Silvestre, por período de monitoramento, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, julho de 2016 a junho de 2017 e julho de 2017 a junho de 2018



Fonte: CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Figura 3.11 – Frequência de registro de epizootias em primatas não humanos (PNH) e epizootias confirmadas para o vírus amarelo, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2021 a 2022



Nota: Período de monitoramento: julho de 2021 a junho de 2022

Fonte: CEVARB/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

aumento da sensibilização para registros e coletas de epizootias são consequência de estratégias prioritárias de vigilância, alinhado ao apresentado por Gava *et al.* (2022), e que visam superar ações pontuais e de emergência (SILVA *et al.*, 2018), tais como:

- Organização da rede laboratorial e formação de equipes de campo com estabelecimento de fluxo para notificação e envio de material para diagnóstico em PNH para detecção oportuna de circulação viral;

- Atividades de controle vetorial (controle do *Aedes*) conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, aplicação de inseticidas em áreas críticas (área urbana e periurbana);

- Ações de Educação em Saúde voltadas para profissionais de saúde, que visam o fortalecimento da vigilância laboratorial e a implantação do sistema de informação por meio da realização da oficina sobre o SISS-geo em setembro de 2021 pelo MS e replicação das oficinas de forma regionalizadas pelas URS em 2021 e 2022;

- Realização de treinamento para coleta e necropsia de Epizootia em PNH para vigilância da febre amarela, em parceria com o Laboratório de Zoonoses de Belo Horizonte;

- Fortalecimento e divulgação de campanhas de mídia para vacinação contra a febre amarela, como principal estratégia de enfrentamento à doença em seres humanos.

Ações inovadoras para a vigilância e o controle de arboviroses

No período de 2017 a 2021 as iniciativas inovadoras para o controle das arboviroses em desenvolvimento, o que se tem efetivamente implantado é o Método *Wolbachia*, tecnologia autossustentável, de propriedade do *World Mosquito Program* e execução pela Fiocruz, no Brasil, em três cidades: Belo Horizonte (MG), Campo Grande (MS) e Petrolina (PE) (WMP, 2022).

Na Capital mineira, o projeto piloto teve início em 2020, com o apoio operacional da PBH, na região Venda Nova, em três áreas contíguas, onde alcançou uma extensão de 63,2km² e uma população de 444.230 pessoas. Em 2021, um Ensaio Clínico Controlado Ran-

domizado (RCT), denominado “Projeto Evita Dengue”, foi realizado na área, visando avaliar a eficácia do método implantado no controle de arboviroses, com a colaboração da UFMG, Emory University e Yale.

No momento, as solturas de mosquitos *A. aegypti* com a bactéria *Wolbachia* já foram concluídas e o monitoramento por meio de ovitrampas mostrou que a população do inseto foi bem estabelecida. Minas Gerais pretende implantar a maior biofábrica da América Latina para a produção de *A. aegypti* com a *Wolbachia*, a qual faz parte do conjunto de projetos financiados a partir do acordo judicial firmado com a Vale S.A., como compensação pelos danos causados pelo rompimento da barragem da Vale em Brumadinho em 2019.

O projeto, que compreende as fases de regularização burocrática, construção da biofábrica e operacionalização por cinco anos, encontra-se em processo de finalização da auditoria pela Fundação Getúlio Vargas, para, em seguida, passar à fase de início da construção. Espera-se que o método, a ser implantado nos municípios que sofreram danos com o rompimento da barragem, surta efeito positivo como mais uma ação complementar ao conjunto de medidas de controle das arboviroses transmitidas pelo *A. aegypti*.

Em 2019, Minas Gerais iniciou participação no projeto ArboControl. Especificamente, contribuiu para o desenvolvimento do *software* do SISVetor, com a participação ativa da URS Sete Lagoas e da equipe municipal do controle vetorial, do laboratório entomológico e da gestão do município de Sete Lagoas.

Outras iniciativas em desenvolvimento desde 2020 são os projetos “Avaliação de novas alternativas de vigilância e controle de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, principais vetores de arbovírus de importância em saúde pública” e “Avaliação da eficácia do Sistema *Aero System* no controle de *Aedes* utilizando ovitrampas e armadilhas BG GAT como metodologia de monitoramento de densidade de vetores em Pará de Minas/Minas Gerais”. Ambos são executados pelo IOC/Fiocruz em parceria com a SMS de Pará de Minas e colaboração do MS, da URS Divinópolis e das áreas técnicas do nível central da SES/MG.

Referências

WORD MOSQUITO PROGRAM. **Método *Walbachia***. Monash University. Vitória,

Austrália, 2022.

Doenças e agravos transmissíveis

Buscas ativas/retrospectivas de Paralisia Flácida Aguda (PFA) e/ou exantemáticas por ano nos serviços de saúde

A poliomielite, pólio ou paralisia infantil, é uma doença contagiosa aguda, provocada por poliovírus 1, 2 e 3. Caracteriza-se por paralisia súbita e irreversível, geralmente nos membros inferiores. O sarampo é uma doença viral altamente transmissível, caracterizada pela presença de febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais sinais e sintomas gripais. As duas doenças podem apresentar complicações que em casos mais graves ocasionam a morte do infectado.

Desde 1985 o estado de Minas Gerais não registra casos da doença por poliovírus selvagem. O Brasil desde 1994 tem recebido da OMS a Certificação de área livre de circulação do Poliovírus Selvagem, juntamente com os demais países das Américas. Já o sarampo teve sua reemergência observada globalmente no período de 2017 a 2019, inclusive no Brasil, que perdeu o certificado de país livre do sarampo em 2019.

No cenário global a poliomielite nos últimos anos permanece endêmica para o poliovírus selvagem tipo 1 em dois países e diversos outros têm confirmado casos de poliomielite por derivado vacinal do tipo 1 (cVDPV1), do tipo 2 (cVDPV2) e do tipo 3 (cVDPV3). O vírus do sarampo circula de forma endêmica em diferentes países, inclusive em surtos no Brasil. Este cenário representa um risco potencial de disseminação internacional até que as doenças sejam completamente erradicadas do mundo.

Os Planos de Resposta Estratégica a Surtos contra as duas doenças, da Organização Mundial de Saúde, recomendam que sejam realizadas, periodicamente, avaliações de risco. Isso para fortalecer a preparação e resposta, a investigação de cada surto, a implementação rápida de intervenções eficazes para interromper a transmissão e a manutenção de elevados níveis de imunidade da população, por meio de alta cobertura vacinal e de uma vigilância epidemiológica da doença ativa e sensível. A realização sistemática e periódica de busca ativa é uma das estratégias para aumentar a sensibilidade assistencial e de vigilância em Saúde.

De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde, faz-se necessária a realização de busca

ativa de casos das doenças. O propósito de sua realização é identificar aqueles casos ainda não notificados ou, ainda, identificar casos adicionais (secundários ou não). Tal procedimento consiste em recorrer a prontuários, entrevista com profissionais de saúde nas Unidades de Saúde, como, hospitais, pronto atendimento e Unidades Básicas de Saúde e/ou entrevistas com a comunidade.

Com relação ao indicador de proporção geral de municípios do estado que realizaram duas buscas ativas/retrospectivas de paralisia flácida aguda (PFA) e/ou exantemáticas por ano nos serviços de saúde, apesar de ser ação sistematicamente recomendada, não há registro de dados referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019 reportados ao nível central da SES-MG pelos territórios que realizaram as ações, situação considerada como silenciosa para a vigilância epidemiológica. Na avaliação do indicador no que tange a doenças exantemáticas, a ação foi retomada somente em 2022. Ressalta-se que em anos anteriores eram feitas orientações para a execução das buscas ativas referentes a esses agravos, cabendo os controles, registros e cobranças às Unidades Regionais de Saúde.

De abril a dezembro de 2021, 62 municípios (7,3%) de 13 das 14 macrorregiões de saúde enviaram regularmente formulários de busca ativa de PFA, totalizando no ano a revisão de 176.753 prontuários e notificação/investigação retroativa de nove casos de paralisia flácida aguda em crianças e adolescentes menores de 15 anos.

A Tabela 3.17 mostra que em 2021 e 2022 nenhuma macrorregião de saúde obteve percentual de no mínimo 80% neste indicador, em que o maior percentual obtido neste indicador, para 2020 e 2021, coube às macrorregiões Nordeste (18,42%) e Norte (15,12%), respectivamente. O baixo percentual da ação associado a situação de predominante vigilância silenciosa, que se cruzam com os baixos registros de cobertura vacinal e o risco iminente da ocorrência de introdução e/ou surtos das doenças, reforçam a importância de qualificar e sensibilizar os profissionais de saúde quanto às ações de vigilância oportunas e efetivas.

Em 2022 Minas Gerais organizou um dia temático para realização de busca ativa para todos os municípios. Recebeu os registros da

ação por intermédio do *Formulário on-line*: 524/853 (61,43%) municípios registraram a realização. Apenas as macrorregiões Sul, Norte e Nordeste (Figura 3.12) alcançaram a meta proposta para esse indicador, que é de 80%.

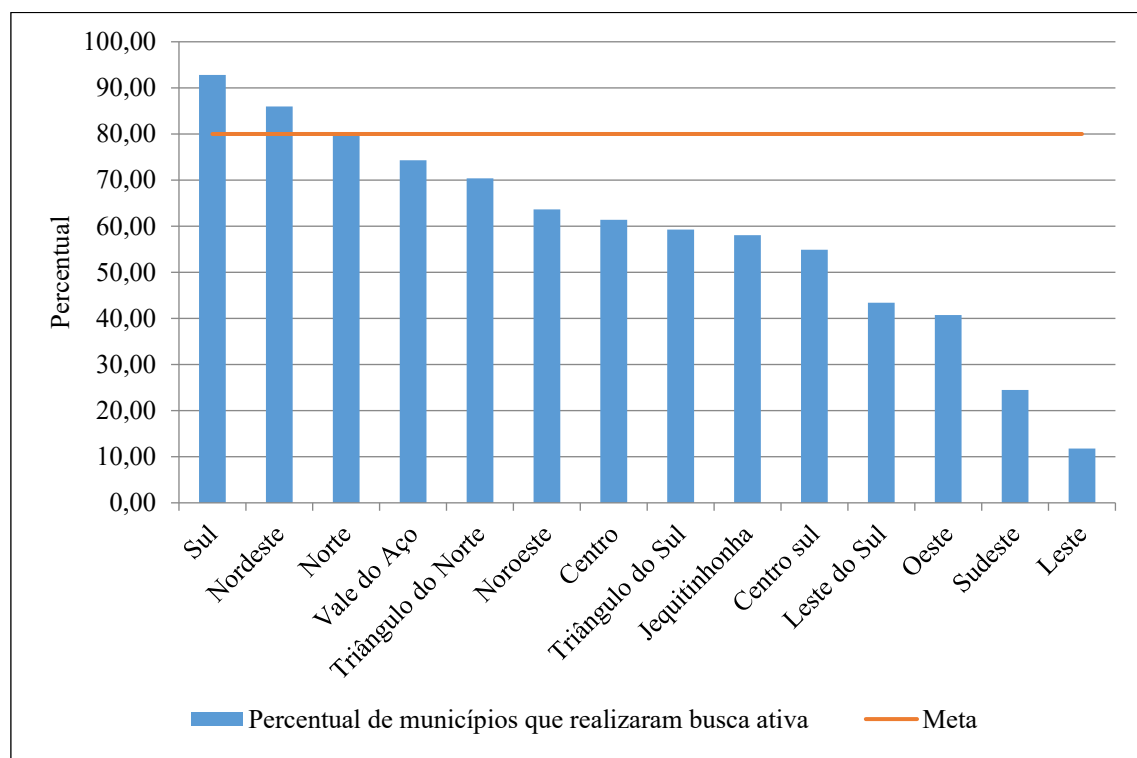
Tabela 3.17 – Proporção geral de municípios que realizaram duas buscas ativas/retrospectivas de Paralisia Flácida Aguda (PFA) e/ou exantemáticas, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	Percentual de municípios que alcançaram o indicador				
	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	-	-	-	2,27	5,84
Centro sul	-	-	-	2,94	5,88
Centro	-	-	-	5,45	10,89
Jequitinhonha	-	-	-	4,84	9,68
Oeste	-	-	-	0,00	0,00
Leste	-	-	-	1,96	3,92
Sudeste	-	-	-	2,66	4,26
Norte	-	-	-	4,65	15,12
Noroeste	-	-	-	3,03	3,03
Leste do Sul	-	-	-	4,72	11,32
Nordeste	-	-	-	18,42	3,51
Triângulo do Sul	-	-	-	3,70	3,70
Triângulo do Norte	-	-	-	9,26	11,11
Vale do Aço	-	-	-	7,14	11,43

Nota: Sem registro de dados de 2017, 2018 e 2019

Fonte: CDTA/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Figura 3.12 – Percentual de municípios com realização de busca ativa de doenças exantemáticas por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2022



Nota: Dados atualizados na Semana Epidemiológica 27 de 2022 e sujeitos a alteração

Fonte: SINAN/CDAT/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Casos suspeitos de sarampo ou rubéola encerrados por critério de laboratório (swab ou sorologia específica)

Em Minas Gerais foram confirmados casos importados da doença em 2013. O País perdeu o Certificado de Eliminação do Sarampo em 2019, após um ano de circulação do vírus do mesmo genótipo, com confirmação de 20.901 casos. Destes, 159 foram confirmados no estado. Em 2020 foram confirmados 22 casos.

Desde então não foram confirmados mais casos da doença em Minas Gerais. Outros quatro estados confirmaram casos em 2022. Diante desse quadro, reforça-se que todos os casos suspeitos devem ser notificados imediatamente pelos serviços de saúde, investigados, realizadas coleta de material para exame (sangue e secreção nasofaríngea) e encerrados no prazo máximo de 60 dias, o que caracteriza encerramento oportuno.

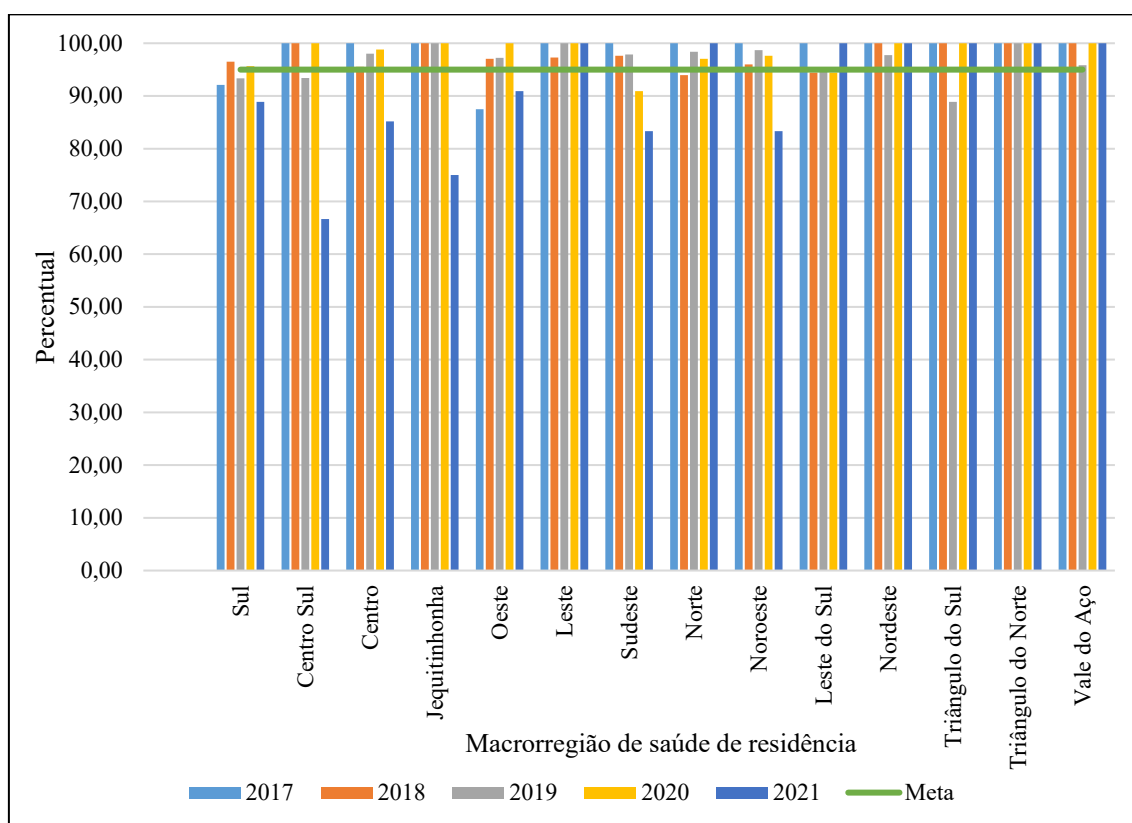
De 2017 a 2021 foram notificados 3.563 casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) no estado, com 96,43% dos casos com encerramento pelo critério laboratorial

(laboratório, clínico epidemiológico e data da última dose de vacina), atingindo a meta estabelecida de 95% dos casos do indicador. A Figura 3.13 mostra a distribuição dos casos notificados por macrorregião de saúde, atendendo-se para o ano 2021, em que sete macrorregiões (50%) não conseguiram alcançar a meta, necessitando, portanto, de atenção para o manejo e a condução aos casos suspeitos.

Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

As doenças diarreicas agudas (DDAs) correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorrem a diminuição da consistência das fezes, o aumento do número de evacuações (mínimo de três episódios em 24 horas) e, em alguns casos, a presença de muco e sangue (disenteria). São autolimitadas, com duração de até 14 dias. O quadro clínico pode evoluir para desidratação, de leve a grave. Quando tratadas incorretamente ou não tratadas, podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer

Figura 3.13 – Proporção geral de casos suspeitos de doenças exantemáticas (sarampo ou rubéola) encerrados por critério de laboratório, por ano de notificação e macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SINAN Net/CDAT/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

óbito, principalmente quando associadas a quadros de desnutrição.

A vigilância da morbidade por Doença Diarreica Aguda (DDA) precisa ser sistematicamente monitorada e analisada, a fim de identificar sua magnitude e a circulação dos agentes etiológicos causadores de quadros sindrômicos, para, assim, identificar o perfil epidemiológico em cada território, além do risco de ocorrência de emergências em saúde pública decorrentes de agravos emergentes e reemergentes e da introdução de agravos inusitados. Essa vigilância deve ser efetuada por todos os municípios e em todas as semanas, de modo a subsidiar a adoção de medidas de prevenção oportuna pela Saúde.

Com relação ao indicador de saúde que avalia a proporção geral de semanas epidemiológicas com casos de DDA atendidos por ano em cada macrorregião de saúde (Tabela 3.18), percebe-se que a maioria não alcançou a meta de 80% ou mais de semanas com informação de DDA na série avaliada.

A macrorregião Sul foi a única a alcançar a meta de notificações por semana epidemiológica, ou seja, acima de 80%, em 2017, 2018 e 2019. Nos anos seguintes observa-se uma queda de aproximadamente 15%, ocasionando o não cumprimento da meta estabelecida. A maior porcentagem de notificações encontrada no período de 2017 a 2020 também ocorreu na macrorregião Sul. Em contrapartida, a macrorregião Leste registrou os menores valores em todos os anos registrados.

A macrorregião Triângulo do Sul apresentava em 2017 um baixo índice de notificações, mas nos anos seguintes houve uma melhora significativa. Todavia, em 2020 e 2021 os índices voltaram a decair. Corroborando com esses dados, em 2020 e 2021 ocorreu o menor número de notificações, atingindo somente 32,5% na macrorregião Leste em 2020.

Os dados revelam que o número de notificações de 2020 caiu 13% em relação ao ano anterior, visto que em 2021 os números de notificação foram praticamente iguais aos de 2020. Nesse sentido, pode-se entender que houve impacto do período agudo da pandemia de COVID-19 nas notificações das DDA. Não houve uma retomada aos padrões de 2019, em que a tendência era de crescimento das notificações, o que diverge do cenário de estagnação dessa vigilância nos dois anos seguintes.

As demais macrorregiões de Minas Gerais apresentaram índices com queda em 2020 e estabilização em 2021. Diante desse cenário, para se retornar os padrões mais elevados de sensibilidade de notificação de casos, é necessário que ocorra o cadastro de unidades sentinelas em localidades estratégicas. Que representem o perfil de adoecimento de cada região, além de capacitar esses profissionais para informar os dados semanalmente. Este trabalho vem sendo feito pela vigilância epidemiológica, mediante capacitações e auxílio na rotina das Unidades Regionais de Saúde, para que possam realizar esse acompanhamento com os municípios. O resultado esperado

Tabela 3.18 – Porcentagem geral de semanas epidemiológicas com casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA), por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	80,0	80,7	83,1	70,4	65,5
Centro sul	69,6	70,7	76,1	60,8	62,8
Centro	57,7	59,9	64,7	53,8	52,9
Jequitinhonha	61,2	59,8	60,6	50,3	53,6
Oeste	54,3	52,4	59,4	54,9	54,8
Leste	45,6	46,6	48,9	32,5	33,4
Sudeste	54,6	56,0	59,4	41,3	38,3
Norte	63,2	64,1	63,1	48,6	48,4
Noroeste	77,0	77,0	80,2	59,7	61,9
Leste do Sul	52,0	54,6	54,0	41,7	38,3
Nordeste	63,3	64,7	71,7	55,3	58,9
Triângulo do Sul	66,4	71,2	76,7	62,2	64,3
Triângulo do Norte	76,2	76,9	75,5	62,4	68,5
Vale do Aço	69,8	70,7	66,6	56,4	65,9

Fonte: SIVEP DDA, adaptada pela CDAT/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

no final de 2022 é o crescimento do número de notificações, para encerrar esse cenário de estagnação e começar uma nova tendência de crescimento.

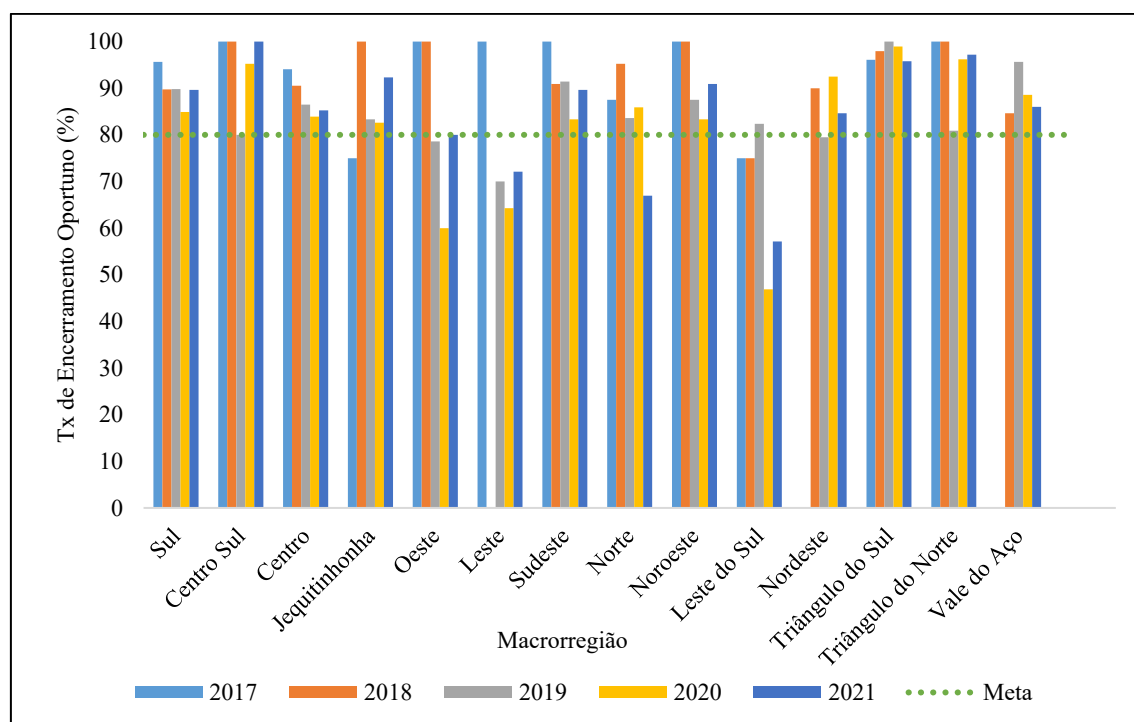
Toxoplasmose gestacional

A toxoplasmose é uma doença negligenciada e amplamente difundida no mundo, com prevalência mundial em torno de 30% e no Brasil entre 40% a 80%. Em 2017 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria de Consolidação número 4, recomendou o monitoramento dos casos de toxoplasmose congênita e toxoplasmose gestacional aguda, com notificação semanal, para permitir um melhor diagnóstico etiológico, mas, acima de tudo, de realizar, de forma oportuna, ações pertinentes de prevenção e controle desse agravo, visando, principalmente, evitar o aparecimento de sequelas graves em neonatos e infantes.

A Figura 3.14 apresenta as taxas de encerramento oportuno das notificações da toxoplasmose gestacional (casos encerrados oportunamente/casos notificados) no período de 2017 a 2021 por macrorregião de saúde no estado de Minas Gerais.

No período estudado observa-se um aumento do número de notificações, relacionado à implantação e estruturação da Vigilância Epidemiológica a nível tanto federal quanto estadual, refletindo na melhoria das consistências dos dados e, por consequência, dos indicadores desse agravo. Em 2017 as macrorregiões Vale do Aço e Nordeste não apresentaram nenhuma notificação e as de Jequitinhonha e Leste do Sul apresentaram 75% das notificações encerradas oportunamente, abaixo da meta de 80%. Em 2018 a macrorregião Leste não notificou casos de toxoplasmose gestacional e a Leste do Sul ficou abaixo da meta proposta, repetindo a taxa do ano anterior de 75%. Em 2019 as macrorregiões Leste e Oeste apresentaram os indicadores de 70% e 79%, respectivamente. Em 2020, as macrorregiões Oeste, Leste e Leste do Sul, apresentaram, respectivamente, 60%, 64% e 47% dos casos encerrados oportunamente, sendo as menores taxas registradas na série. As demais macrorregiões também apresentaram quedas neste indicador quando comparadas ao ano anterior, o que pode ser explicado pelo contexto pandêmico, no qual os esforços da vigilância foram direcionados ao controle e moni-

Figura 3.14 – Proporção geral de casos de toxoplasmose gestacional investigados e encerrados oportunamente, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2017 a 2021



Nota: (n) é o total de casos notificados no ano referenciado

Fonte: SINAN/CDAT/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

toramento da pandemia. Em 2021 as macrorregiões Leste, Norte e Leste do Sul apresentaram os indicadores abaixo de 80% (72%, 67% e 57, respectivamente).

Infere-se que, apesar de a maioria das macrorregiões apresentar no período avaliado encerramento oportuno dos casos notificados (acima de 80%), indicando uma agilidade do programa de vigilância em detectar e descartar os casos de toxoplasmose gestacional, os dados gerais apontam para uma possibilidade de subnotificação dos casos. No entanto quando comparados os anos de 2021 e 2017, percebe-se que a incidência nos últimos anos está mais próxima da realidade, mesmo considerando as inconsistências de registros e a subnotificação de descartar os não casos de toxoplasmose notificados.

Os resultados apresentados refletem a fragilidade das informações referidas no SINAN, limitando sua utilização como ferramenta essencial para vigilância e controle da toxoplasmose em Minas Gerais. Embora a utilização dos bancos de dados para análises contribua para a melhoria da sua qualidade, é imprescindível empregar esforços na identificação de suas deficiências, propondo medidas para seu aprimoramento. É primordial sensibilizar e motivar os profissionais que geram os dados sobre a importância destes dados e sobre a consequente necessidade do registro adequado. Isso evidencia a necessidade de promover intervenções na qualificação do diagnóstico precoce, para melhorar a qualidade de vida das famílias e das crianças afetadas.

Meningites

A meningite ocorre o ano todo, em todos os países, de forma endêmica. É causada por vários agentes etiológicos, como, bactérias, vírus, fungos e parasitas. Sua incidência é diferente nas diversas regiões e municípios de Minas Gerais. O controle é realizado por meio de uma vigilância constante, pelo serviço de Vigilância Epidemiológica, envolvendo as secretarias municipais e estaduais e o Ministério de Saúde, devido à transmissibilidade, patogenicidade e potencial de causar epidemias. Entre as bacterianas, são mais visadas em termos de saúde pública: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* (meningococo). A meningite bacteriana é uma condição com risco de vida, requerendo reconhecimento e tratamento imediatos.

Os dados de vigilância laboratorial são essenciais para rastrear a disseminação de cepas menos suscetíveis e fornecer orientação na seleção empírica de agentes antimicrobianos. Para todos os três patógenos da meningite bacteriana foi identificada resistência antimicrobiana, afetando o tratamento dos pacientes e a quimioprofilaxia de contatos próximos.

Os *Isolados de N. meningitidis* resistentes a sulfonamidas são comuns em muitos países. Isolados resistentes a rifampicina, penicilina, cloranfenicol, cotrimoxazol, ceftriaxona e ciprofloxacina também foram identificados (WU, 2009). A resistência aos antimicrobianos beta-lactâmicos é comum em *H. influenzae*, a maioria dos quais produz beta-lactamase.

Os *Isolados de S. pneumoniae* foram relatados com resistência a beta-lactâmicos, macrolídeos, tetraciclina e trimetoprima/sulfametoxazol. A proporção crescente de pneumococos resistentes à penicilina e o desenvolvimento de resistência à ceftriaxona têm grandes implicações para o tratamento e torna a prevenção por meio da vacinação muito mais importante (RAINBOW, 2005).

A análise dos critérios laboratoriais utilizados para a confirmação dos casos notificados no estado de Minas Gerais registrados no sistema de informação em saúde no período de 2017 a 2021, revela que todas as macrorregiões não atingiram minimamente 90% dos casos suspeitos com coleta de líquido/sangue/soro para diagnóstico laboratorial (Tabela 3.19).

Em algumas macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais o cenário é de alerta máximo, devido à série histórica com tendência de muito baixa proporção de diagnóstico laboratorial. São elas: Jequitinhonha, Norte, Noroeste, Nordeste e Triângulo do Sul. Ressalta-se que o cenário nas outras macrorregiões também é de grande preocupação.

O diagnóstico laboratorial é de fundamental importância para se determinar o agente etiológico circulante e, dessa maneira, aplicar as medidas de controle pertinentes. É de primordial importância o diagnóstico laboratorial do agente etiológico, dada a existência de várias patologias que apresentam o mesmo quadro clínico de febre hemorrágica (dengue, leptospirose, hantavirose, febre maculosa etc.) e de meningite, (bactérias, vírus fungos e parasitas).

Tabela 3.19 – Proporção geral de casos suspeitos de meningites com diagnóstico laboratorial, por macrorregião de saúde de notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	81,8	69,0	76,0	82,1	71,1
Centro sul	57,5	43,2	80,8	61,9	55,6
Centro	81,9	83,1	81,3	79,9	82,1
Jequitinhonha	45,5	33,3	35,7	20,0	0,00
Oeste	72,2	68,3	74,7	71,9	45,0
Leste	74,2	53,3	50,0	57,1	75,0
Sudeste	87,0	84,0	88,8	73,5	69,4
Norte	42,9	39,6	48,2	39,3	67,2
Noroeste	61,3	44,4	67,3	55,6	26,9
Leste do Sul	85,7	73,8	73,9	53,3	50,0
Nordeste	39,1	39,1	65,4	58,6	50,0
Triângulo do Sul	60,8	41,3	45	40,8	45,9
Triângulo do Norte	81,1	75,0	79,4	75,6	75,3
Vale do Aço	82,5	87,7	88,3	75,0	83,5

Fonte: SINAN/CDAT/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Introdução

A Saúde Pública, mandatoriamente, deve pautar seus direcionamentos decisórios nas demandas populacionais, observando a disponibilidade de recursos e embasando-se nas evidências científicas, para conferir-lhes credibilidade. É nesse contexto de pilar decisório em saúde pública que se insere a Vigilância Laboratorial, fundamental à confirmação etiológica e ao monitoramento contínuo do comportamento de agravos de relevância coletiva.

A partir da sua implementação, em 2020, a Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) e o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/MG), na Fundação Ezequiel Dias (FUNED), têm desenvolvido ações estratégicas no âmbito da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP) e atuado no estabelecimento de parcerias técnico-científicas em diferentes esferas governamentais. Isso, para contribuir com a otimização da Rede no desenvolvimento de projetos tecnológicos e de pesquisas científicas que possam subsidiar a tomada de decisões assertivas e de políticas públicas baseadas em evidências, bem como para qualificar o monitoramento laboratorial de agravos de relevância coletiva, a exemplo das arboviroses. Neste capítulo, apresentam-se os indicadores de vigilância laboratorial monitorados atualmente pela CELP.

Arboviroses

As arboviroses urbanas (dengue, chikungunya e zika) são doenças infecciosas transmitidas pelo vetor *Aedes aegypti* e constituem-se em um dos principais problemas de saúde pública do país.

Diante da natureza multifatorial das arboviroses, caracterizadas por comportamento endêmico/epidêmico sazonal, pela circulação simultânea dos quatro sorotipos do vírus dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), do vírus chikungunya e do vírus zika e, ainda, pelo contágio vetorial difuso, faz-se necessário promover sua vigilância laboratorial contínua, a fim de subsidiar condutas relativas a esses agravos à saúde populacional (BRASIL, 2021). As técnicas laboratoriais utilizadas para a detecção das arboviroses e o rastreamento dos subtipos virais de dengue consistem no ensaio imunoenzimático (Enzimaimunoensaio para a detecção de IgM/Reação Imunoenzimática de

Captura – MAC ELISA), isolamento viral e Biologia Molecular (RT-PCR em tempo real) realizados pelos laboratórios de referência da rede e pelo LACEN/MG (FUNED, 2020). Especificamente nesta análise foram considerados os métodos imunoenzimáticos e RT-PCR em tempo real.

Dengue

No estado de Minas Gerais, entre janeiro de 2017 e julho de 2022, foram realizados 184.581 exames laboratoriais para a investigação de casos suspeitos de dengue. Dentre estes, 91,8% consistiram em ensaios imunoenzimáticos (169.513 testes) e 8,2% na técnica de RT-PCR (15.068 testes). Dos índices de positividade geral por metodologia, 38,09% referem-se a ao ensaio imunoenzimático e 14,71% ao RT-PCR.

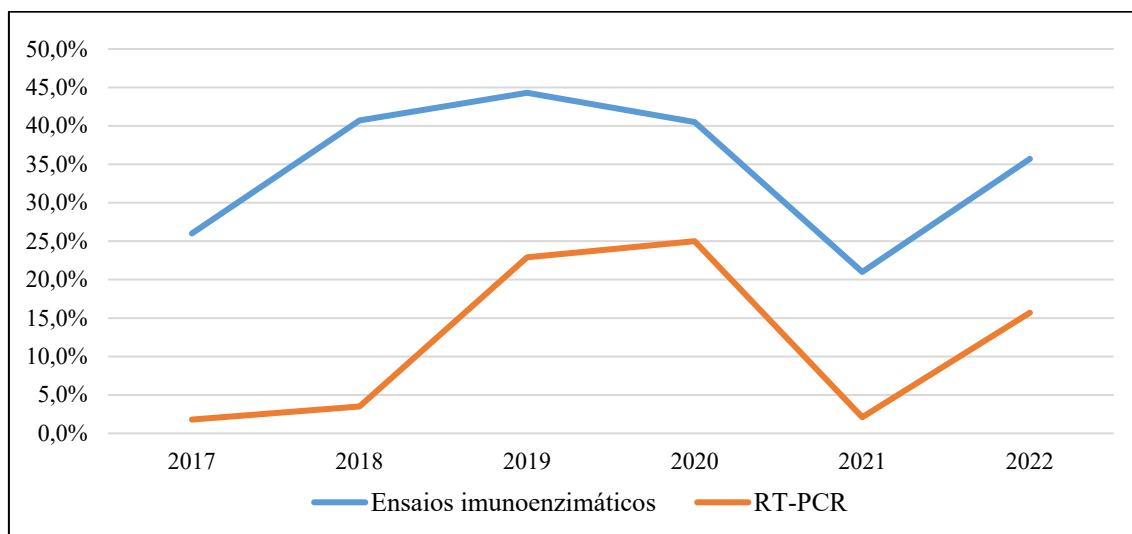
A avaliação da proporção de exames positivos por ano permite identificar um pico de positividade nos ensaios imunoenzimáticos realizados em 2019 (44,3%), que reflete o cenário da epidemia de dengue vivenciada em Minas Gerais naquele período (Figura 4.1). De forma similar, observa-se a manutenção das taxas de positividade equivalentes e elevadas para os exames de RT-PCR, realizados entre 2019 e 2020, seguida de queda significativa em 2021, durante o período crítico da pandemia da COVID-19.

A Figura 4.2 apresenta a positividade dos testes, expressa por semana epidemiológica, em cada ano da série histórica. Destacam-se em todos os anos a maior concentração de exames positivos no intervalo entre a 8ª e a 28ª semana epidemiológica, o que corrobora a característica de sazonalidade da dengue.

Entre 2017 e 2022, a macrorregião Centro concentrou o maior número absoluto de exames de dengue realizados, perfazendo um total de 50.566 (27,4%), em contrapartida a Leste do Sul, que apresentou o menor número, com total de 1.972 exames realizados (1,06%).

É importante salientar que a análise de distribuição dos exames realizados deve ser observada com mais critério, à luz da proporção de habitantes por região. Analisando a taxa anual de exames/100.000 habitantes, a Figura 4.3 apresenta a heterogeneidade da taxa dos exames ELISA (IgM e MAC-ELISA), por macrorregião e por ano, evidenciando uma oscilação da testagem a partir de 2017, com

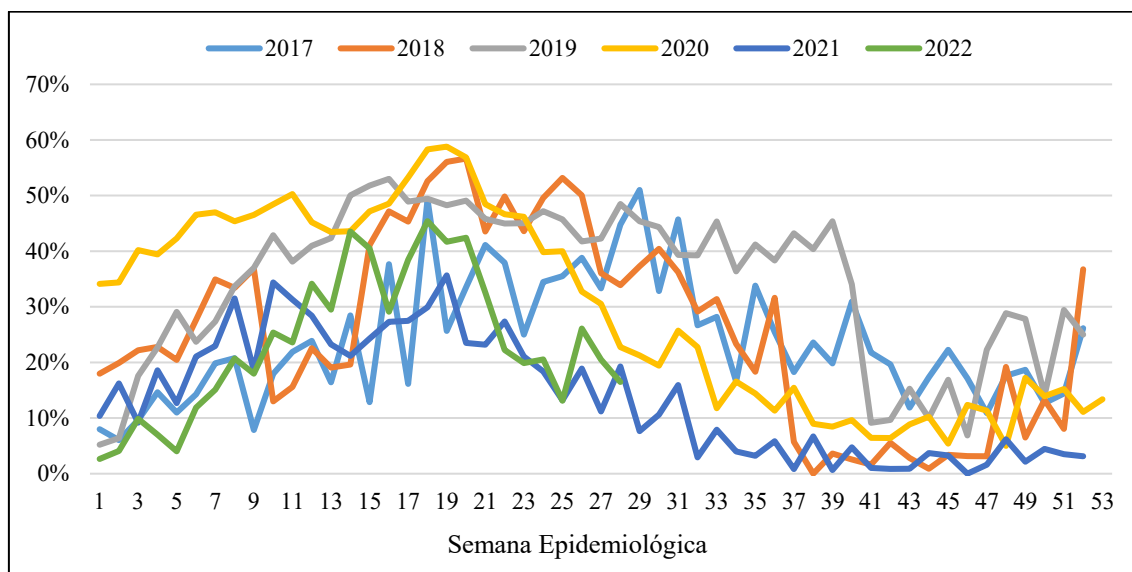
Figura 4.1 – Porcentagem de exames positivos para dengue (ensaio imunoenzimático e RT-PCR), por ano – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Para 2022 foram considerados apenas os dados informados até 15 de julho de 2022

Fonte: Elaborado pela Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com base nos dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed

Figura 4.2 – Porcentagem de exames positivos para dengue (ensaio imunoenzimático e RT-PCR), por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Para a análise foram utilizados dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, atualizados em 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

pico em 2019, ano epidêmico (aproximadamente 500 exames/100.000 habitantes na macrorregião Norte), seguida de queda gradativa das taxas nos anos posteriores.

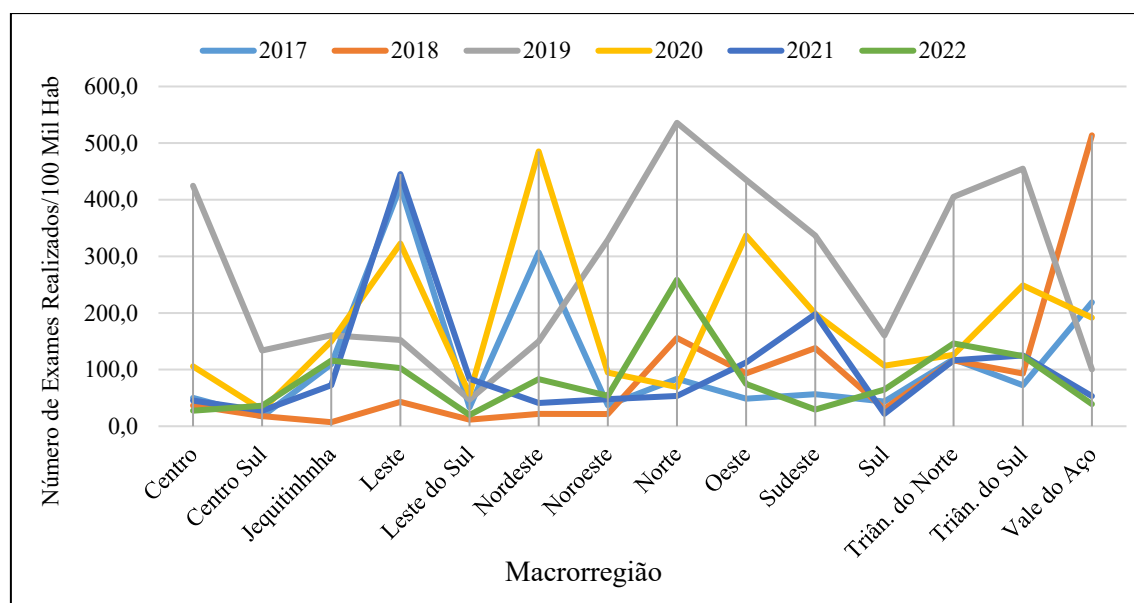
A Figura 4.4, demonstra a taxa de testagem anual de dengue por macrorregião de saúde utilizando o método RT-PCR, sendo registra-

da uma elevação significativa dessas taxas em 2022 nas macrorregiões Nordeste, Norte e Triângulo do Sul. É importante ressaltar que os dados referentes a 2022 foram analisados parcialmente e que a metodologia RT-PCR em tempo real, apesar de ser disponibilizada anteriormente na rede, passou a ser recomen-

dada recentemente (2022) como metodologia de escolha para a testagem dos casos de dengue. A partir daí, é de se esperar uma mudan-

ça no perfil desses indicadores, com o aumento gradativo das taxas de testagem por RT-PCR em todo o estado.

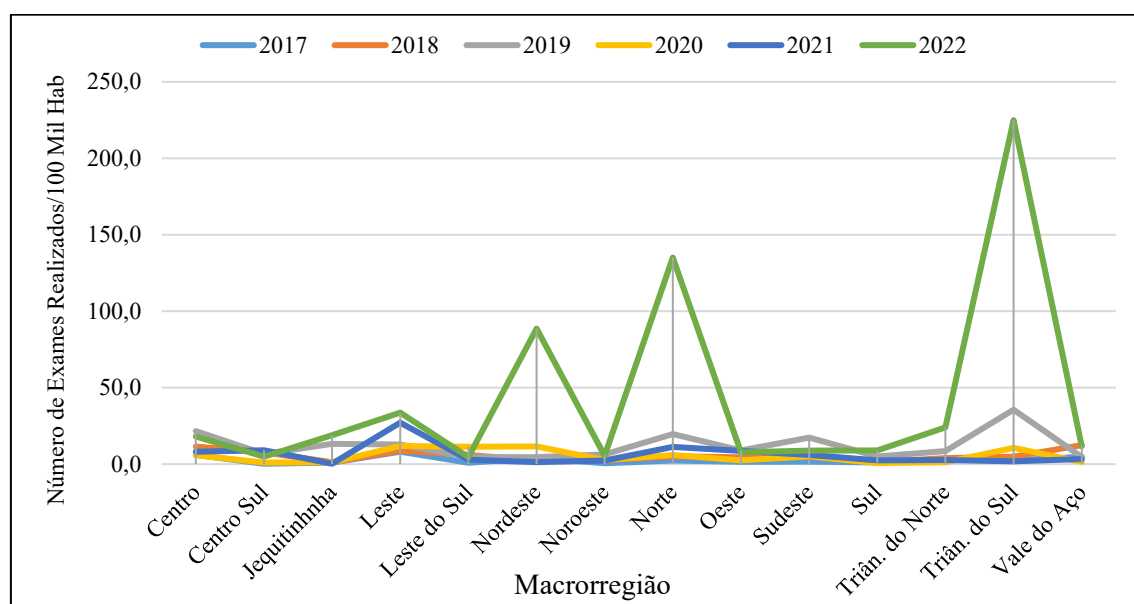
Figura 4.3 – Taxa anual de exames (ensaio imunoenzimáticos - ELISA IgM e MAC-ELISA) realizados para dengue, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Para análise foram utilizados dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. atualizados em 15 de julho de 2022, e as populações estimadas de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, por ano, de acordo com dados do IBGE

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Figura 4.4 – Taxa anual de exames (RT-PCR) realizados para dengue, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Para análise foram utilizados dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed. atualizados em 15 de julho de 2022, e as populações estimadas de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, por ano, de acordo com dados do IBGE

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Atualmente, monitora-se de forma randomizada por amostragem, a circulação dos quatro sorotipos de dengue, DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, de forma que não são padronizadas análises de sorotipagem em todas as amostras coletadas para detecção da Dengue. Logo, haverá discordância entre o número de exames positivos para a dengue e o montante de amostras caracterizadas nas regiões do estado. Dentre estas, cabe pontuar que o sorotipo DENV-4 não foi detectado em nenhuma região do estado durante o período investigado nesta análise. Apesar de os números indicarem uma maior ocorrência do sorotipo DENV-1, tem-se percebido uma gradativa substituição de prevalência, com o passar do tempo pelo sorotipo DENV-2 em todo o estado. A Tabela 4.1 apresenta a distribuição do total de amostras cujos sorotipos circulantes de dengue que foram identificados nas macrorregiões de saúde do estado.

Chikungunya

Em Minas Gerais, entre janeiro de 2017 e julho de 2022, foram realizados 52.013 exames para vigilância laboratorial dos casos de chikungunya. Destes, 37.648 foram ensaios do tipo imunoenzimáticos (72,4%) e 14.365 foram do tipo RT-PCR (27,6%). Os índices de positividade geral equivalem a 40,1% (imuno-

enzimático) e 9,5% (RT-PCR). A Figura 4.5 apresenta o percentual de exames positivos, expresso por semana epidemiológica em cada ano da série histórica, destacando a maior concentração de exames positivos no intervalo das primeiras semanas de cada ano até a 36ª semana epidemiológica. Os testes realizados para vigilância de chikungunya apresentaram as porcentagens de positividade distribuídas de forma equânime ao longo dos anos da série histórica, destacando-se apenas os índices mais baixos em 2019 e início de 2020.

Entre 2017 e 2022, a macrorregião Centro concentrou o maior número absoluto de exames realizados, com 9.934 exames (19%), enquanto a Noroeste registrou o menor número de exames na série histórica, totalizando 513 exames efetuados (0,98%).

A Figura 4.6 apresenta as taxas anuais de exames realizados (ensaio imunoenzimático e RT-PCR) para detecção de chikungunya, em que se destaca uma taxa significativa de exames imunoenzimáticos realizados na macrorregião Leste em 2017, 2020, 2021 e 2022. Constata-se um comportamento bastante similar, embora em menor proporção, em relação ao método de RT-PCR (Figura 4.7). Sobre o RT-PCR, observam-se taxas de testagem mais significativas a partir de 2022, com picos na realização dos exames nas macrorregiões Nordeste, Norte e Triângulo do Sul.

Tabela 4.1 – Número de amostras analisadas e os respectivos sorotipos de dengue detectados, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022

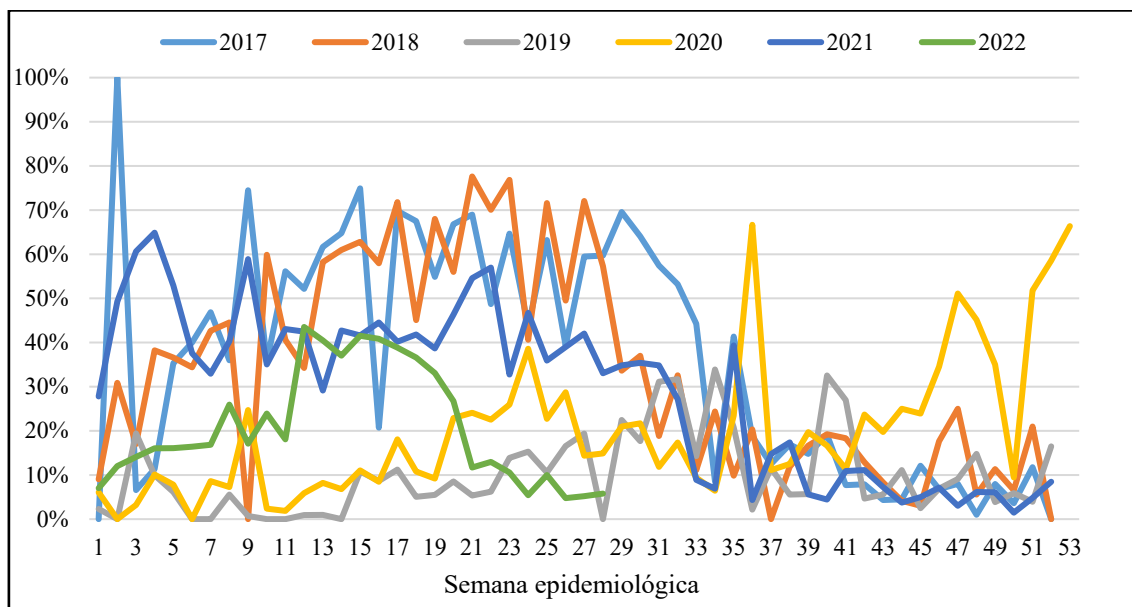
Macrorregião	DENV1	DENV2	DENV3
Centro	106	357	1
Centro Sul	4	17	-
Jequitinhonha	22	10	-
Leste	75	39	-
Leste do Sul	7	37	-
Nordeste	137	50	-
Noroeste	24	22	-
Norte	77	72	2
Oeste	16	53	-
Sudeste	14	88	-
Sul	51	43	-
Triângulo do Norte	61	57	-
Triângulo do Sul	629	117	-
Vale do Aço	3	8	-
N/D*	14	3	-
Total Geral	1240	973	3

Observação: *N/D refere-se a análises realizados em amostras de pacientes residentes em outros estados

Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

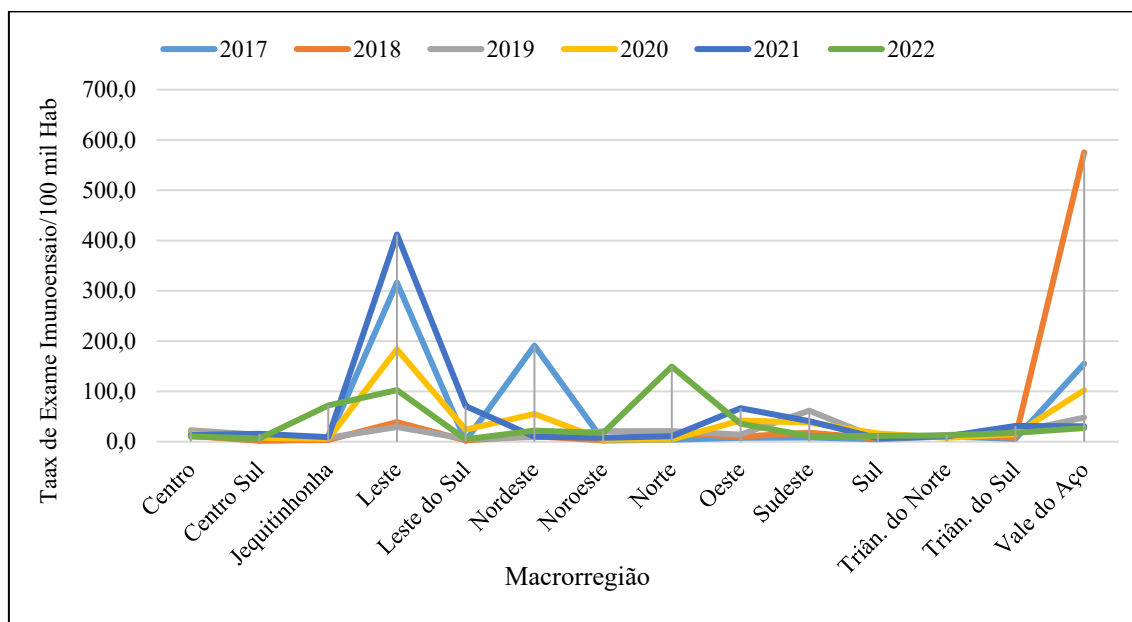
Figura 4.5 – Exames positivos para chikungunya, por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Para a análise foram utilizados dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de em 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Figura 4.6 – Taxas anuais de exames (ensaio imunoenzimático) realizados para a detecção de chikungunya, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022, e as populações estimadas de Minas Gerais por macrorregião de saúde, por ano, segundo dados do IBGE

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Zika

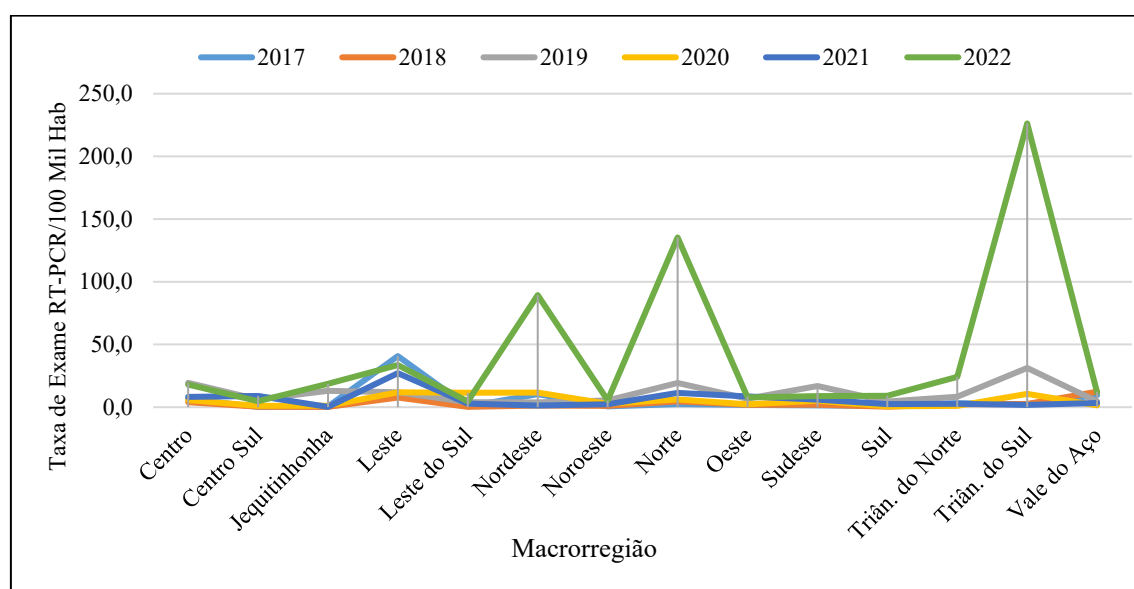
Entre janeiro de 2017 e julho de 2022 foram realizados 23.430 exames para vigilância

laboratorial dos casos de zika. Destes, 8.583 foram ensaios do tipo imunoenzimáticos (36,6%) e 14.847 foram do tipo RT-PCR (63,4%). Os índices de positividade geral

equivalem a 1,99% (imunoenzimático) e 2,35% (RT-PCR). As Figuras 4.8 e 4.9 mostram as representações gráficas das taxas anuais de exames realizados (ensaio imunoenzimático e RT-PCR) para detecção de zika.

Assim como identificado para a chikungunya, a macrorregião Leste apresenta uma taxa significativa de exames imunoenzimáticos realizados em 2021.

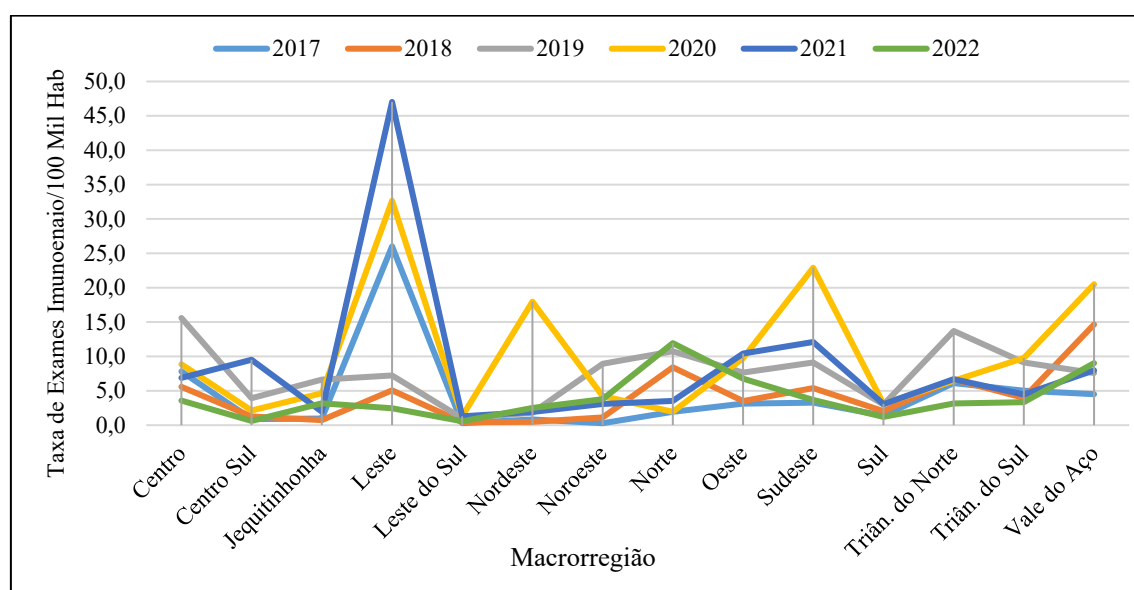
Figura 4.7 – Taxas anuais de exames (RT-PCR) realizados para a detecção de chikungunya, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022, e as populações estimadas de Minas Gerais por macrorregião de saúde, por ano, segundo dados do IBGE

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

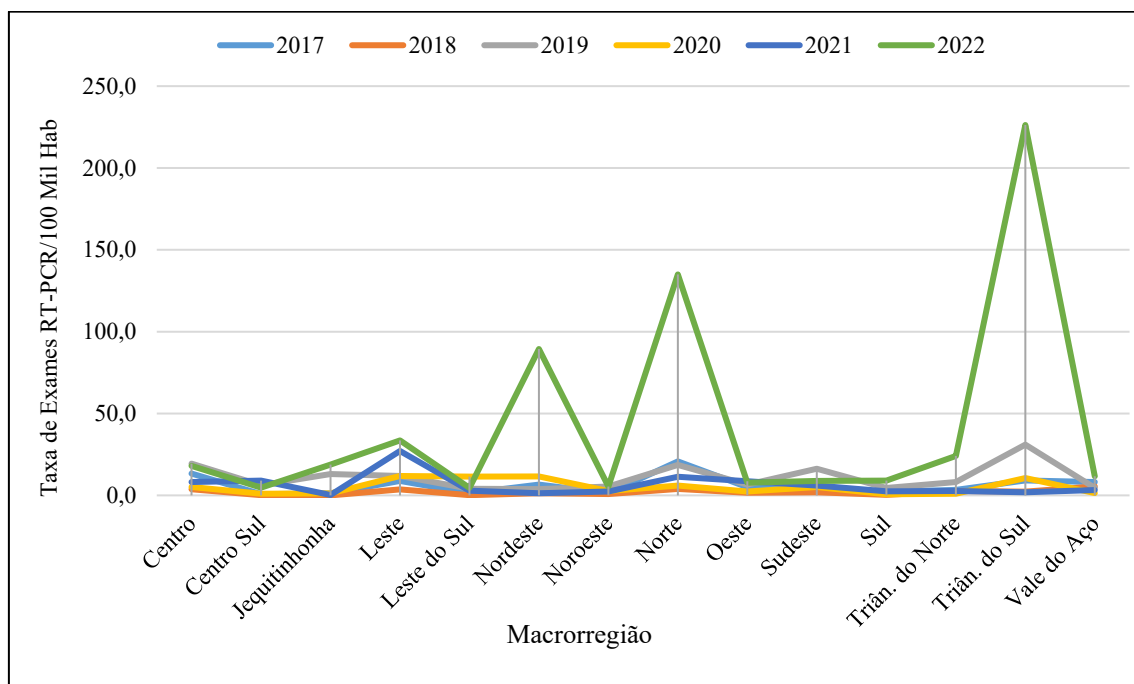
Figura 4.8 – Taxas anuais de exames (ensaio imunoenzimático) realizados para detecção da zika, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022, e as populações estimadas de Minas Gerais por macrorregião de saúde, por ano, segundo dados do IBGE

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Figura 4.9 – Taxas anuais de exames (RT-PCR) realizados para detecção da zika, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022, e as populações estimadas de Minas Gerais por macrorregião de saúde, por ano, segundo dados do IBGE
Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Entre as macrorregiões de saúde, a Centro apresentou o maior número absoluto de exames realizados no período, com 7.738 exames (33%), em contrapartida à Leste do Sul, com 205 exames realizados (0,87%), registrando, portanto, o menor número absoluto de exames para o monitoramento da zika na série histórica.

Pode-se constatar um comportamento bastante similar da execução dos exames de rastreamento de ambos os agravos (zika e chikungunya) em relação ao método de RT-PCR (Figura 4.9), apresentando taxas mais significativas a partir de 2022, com picos crescentes na realização dos exames nas macrorregiões Leste, Nordeste, Norte e Triângulo do Sul. Esse perfil similar na realização dos ensaios laboratoriais está relacionado ao protocolo de vigilância laboratorial, que inclui a pesquisa simultânea dos arbovírus nas mesmas amostras, permitindo o diagnóstico diferencial e a detecção de coinfeções, se houver.

Ainda se referindo aos índices de positividade da zika no intervalo de 2017 a 2022, a Figura 4.10 mostra a representação da positividade, expressa por semana epidemiológica, em cada ano da série histórica. Destaca-se a maior concentração de exames positivos no

intervalo das primeiras semanas de cada ano até a 36ª semana epidemiológica, assim como observado para a chikungunya. É possível, ainda, identificar uma significativa superioridade de exames positivos para o zika em 2017.

COVID-19

Desde o início da pandemia causada pela COVID-19, o diagnóstico laboratorial se destacou como uma ferramenta essencial para confirmar os casos e, principalmente, para orientar as estratégias de atenção à saúde, o isolamento e a biossegurança para profissionais de saúde. Os exames preconizados para a detecção e o monitoramento da COVID-19, atualmente disponíveis na rede do estado de Minas Gerais, são: RT-PCR em tempo real (padrão-ouro) e teste rápido imunocromatográfico para pesquisa de antígeno viral (TR-Ag), capazes de promover a detecção direta do vírus SARS-CoV-2 na fase aguda da infecção (SES/MG, 2022).

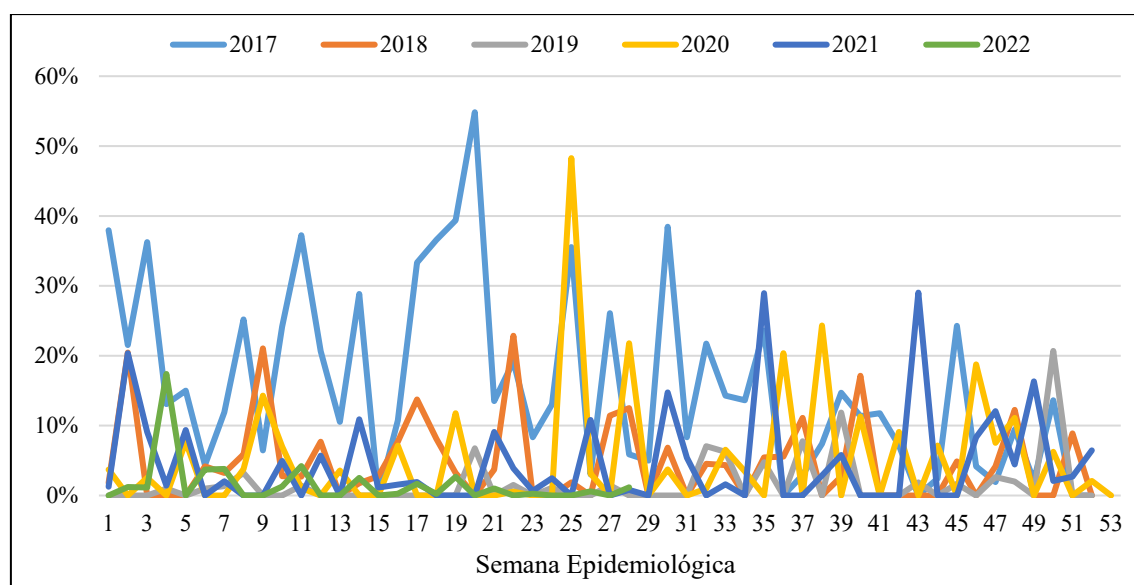
Desde a emergência da COVID-19, em janeiro de 2020, até julho de 2022, foram realizados 1.121.961 referentes à técnica de RT-PCR na rede referenciada do estado. Apesar

de o número geral de exames realizados ser substancialmente mais significativa na macrorregião Centro, a positividade distribuiu-se de forma equânime, entre as macrorregiões de saúde, variando entre 22,9% e 35,9%, índices próximos à positividade geral do estado (28,8%).

A análise da evolução dos índices de positividade por semana epidemiológica (Figura

4.11) evidencia a ascensão da curva de positividade desde as primeiras semanas de 2020 até um declínio gradativo nas últimas semanas de 2021, com uma abrupta elevação seguida de queda nas semanas epidemiológicas 4, 5 e 6 de 2022, apresentando novo aumento com pico de positividade registrado na 25ª semana epidemiológica, revelando nova tendência de queda a partir da data final desta análise.

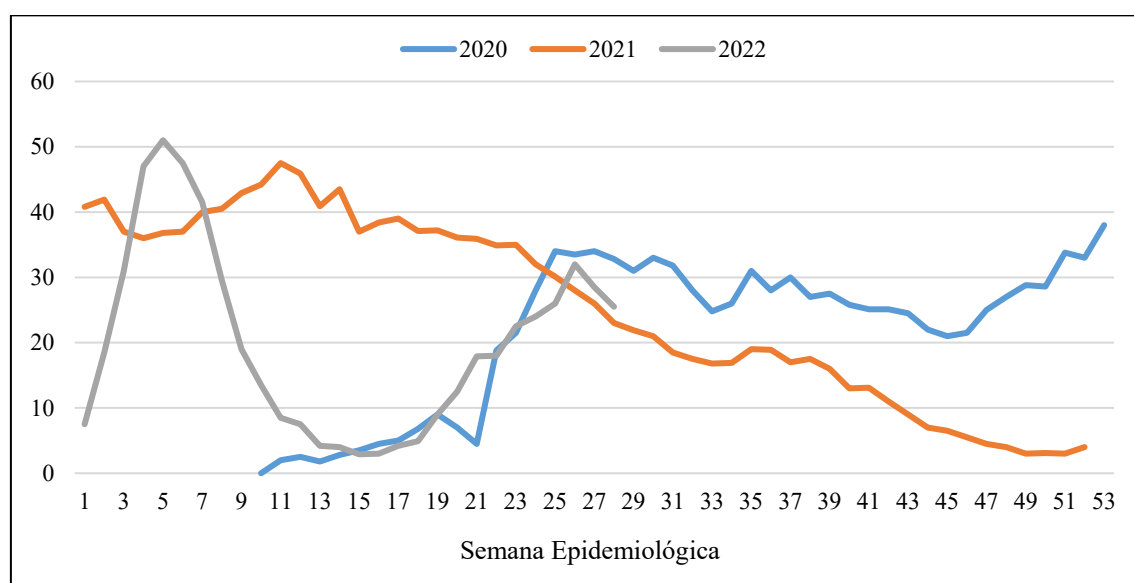
Figura 4.10 – Exames positivos para a zika, por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Figura 4.11 – Porcentagem de exames RT-PCR positivos para Covid-19, por semana epidemiológica – Minas Gerais, janeiro de 2020 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

A oscilação nas taxas de positividade foi, em vários momentos, influenciada pela dinâmica da introdução de variantes genéticas de SARS-CoV-2 em Minas Gerais. Por intermédio da vigilância genômica realizada pelo Observatório de Vigilância Genômica de Minas Gerais (Ovigen/MG), o monitoramento em tempo real das variantes do SARS-CoV-2 foi implementado a partir de 2021. Os dados estão expressos na Figura 4.12, em que se observa a clara oscilação da predominância, havendo um breve registro inicial de ocorrência da variante zeta, substituída por uma significativa predominância do tipo gamma, passando para uma prevalência da linhagem delta no último semestre de 2021, até ser substituída pela variante ômicron, que mantém sua prevalência até o encerramento desta análise.

Além da vigilância laboratorial realizada por meio do RT-PCR, ao longo da pandemia estratégias de testagem complementares foram disponibilizadas, como os testes sorológicos para a detecção de anticorpos e TR-Ag (Tabela 4.2). Quanto aos exames sorológicos, é importante salientar que o implemento do programa de vacinação contra a Covid-19 descontinuou a aplicabilidade de diagnóstico laboratorial fidedigno por meio dos testes sorológicos de anticorpos. Dessa forma, a metodologia para teste rápido foi substituída gradualmente, a partir de 2021, pelo teste rápido imunocroma-

tográfico para pesquisa de antígeno viral (TR-Ag).

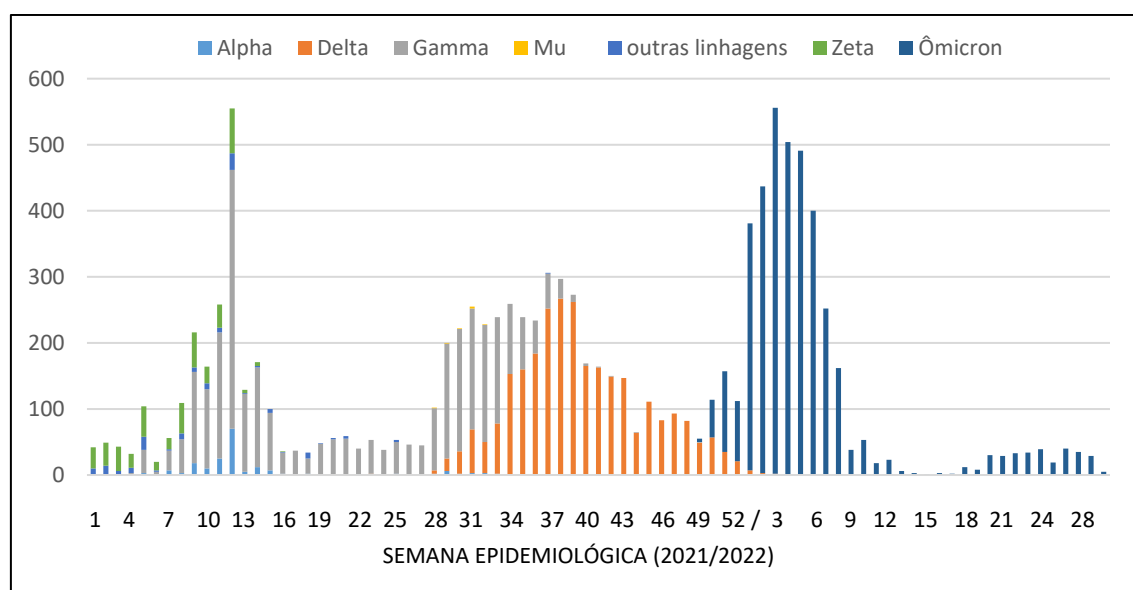
A Tabela 4.2 revela um significativo número de testes sorológicos realizados no estado de Minas Gerais desde o início das rotinas de testagem, em 2020, até julho de 2022, durante a finalização da análise. Além disso, observa-se a predominância dos resultados negativos (não detectado) em relação aos positivos (detectados), garantindo uma positividade geral de 32,94%. Quanto à positividade dos testes sorológicos por macrorregião do estado (Tabela 4.3), evidencia-se um maior índice na região Nordeste (46,8%), enquanto a Centro registra o menor indicativo de positividade, com 25,7% da série histórica.

Conclusão

Diante das emergências de saúde pública registradas nos últimos anos em Minas Gerais, o diagnóstico laboratorial se destacou como uma ferramenta essencial para identificar e confirmar os casos suspeitos das diferentes doenças infecciosas emergentes e reemergentes registradas nos últimos anos.

Considerando a importância da vigilância laboratorial, que passou a ser peça fundamental no fortalecimento da vigilância epidemiológica e da atenção à saúde, a SES-MG e o LACEN/MG vêm promovendo ações

Figura 4.12 – Principais linhagens/variantes do vírus SARS-CoV-2 notificadas a SES/MG, por semana epidemiológica de coleta – Minas Gerais, janeiro de 2021 a julho de 2022



Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Tabela 4.2 – Número de exames sorológicos (detecção de anticorpos e pesquisa de antígeno) realizados e positividade – Minas Gerais, janeiro de 2020 a dezembro de 2021

Teste (metodologia)	Número de Testes	*Taxa de testagem	Número de Positivos	Número de Negativos	Positividade
Sorologia (antígeno e anticorpo)	7.473.825	34.904,97	2.461.821	5.000.281	32,94%

Observação: *Taxa de Exames realizados por 100.000 habitantes

Nota: Dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/Funed, de 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

Tabela 4.3 – Índice de positividade de exames sorológicos para detecção de COVID-19, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, janeiro de 2020 a julho de 2022

Macrorregião	Positividade
Centro	25,77%
Centro Sul	28,88%
Jequitinhonha	37,07%
Leste	41,20%
Leste do Sul	41,16%
Nordeste	46,87%
Noroeste	41,72%
Norte	39,37%
Oeste	42,29%
Sudeste	39,00%
Sul	41,39%
Triângulo do Norte	31,49%
Triângulo do Sul	39,60%
Vale do Aço	37,09%

Nota: Dados do Sistema E-SUS VE e notificações realizadas pelos laboratórios privados, drogarias, farmácias, serviços de saúde e empresas privadas; de 15 de julho de 2022

Fonte: Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância (CELP) - SES-MG

voltadas para a otimização da rede laboratorial do estado, por meio da estruturação de uma rede de Centros Colaboradores, que atuará de forma descentralizada, realizando a vigilância laboratorial dos agravos de interesse à saúde pública, como legado da pandemia da COVID-19.

Como um dos pilares da vigilância laboratorial, em 2021 a avaliação genômica também ganhou notoriedade, assumindo papel fundamental na gestão da vigilância em saúde. Além de apoiar o desenvolvimento de novas técnicas diagnósticas, novos medicamentos e vacinas, as análises genômicas são capazes de identificar aspectos dinâmicos, como o perfil

dos vírus SARS-CoV-2 e DENV circulantes, o que pode influenciar a mudança de comportamento das doenças, as quais, muitas vezes, não são sensíveis aos indicadores epidemiológicos clássicos, contribuindo substancialmente para o monitoramento e a avaliação de estratégias para o enfrentamento destas doenças.

Diante do exposto, a avaliação laboratorial e a genômica podem se constituir em importantes ferramentas para o embasamento da tomada de decisão e para a elaboração de políticas públicas de saúde, especialmente em relação às emergências, como a crise sanitária causada pelo SARS-CoV-2, e às epidemias recorrentes associadas ao vírus da dengue.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância

Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** 5a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Versão 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

GROSECLOSE, S. L; BUCKERIDGE, D. L. Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in Their Use and Evaluation. **Annu. Rev. Public Health**, v.38, p.57-79, 2017.

FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS. **Manual de coleta, acondicionamento e transporte de**

material biológico para exames

laboratoriais. Belo Horizonte, 2020.

MINAS GERAIS. Fundação Ezequiel Dias, Diretoria do Instituto Octávio Magalhães.

Nota Técnica nº 22/FUNED/DIOM/2022.

Vigilância laboratorial das arboviroses:

Dengue, Febre Amarela, Zika e Chikungunya, 2022/2023 — Orientações para a Solicitação de Análises Diagnósticas. Belo Horizonte, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância; Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais. **Manual para o Diagnóstico da Covid-19**: Versão 6. Belo Horizonte, 2022.

Emergências em Saúde Pública

Introdução

Entende-se como emergência em saúde pública as situações que podem gerar riscos, danos e agravos à saúde de uma população, relacionadas a surtos, epidemias, desassistência e desastres, que demandam o uso imediato de ferramentas específicas para sua detecção, prevenção e controle e, consequentemente, redução de morbidade e mortalidade. Neste sentido o Centro de Informações Estratégias em Vigilância em Saúde, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CIEVS-MINAS), instituído em 2011, tem como objetivo fortalecer a capacidade de resposta técnica no enfrentamento de emergências em saúde pública.

Considerando as características da emergência em saúde pública, podem ser estabelecidas salas de situação de saúde (espaço físico ou virtual), nas quais as informações são tratadas e disponibilizadas sistematicamente por

uma equipe técnica para caracterizar o perfil de morbimortalidade de uma população adstrita. Por sua vez, os Centros de Operações de Emergências em Saúde (COES) são estruturas organizacionais que buscam oferecer respostas rápidas e coordenadas, geralmente articulando as informações e integrando vários atores envolvidos nas três esferas de gestão do SUS.

Neste capítulo, serão apresentados três eventos em saúde pública que exigiram respostas distintas das atividades regulares de vigilância, que contaram com a contribuição do exercício da vigilância em saúde para o seu enfrentamento ao longo do período abordado por essa análise de situação de saúde. São elas: a pandemia da COVID-19; a infecção congênita pelo zika vírus e; a vigilância hospitalar no contexto da febre amarela.

I. Sala de Situação COVID-19

A Sala de Situação da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SS/SUBVS) foi instituída em 16 de abril de 2020 em decorrência da “Situação de emergência em saúde pública” declarada e da criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES MINAS COVID-19), via Decreto 113, de 12 de março de 2020, tendo como objeto a produção e análise de dados e informações pertinentes à pandemia do coronavírus, auxiliando no enfrentamento dessa emergência.

No contexto da COVID-19, que permanece até o momento como projeto central da Sala de Situação, elaborou-se uma ampla gama de produtos em dados. Merecem destaque a concepção, manutenção, atualização e publicização de relatórios, boletins e *dashboards*, tais como: Painel de Monitoramento de Casos, Painel de Monitoramento de Contatos, Vacinômetro, Relatório Assistencial, Painel de D2 Não Registradas, Boletim Epidemiológico, Boletim de Dados Complementares. Para além desses produtos periódicos, procedeu-se à análise de dados pandêmicos, para subsidiar a elaboração de matérias jornalísticas, a produção científica e a informação da população por meio de mecanismos de transparência. Desse modo, a SES-MG pôde figurar entre os estados com o maior índice de transparência da COVID-19, de acordo com avaliação da *Open Knowledge Brasil*.

A Sala de Situação foi a responsável pela estruturação e produção de análises preditivas referentes às tendências de comportamento de casos e óbitos decorrentes do coronavírus em Minas Gerais, de maneira a auxiliar a gestão da pandemia e conscientizar o povo mineiro quanto ao avanço da doença. O setor também ajudou a conceber e acompanhar os indicadores do Plano Minas Consciente, responsável pela classificação regional por “ondas” de risco epidemiológico e assistencial até março de 2022. Findado o Plano Minas Consciente, o acompanhamento de indicadores COVID-19 passou a ser realizado pelo Comitê de Monitoramento de Eventos (CME).

No trabalho da Sala de Situação da SES-MG com os dados pandêmicos foram encontrados vários desafios. Primeiro, Minas Gerais é um estado muito populoso e tem o maior número de municípios no Brasil, o que implica um grande volume de dados a serem processados, além dos múltiplos e dispersos focos de

informações regionais, que exigem um esforço de integração entre as administrações municipal, regional e central. Segundo a falta de integração dos sistemas de informação em saúde. Terceiro, a existência de planilhas paralelas, o que foi amplamente mitigado pela criação de soluções internas próprias. Nesse contexto, é possível citar o Boletim COVID-19 e o Vacinômetro como exemplos de sistemas criados que estabeleceram uma comunicação direta com os municípios. Dado que os sistemas nacionais oficiais apresentam um *delay* intrínseco de registro das informações, devido ao trâmite de processamento dos dados registrados pelos municípios, foram os sistemas próprios que permitiram a atualização do panorama da pandemia de forma tempestiva e alinhada à realidade.

A despeito dos desafios impostos pelo rápido avanço da pandemia e pelos sistemas de informação em saúde, a Sala de Situação desenvolveu uma série de produtos no âmbito das análises de dados e da elaboração de informações em saúde, tendo adquirido um *know-how* importante e que pode ser explorado nos mais diversos setores e órgãos da Administração Pública com a finalidade de executar a tomada de decisão com base em dados e evidências.

Relatórios, painéis e *dashboards* – Panorama geral da pandemia

Um dos principais instrumentos de monitoramento de dados epidemiológicos ao longo da pandemia do coronavírus é o Painel COVID-19 MG, atualizado e publicado diariamente. Esse *dashboard* permite, por meio das informações agregadas desde o primeiro trimestre de 2020, descrever um panorama geral da pandemia até o momento. Os dados constantes na Tabela 5.1, atualizados em 25 de julho de 2022, mostram que foram confirmados 3.798.998 casos de infecção pelo coronavírus em Minas Gerais, dentre os quais 3.655.780 evoluíram para cura e 62.755 resultaram em óbito do paciente. Há, ainda, 80.463 casos em acompanhamento.

A Tabela 5.1 permite perceber a existência de dois momentos da pandemia com um aumento substancial de casos de COVID-19 notificados: entre janeiro e março de 2022; e no primeiro semestre de 2021, ambos com uma

significativa detecção de contaminados. Diferentemente da primeira metade de 2021, período em que mais se registrou óbitos pelo coronavírus em Minas Gerais, no período de 2022 registrou-se uma relação óbito/casos expressivamente menor, o que sugere sucesso da imunização em mitigar a quantidade de casos graves de COVID-19.

No que se refere à vacinação, o Painel Vacinômetro revelou-se como o principal instrumento de acompanhamento do progresso das doses aplicadas. A Figura 5.1 exibe o atual estágio de imunização da população mineira,

atualizado com dados do OpenDataSUS, do dia 22 de julho de 2022.

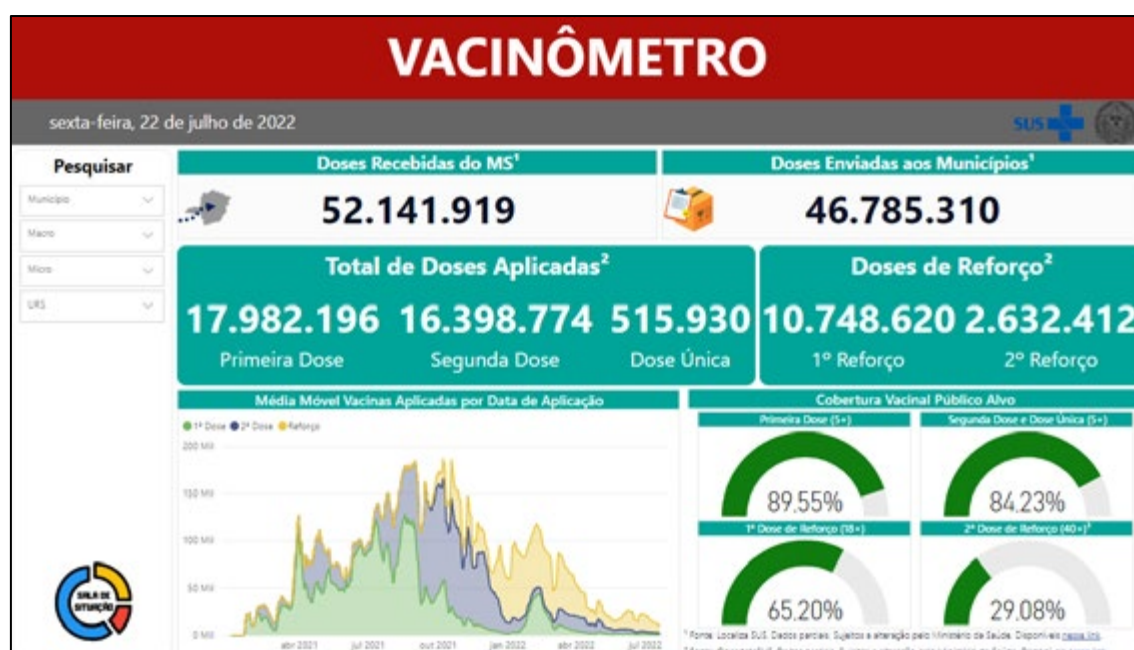
Desde o início da vacinação contra o coronavírus, em janeiro de 2021, foram aplicadas quase 50 milhões de doses dos imunizantes contra a COVID-19 no estado de Minas Gerais. Atualmente, 84,23% dos mineiros têm o esquema vacinal completo (D1 e D2), 65,20% se reforçaram com a terceira dose e 29,08% dessa população já tomou a quarta dose. Convém salientar que a imunização contra o coronavírus segue em andamento, com aplicações do segundo reforço, para a população com 40 anos ou mais de idade.

Tabela 5.1 – Casos confirmados e óbitos por COVID-19 – Minas Gerais, 2020 a 2022

Trimestre	Ano	Casos Confirmados	Óbitos
1º Trimestre	2020	318	11
2º Trimestre	2020	44.683	1.438
3º Trimestre	2020	250.168	6.665
4º Trimestre	2020	247.740	5.214
1º Trimestre	2021	581.004	15.537
2º Trimestre	2021	679.835	20.536
3º Trimestre	2021	336.630	6.351
4º Trimestre	2021	83.607	1.356
1º Trimestre	2022	1.102.375	4.289
2º Trimestre	2022	294.882	829
3º Trimestre	2022	177.756	391
Não identificado	-	-	138
Total		3.798.998	62.755

Fonte: Painel COVID-19 MG/SIVEP-Coronavirus

Figura 5.1 – Doses aplicadas e cobertura vacinal contra a COVID-19 – Minas Gerais, até julho de 2022



Fonte: Painel Vacinômetro - 22 de julho de 2022

Plano Minas Consciente (PMC) e Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)

O Plano Minas Consciente (PMC), “Retomando a economia do jeito certo”, orientou durante sua vigência a retomada gradual, segura e ordenada das atividades econômicas nos municípios do estado, tendo sido desenvolvido pelas secretarias de Desenvolvimento Econômico (Sede) e de Saúde (SES). Sua primeira versão foi publicada em 30 de abril de 2020, via Deliberação número 39 do Comitê Extraordinário COVID-19.

O PMC apoiou-se em três pilares: retomada da atividade econômica em ondas, de forma gradual e segura; tomada de decisão a partir de indicadores epidemiológicos e assistenciais; e definição de critérios de funcionamento e protocolos sanitários para o poder público, empresas, trabalhadores e cidadãos, de forma a garantir o distanciamento social e os cuidados necessários para evitar a transmissão da doença.

Segue um breve descritivo sobre as fases do PMC durante sua existência.

Fase 1 (iniciada em abril de 2020) – as avaliações eram feitas a cada 21 dias para cada macrorregião, mas em casos de agravamen-

to os retrocessos podiam ser imediatos. Monitorou-se a taxa de incidência da COVID-19 por ocupação de leitos e a mediana do tempo para atendimento às solicitações de internações em leitos de UTI, usando os adultos com CIDs (Código Internacional de Doenças) e SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), conforme mostra a Figura 5.2.

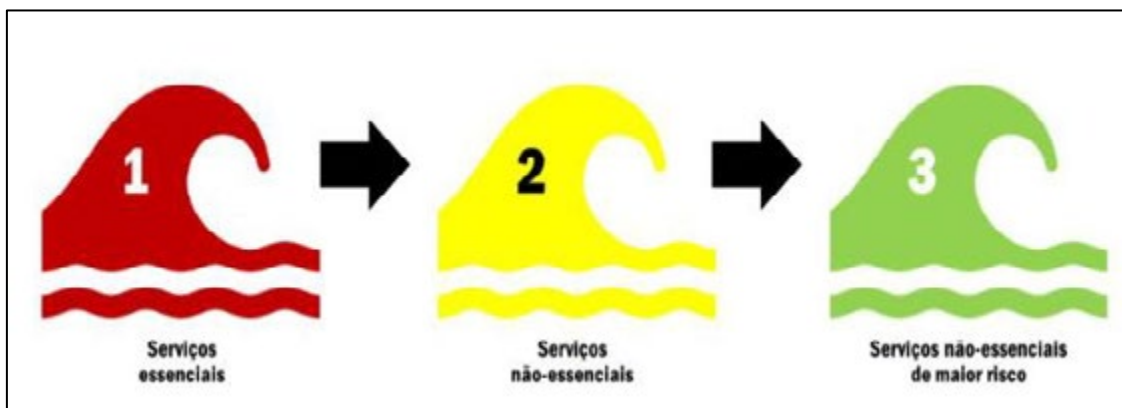
Fase 2 (iniciada em agosto de 2020) – após processo de consulta pública, em que houve redução de 4 para 3 ondas de atividades, maior regionalização com tomada de decisão municipal, divulgação de dados de agrupamento de microrregionais e diferenciação dos municípios de pequeno porte (Figura 5.3). Passou-se a utilizar sete indicadores, agrupados em três eixos: Incidência (taxa de incidência de COVID-19); Positividade de exames PCR na rede pública; Percentual de suspeita de COVID-19 dentre os internados; Capacidade de atendimento (proporção de leitos de UTI adulto exclusivos para a COVID-19 ocupados); Disponibilidade de leitos de UTI Adulto exclusivos COVID-19); Velocidade do Avanço da Doença (variação de positividade dos exames de PCR da rede pública); e Variação da taxa de incidência de COVID-19. Os acompanhamentos passaram a ser semanais.

Figura 5.2 – Fase 1 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais



Fonte: Programa Minas Consciente

Figura 5.3 – Fase 2 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais



Fonte: Programa Minas Consciente

Fase 3 (iniciada em março de 2021) – criação da onda roxa e inserção dos indicadores de colapso (Cenário Favorável e Cenários Desfavoráveis) como medida de se conter a evolução da pandemia, reestabelecer com celeridade a capacidade de assistência hospitalar das macrorregiões e preservar a vida. Diferentemente da adesão opcional das prefeituras ao PMC nas demais ondas, nesta fase o caráter era impositivo, devido ao risco de colapso da rede assistencial mineira. Os indicadores assistenciais e epidemiológicos da fase 2 foram mantidos, entretanto tiveram suas notas de corte alteradas ao longo da fase 3 (Figura 5.4).

Fase 4 – com a melhoria dos indicadores do estado, muito devido ao avanço da vacinação, envolveu a exclusão da onda roxa. Houve a manutenção dos sete indicadores descritos anteriormente, entretanto os indicadores assistenciais passaram a ter maior peso nas análises (Figura 5.5).

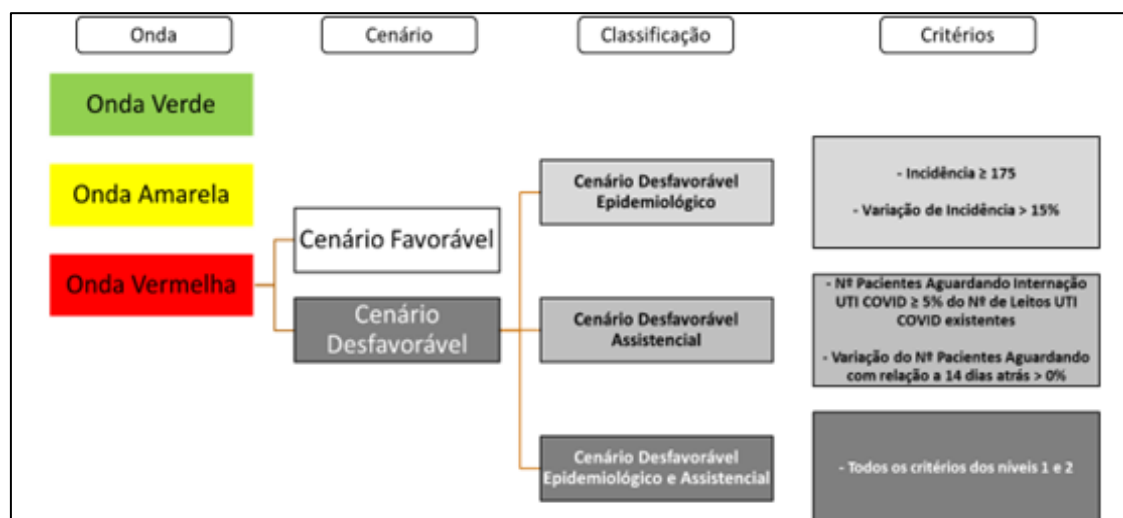
Fase 5 – envolveu o encerramento do PMC, em fevereiro de 2022. As ondas criadas pelo programa para definir os protocolos e as restrições para o funcionamento das atividades econômicas nos municípios deixaram de existir, assim como os leitos exclusivos COVID-19. O monitoramento da COVID-19

Figura 5.4 – Fase 3 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais



Fonte: Programa Minas Consciente

Figura 5.5 – Fase 4 das Ondas do Programa Minas Consciente – Minas Gerais



Fonte: Programa Minas Consciente

passou a ser realizado no Comitê de Monitoramento de Eventos (CME).

Em março de 2022 iniciaram-se as apresentações quinzenais do monitoramento da COVID-19 no território mineiro, durante as reuniões do CME, consistindo em dados sobre a incidência da COVID-19 nas macrorregiões nos últimos 7 e 14 dias, série histórica de SRAG, série histórica de confirmação de SRAG para COVID-19, evolução da positividade de teste PCR da rede pública, internações por SRAG por semana epidemiológica,

média móvel de casos e óbitos dos últimos 7 dias, óbitos por faixa etária por semana epidemiológica, projeções, cenários epidemiológicos por macrorregião de saúde, índices de vacinação do estado, dois indicadores epidemiológicos de variação da incidência da COVID-19 e taxa de pacientes internados por pacientes confirmados e um indicador assistencial sobre a variação das solicitações de internações de pacientes com COVID-19, por macrorregião.

Referências

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Painel COVID-19 MG/SIVEP-Coronavírus**, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 22 de julho de 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Painel Vacinômetro**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 22 de julho de 2022.

II. Infecção congênita pelo zika vírus em Minas Gerais entre 2015 e 2021

A partir da epidemia de vírus zika, que afetou gravemente a região Nordeste do Brasil no primeiro semestre de 2015, os médicos observaram a forte associação de malformações congênitas e as condições neurológicas com a infecção pelo vírus zika (ZIKV) durante a gestação. Tal ocorrência levou à necessidade do monitoramento integrado das malformações congênitas possivelmente relacionadas à infecção da gestante pelo zika com acometimento grave dos fetos e recém-nascidos (RNs).

No Brasil, com a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), de 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde adotou definições operacionais baseadas na medida do perímetro cefálico, visando identificar o maior número de RNs para investigação. A partir de então, vários estudos reuniram informações importantes, achados clínicos característicos da Infecção congênita pelo zika vírus (SCZ) e seus diagnósticos diferenciais. Outras alterações foram incluídas como relacionadas à infecção congênita pelo zika além da medida do perímetro cefálico. Para complementar a investigação, procedeu-se à realização de diagnóstico diferencial com as infecções STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus) e das arboviroses dengue e chikungunya.

Hoje, sabe-se que o principal diagnóstico diferencial com as infecções congênitas do grupo STORCH ocorre pela infecção congênita por citomegalovírus (CMV). O CMV também pode causar microcefalia e calcificações intracranianas muito parecidas com o padrão do ZIKV. Alterações genéticas cromossômicas e gênicas também são causa importante de microcefalia.

Atualmente, a SCZ é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, em que um dos principais sinais clínicos é a microcefalia. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a microcefalia caracteriza-se pelo perímetro cefálico (PC) com medida inferior a -2 desvios-padrão abaixo da média específica para o sexo e a idade gestacional de acordo com curvas de referência (TBHN, 2022).

Fetos, recém-nascidos (RNs) e crianças com a SCZ podem apresentar outras manifestações clínicas e neurológicas, como: retardo do crescimento intrauterino; convulsões; atraso no neurodesenvolvimento, a exemplo de

problemas de fala ou de outras fases do desenvolvimento, tais como, a aquisição da capacidade de sentar, de permanecer em pé e de nadar; deficiência intelectual, representada pela habilidade reduzida de aprender e exercer atividades do dia a dia; problemas motores e de equilíbrio; dificuldades de se alimentar, por exemplo, para engolir; deficiência auditiva; problemas de visão e distúrbios endócrinos.

Em 30 de julho de 2017 a ESPIN foi declarada encerrada, porém todas as ações desenvolvidas, os fluxos de informações e de assistência estabelecidos e as estruturas de saúde disponibilizadas foram mantidos, de forma a continuar a vigilância, a assistência e o monitoramento dos casos.

O Banco RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública) é o sistema de informação oficial utilizado para a notificação dos casos suspeitos, com base nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde. As notificações são feitas pelos profissionais de saúde no formulário disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

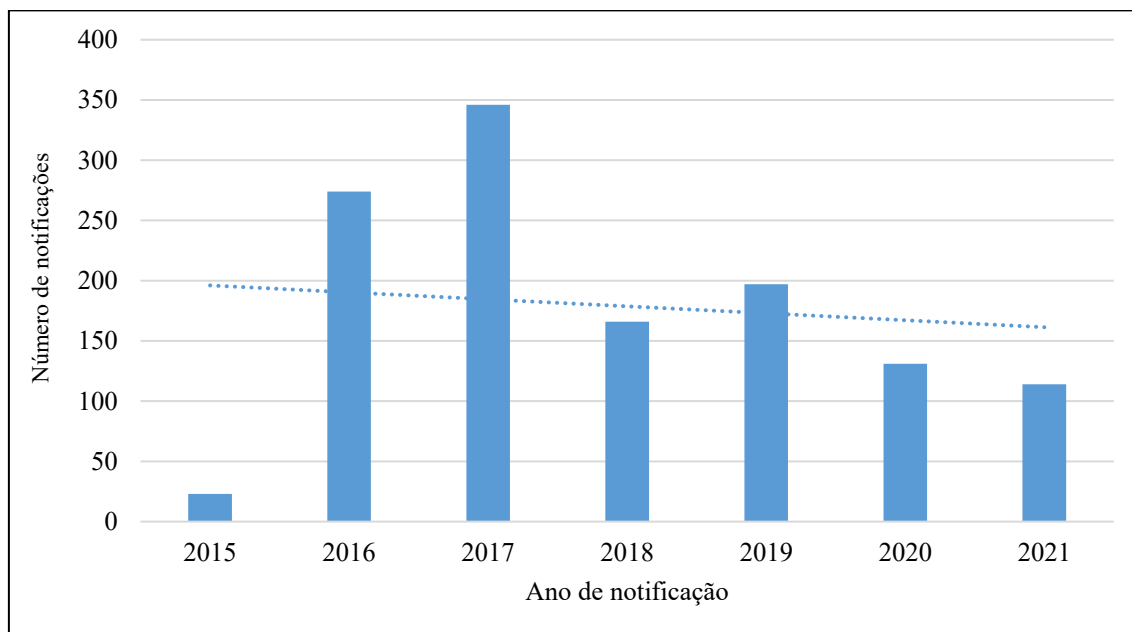
Desde o início do monitoramento deste agravo, no final de 2015, o CIEVS realizou capacitações presenciais e por videoconferência com todas as URS (Unidades Regionais de Saúde) do Estado, elaborou notas técnicas e promoveu reuniões periódicas para discutir o encerramento dos casos envolvendo área da Saúde da Mulher e da Criança, atenção à pessoa com deficiência e laboratório (LACEN/FUNED).

A Figura 5.6 apresenta as notificações realizadas desde o início do monitoramento, em 2015, até dezembro de 2021. Nesse período foram realizadas 1.251 notificações em Minas Gerais. Os anos de 2016 e 2017 apresentaram o maior número de notificações. A linha de tendência demonstra a queda no número de notificações nos anos de 2020 e 2021.

A Tabela 5.2 apresenta o número de notificações por Unidade Regional de Saúde (URS). A URS Belo Horizonte apresentou o maior número de notificações, seguida pela URS Uberlândia.

A Tabela 5.3 mostra que a maioria das notificações foi de recém-nascidos com microcefalia. Os critérios de notificação foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde e incluem também abortamentos, feto com alteração do sistema nervoso central (SNC), feto em risco,

Figura 5.6 – Notificações suspeitas de infecção congênita por zika vírus distribuídas por ano de notificação – Minas Gerais, 2015 a 2021



Fonte: Banco RESP, extraído em 06 de dezembro de 2021

Tabela 5.2 – Notificações suspeitas de infecção congênita por zika vírus, por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2015 a 2021

Unidade Regional de Saúde	Total de notificações
Alfenas	15
Barbacena	14
Belo Horizonte	608
Coronel Fabriciano	29
Diamantina	20
Divinópolis	41
Governador Valadares	29
Itabira	17
Ituiutaba	21
Januária	11
Juiz de fora	8
Leopoldina	13
Manhumirim	7
Montes Claros	46
Passos	6
Patos de Minas	10
Pedra Azul	13
Pirapora	4
Ponte Nova	7
Pouso Alegre	21
São João Del Rei	3
Sete Lagoas	34
Teófilo Otoni	7
Ubá	11
Uberaba	48
Uberlândia	188
Unai	3
Varginha	17
Todas as notificações	1251

Fonte: Painel COVID-19 MG/SIVP-Coronavirus

Tabela 5.3 – Distribuição de notificações realizadas, por tipo – Minas Gerais, 2015 a 2021

Tipo de notificação conforme protocolo do Ministério da Saúde	Número de notificações
Aborto espontâneo (até 22 semanas de gestação).	14
Criança com microcefalia e/ou alterações do SNC (>28 dias)	161
Feto com alterações do SNC	69
Feto em risco	17
Gestante com exantema	0
Natimorto com microcefalia e/ou alterações do SNC	12
Recém-nascido com microcefalia (≤28 dias)	978
Total geral	1251

Nota: Dados sobre “Gestante com exantema” são notificados no SINAN

Fonte: Banco RESP, extraído em 6 de dezembro de 2021

criança com microcefalia e/ou alteração do SNC, natimorto com microcefalia e/ou alteração do SNC. Os critérios para cada tipo de no-

tificação estão disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição (BRASIL, 2021).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro de Eventos em Saúde Pública** (RESP). Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em saúde**, 5ª edição. Brasília, DF, 2021

THE GLOBAL HEALTH NETWORK. TGHN. InterGrowth – 21ST. **The International Fetal and Newborn Growth consortium for the 21st century.**

III. Vigilância hospitalar no contexto da febre amarela

A febre amarela (FA), doença infecciosa febril aguda imunoprevenível, é de grande importância em saúde pública na África e nas Américas, devido a seu elevado potencial de disseminação e à gravidade clínica. É causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, transmitido ao homem por meio da picada de fêmeas de mosquitos vetores (VASCONCELOS, 2003). No Brasil a doença é endêmica na região amazônica e há registros de surtos esporádicos fora dessa área (POSSAS *et al.*, 2018).

Em dezembro de 2016, o vírus reemergiu na região Sudeste, iniciando o que até então foi o maior surto registrado de febre amarela silvestre das últimas décadas no País, com a ocorrência de 779 casos e 262 óbitos humanos entre julho de 2016 a junho de 2017. Os estados desta região foram os que apresentaram o número mais elevado de casos, especialmente por possuir grandes centros urbanos, cuja população, em grande parte, não estava imunizada contra a doença (BRASIL, 2017; GIOVANNETTI *et al.*, 2019).

No período de julho de 2017 a maio de 2018, ocorreu no país um novo surto, este de maior magnitude, com 1.266 casos humanos confirmados e 415 óbitos. Predominaram os casos e óbitos nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

No contexto dos surtos de febre amarela ocorridos no estado de Minas Gerais entre 2016 e 2018, os núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica (NHE) tiveram importante papel na notificação e investigação dos casos internados (VALE *et al.*, 2017).

Os NHE são responsáveis pela operacionalização da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, constituindo-se em fonte importante de informação para os sistemas de vigilância municipal, estadual e nacional (LIMA *et al.*, 2019).

Considerando o NHE como imprescindível ferramenta das ações de vigilância e na gestão hospitalar e por considerar a epidemiologia hospitalar um aspecto essencial para a assistência à saúde de qualidade, avaliar o sistema de vigilância epidemiológica hospitalar permite associar os resultados obtidos com as ações desenvolvidas que justifiquem os recursos investidos em sua manutenção. O sistema de vigilância epidemiológica mantém-se eficiente

quando seu funcionamento é avaliado regularmente para os ajustes oportunos (TEIXEIRA, JUNIOR, COSTA, 2003).

A maior parte das variáveis obrigatórias recebeu a classificação de alta completude na presença e na ausência de NHE. As variáveis “Vacina FA” e “O caso é autóctone do município de residência” apresentaram a menor completude entre as variáveis obrigatórias e receberam a classificação “média”, independente da condição de presença ou ausência do NHE (Tabela 5.4). Por fim, o grupo de variáveis obrigatórias recebeu a classificação de completude “alta” nos dois grupos avaliados (Tabela 5.4).

Com relação às variáveis essenciais, a maior parte foi classificada com alta completude, independente da condição de presença ou ausência do núcleo de vigilância. A diferença ocorreu na variável “Zona de residência”, que apresentou uma média completude quando na presença de núcleo. As variáveis com as menores completudes foram: “Data da vacinação”, com média completude, e “Escarlatina”, com baixa completude, independente do grupo avaliado (Tabela 5.4).

Considerando o percentual médio de completude, as variáveis essenciais foram classificadas de média completude nos dois grupos avaliados. Levando-se em consideração a média das completudes das variáveis obrigatórias e essenciais, o sistema recebeu a classificação geral de alta completude nos dois grupos estudados (Tabela 5.4).

Os dois grupos avaliados apresentaram classificação de baixa inconsistência das variáveis. As principais diferenças nas inconsistências entre os grupos foram observadas nas seguintes variáveis: “Casos com resultado laboratorial encerrados por critério clínico-epidemiológico”, apresentando classificação “média” quando na presença de NHE e baixa na ausência de núcleo; e “Coleta de amostra biológica para PCR em intervalo diferente de $1 \geq 10$ dias do início dos sintomas”, com uma inconsistência média na ausência de NHE e baixa na presença de núcleo (Tabela 5.4).

A variável “Coleta de amostra biológica para IgM em intervalo diferente de $6 \geq 60$ dias” foi a única que apresentou alta inconsistência nos dois grupos avaliados. As demais apresentaram baixa inconsistências nos grupos estudados (Tabela 5.5).

A qualidade dos dados do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar para febre amarela foi considerada excelente para os registros feitos em hospitais com e sem a presença de NHE.

O sistema de vigilância epidemiológica hospitalar mostrou-se mais oportuno na presença de núcleos hospitalares de vigilância. Os núcleos contribuíram para que o sistema

fosse mais oportuno em relação à investigação, encerramento, digitação e coleta de amostras para a realização de PCR e Sorologia. A oportunidade de notificação foi a única que apresentou o melhor resultado na ausência de núcleo de vigilância. As demais perderam a oportunidade quando o núcleo de vigilância esteve ausente (Tabela 5.5).

A oportunidade do sistema foi considerada

Tabela 5.4 – Completude do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar no contexto da febre amarela – Minas Gerais, 2016 a 2018

Campo/Variável	Presença de NHE			Ausência de NHE		
	N	Completude %	Classificação	N	Completude %	Classificação
Obrigatórias	*	97,6	Alta	*	97,9	Alta
Data da notificação	609	100,0	Alta	1469	100,0	Alta
UF de notificação	609	100,0	Alta	1469	100,0	Alta
Data dos primeiros sintomas	609	99,8	Alta	1469	100,0	Alta
Data de nascimento	609	99,8	Alta	1469	99,7	Alta
Idade	609	100,0	Alta	1469	100,0	Alta
Sexo	609	100,0	Alta	1469	100,0	Alta
UF de residência	608	100,0	Alta	1469	100,0	Alta
Município de residência	608	100,0	Alta	1469	100,0	Alta
Data da investigação	609	100,0	Alta	1469	99,5	Alta
Vacina FA	609	83,4	Média	1469	86,8	Média
Sinais e sintomas	609	97,5	Alta	1469	96,0	Alta
Hospitalização	609	99,5	Alta	1469	98,0	Alta
Classificação final	553	99,8	Alta	1442	97,5	Alta
O Caso é autóctone do município de residência?	210	79,0	Média	515	87,0	Média
UF de infecção	18	100,0	Alta	43	100,0	Alta
Município de infecção	18	100,0	Alta	43	100,0	Alta
Data do encerramento	552	100,0	Alta	1406	100,0	Alta
Essenciais	*	87,3	Média	*	89,8	Média
Raça	609	93,9	Alta	1469	94,3	Alta
Escolaridade	609	37,4	Baixa	1469	54,1	Baixa
Idade gestacional	609	98,2	Alta	1469	98,4	Alta
Zona de residência	609	88,7	Média	1469	97,8	Alta
Data da vacinação	257	82,1	Média	764	76,6	Média
Data da internação	596	99,3	Alta	1280	98,7	Alta
Critério de confirmação/descarte	552	95,5	Alta	515	95,5	Alta
Evolução do caso	552	94,4	Alta	515	95,5	Alta
Data do óbito	124	96,0	Alta	264	97,3	Alta
Completude Geral	*	92,5	Alta	*	93,9	Alta
Escore Alcançado		5			5	

Fonte: SINAN/MG

“alta” na presença do NHE e moderada, na ausência de núcleos (Tabela 5.6).

Os núcleos de vigilância foram essenciais para que o sistema atingisse o objetivo fundamental da vigilância epidemiológica hospitalar, que é de assegurar a detecção e investigação oportuna de agravos de notificação compulsória, em especial as doenças emergentes (RIBEIRO, MALHEIRO, 2009).

Os casos confirmados de febre amarela notificados pelos núcleos de vigilância epidemiológica apresentaram um comportamento semelhante quanto a pessoa, tempo e lugar em comparação com outros estudos epidemiológicos da FA no Brasil e em Minas Gerais. Portanto, o sistema foi considerado representativo. A febre amarela prevaleceu entre pacientes do gênero masculino. A faixa etária mais acometida foi a de 40 a 59 anos. Os casos foram mais incidentes em pessoas de ra-

ça/cor parda e branca e com ensino primário incompleto (Tabela 5.7), dados estes compatíveis com a literatura.

Os casos detectados e notificados pelos NHE concentraram-se nas regiões ao leste do estado de Minas Gerais e que fazem divisa com os demais estados da região Sudeste, corroborando com os dados da literatura (OLIVEIRA 2020; FIGUEIREDO *et al.*, 2016; CASALI, 2019; MINAS GERAIS, 2018, 2021) (Figura 5.7).

Estudo realizado por SILVA (2018) sobre o sistema de vigilância epidemiológica de febre amarela no Brasil, entre 2016 e 2017, identificou que 82,3% dos casos confirmados de FA eram do sexo masculino, situando-se a maioria na faixa etária de 31 a 59 anos. ESCOSTEGUY *et al.* (2019), em seu estudo sobre o perfil dos casos de febre amarela atendidos em serviço hospitalar no estado do

Tabela 5.5 – Inconsistência do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar no contexto da febre amarela – Minas Gerais, 2016 a 2018

Inconsistências	Presença de NHE			Ausência de NHE		
	Total de registros	Número de Inconsistência (%)	Classificação	Total de registros	Número de Inconsistência (%)	Classificação
Data encerramento anterior à data notificação	553	0 (0,0%)	Baixa	1442	0 (0,0%)	Baixa
Data notificação anterior à data de início de sintomas	609	2 (0,03)	Baixa	1469	0 (0,0%)	Baixa
Data nascimento posterior a data de início de sintomas	609	0 (0,0%)	Baixa	1469	0 (0,0%)	Baixa
Data de investigação anterior a data notificação	609	0 (0,0%)	Baixa	1461	0 (0,0%)	Baixa
Identificação de gestante em indivíduos menores de 10 anos	3	0 (0,0%)	Baixa	7	0 (0,0%)	Baixa
Identificação de gestante em indivíduos do sexo masculino	3	0 (0,0%)	Baixa	7	0 (0,0%)	Baixa
Casos descartados classificados como casos autóctones	296	0 (0,0%)	Baixa	891	0 (0,0%)	Baixa
Casos com resultado laboratorial, mas encerrados por critério clínico-epidemiológico	52	10 (19,2%)	Média	368	36 (9,8%)	Baixa
Coleta de amostra biológica para IgM em intervalo diferente de 6 ≥60 dias do início dos sintomas	397	145 (36,5%)	Alta	536	167 (31,2%)	Alta
Coleta de amostra biológica para PCR em intervalo diferente de 1 ≥10 dias do início dos sintomas	305	31 (10,2%)	Baixa	786	222 (28,2%)	Média
% Média consistência		6,6%			6,9%	
Classificação parâmetro		Inconsistência Baixa			Inconsistência Baixa	
Escore alcançado		5			5	

Nota: Sem registro de dados de 2017, 2018 e 2019

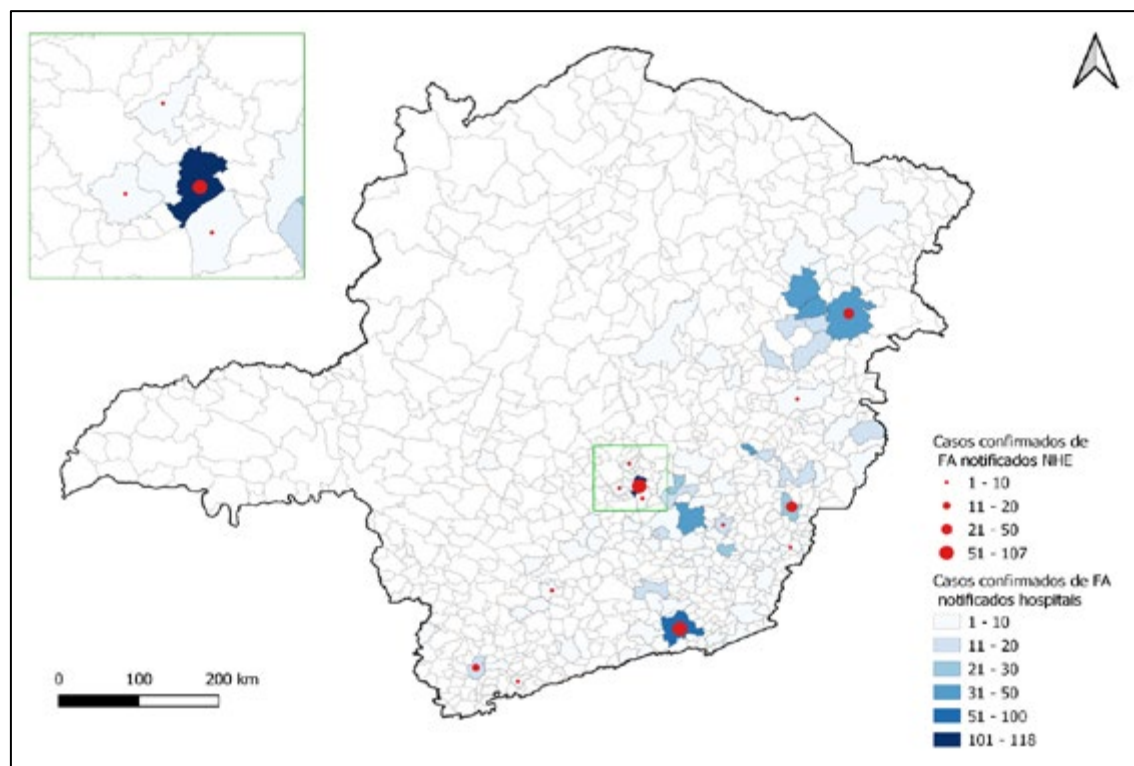
Fonte: CDTA/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 5.6 – Oportunidade do sistema de vigilância epidemiológica hospitalar para febre amarela – Minas Gerais, 2016 a 2018

Atributo Oportunidade	Presença de NHE			Ausência de NHE		
	Total de registros	Registros oportunos (%)	Classificação	Total de registros	Registros oportunos (%)	Classificação
Oportunidade notificação (mínimo 70% ≤7 dias)	609	443 (72,7%)	Oportuno	1469	1175 (80,0%)	Oportuno
Oportunidade investigação (mínimo 70% ≤24 horas)	609	558 (96,6%)	Oportuno	1461	1341 (91,8%)	Oportuno
Oportunidade encerramento (mínimo 70% ≤60 dias)	553	462 (83,5%)	Oportuno	1442	1025 (71,1%)	Oportuno
Oportunidade digitação (mínimo 70% ≤7 dias)	609	514 (84,4%)	Oportuno	1469	1076 (73,2%)	Oportuno
Oportunidade coleta PCR (mínimo 60% 1≥10 dias)	305	274 (89,8%)	Oportuno	536	474 (88,4%)	Oportuno
Oportunidade coleta sorologia (mínimo 60% 6 ≥ 60 dias)	397	252 (63,5%)	Oportuno	786	441 (56,1%)	Inoportuno
Oportunidade do sistema		Alta			Moderada	

Fonte: SINAN/MG

Figura 5.7 – Distribuição espacial dos casos confirmados de febre amarela identificados pelos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica – Minas Gerais, 2016 a 2018



Fonte: SINAN/MG

Rio de Janeiro, identificaram que a maioria dos casos ocorreu em pessoas do sexo masculino, faixa etária de 35 a 49 anos, no máximo com ensino fundamental incompleto e raça ou cor de pele autorreferida branca e parda, totalizando 84,6% dos casos.

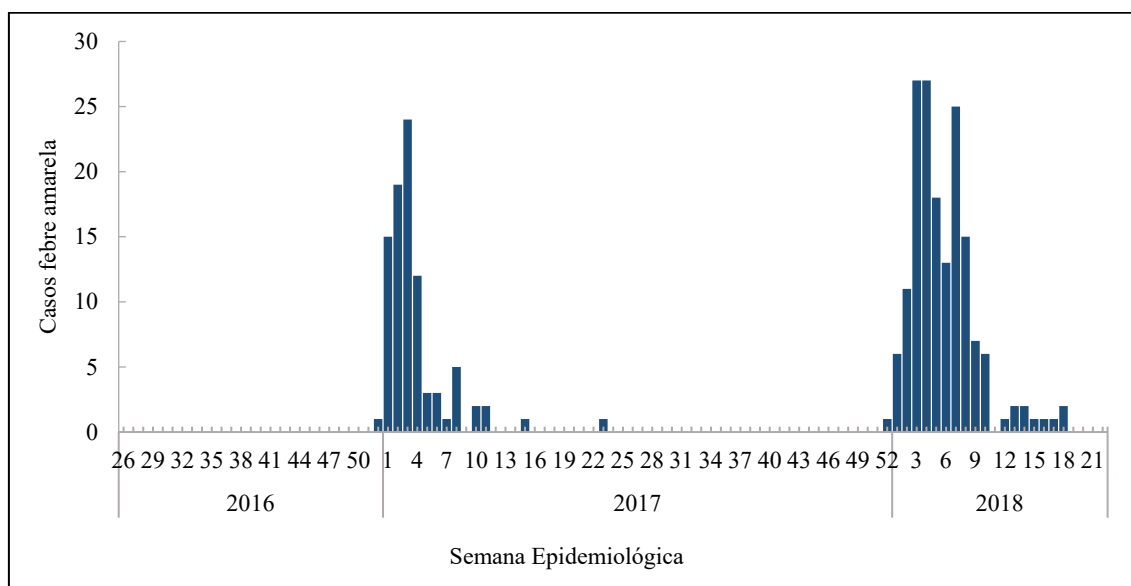
Em relação à distribuição temporal, a maior parte dos casos concentrou-se entre a SE 52 do ano anterior e a SE 11 ou 12 do ano seguinte, correspondendo aos meses de dezembro a março (Figura 5.8), acompanhando a dinâmica do surto no estado, conforme da-

Tabela 5.7 – Características sociodemográficas dos casos confirmados de febre amarela identificados pelos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica, por sexo e faixa etária – Minas Gerais, 2016 a 2018

Características sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	212	82,8
Feminino	44	17,2
Faixa etária		
< 1	2	0,8
1 a 9	2	0,8
10 a 19	9	3,5
20 a 39	59	23,0
40 a 59	130	50,9
> = 60	54	21,1
Raça/Cor		
Branca	82	34,2
Preta	16	6,7
Amarela	2	0,8
Parda	140	58,3
Indígena	0	0,0
Escolaridade		
Analfabeto	8	8,7
Primário incompleto (1ª a 4ª)	24	26,1
Primário completo (1ª a 4ª)	7	7,6
Fundamental incompleto (5ª a 8ª)	10	10,9
Fundamental completo (5ª a 8ª)	18	19,6
Médio incompleto	10	10,9
Médio completo	10	10,9
Superior incompleto	2	2,2
Superior completo	3	3,3

Fonte: SINAN/MG

Figura 5.8 – Distribuição dos casos confirmados de febre amarela identificados pelos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica, por semana epidemiológica de início dos sintomas – Minas Gerais, 2016 a 2018



Fonte: SINAN/MG

dos do boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

O sistema de vigilância epidemiológica hospitalar para a febre amarela desenvolvido pelos núcleos de vigilância epidemiológica apresentou excelente qualidade dos dados, com alta completude e baixa inconsistência, revelando-se oportuno e representativo.

A despeito da boa qualidade dos dados encontrados neste estudo, o estabelecimento de estratégias no processo de capacitação das equipes dos núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica para a sensibilização e conscientização da importância da qualidade no

registro das notificações compulsórias deve ser sistemático.

Recomenda-se observar perante a rede assistencial hospitalar o prazo de oportunidade para a coleta de exames laboratoriais e sensibilizar os profissionais do hospital quanto à suspeição da febre amarela, com o objetivo principal de melhorar a oportunidade de notificação.

Por fim, para ampliar a qualidade do sistema, recomenda-se investir na estratégia de implantação e fortalecimento da rede de núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica no estado de Minas Gerais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: Emergência epidemiológica de febre amarela no Brasil, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017**. Brasília, DF: MS, 2017.

CASALI, F. T. *et al.* Análise das características epidemiológicas da febre amarela em um estado da Região Sudeste do Brasil. **Enferm. Actual Costa Rica**, San José, n. 37, p. 50-65, Dec. 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for evaluation surveillance systems**. MMWR. Atlanta: CDC, 2001.

ESCOSTEGUY, C. C. *et al.* Yellow fever: profile of cases and factors associated with death in a hospital in the State of Rio de Janeiro, 2017–2018. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 53, n. 89, 2019.

FIGUEIREDO, P. de O. *et al.* Re-Emergence of Yellow Fever in Brazil during 2016-2019: Challenges, Lessons Learned, and Perspectives. **Viruses**, v. 12, n. 11, p. 1233, 30 Oct. 2020.

GIOVANETTI, M. *et al.* Yellow Fever Virus Reemergence and Spread in Southeast Brazil, 2016-2019. **J. Virol.**, v. 94, n. 1. Dec. 12, 2019.

LIMA, C. R. da C. *et al.* Núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica no Brasil: uma revisão integrativa de literatura científica.

Rev. Epidemiol. Controle Infecç., v. 9, n. 2, p. 167-176, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Boletim Epidemiológico**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Resolução SES/MG Nº 7.608, de 21 de julho de 2021**. Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH/MG) como parte integrante do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2021.

OLIVEIRA, N. dos R. *et al.* Avaliação espaço-temporal da Febre Amarela em Minas Gerais. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 32, n. 3, p. 07-12, 2020.

POSSAS, C. *et al.* Yellow fever outbreak in Brazil: the puzzle of rapid viral spread and challenges for immunization. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 113, n. 10, 2018.

RIBEIRO, A. F.; MALHEIRO, V. L. Avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo. **Bol. Epidemiol. Paul.** (on-line), v. 6 n. 72 São Paulo, dez. 2009.

SILVA, C. R. Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde. **Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância da Febre Chikungunya, Brasil, 2015 a 2017**. Não publicado. Brasília, DF, 2019.

SILVA, D. A. da. **Avaliação do Sistema de Vigilância da Febre Amarela durante o maior surto registrado nas últimas décadas no Brasil, 2016 a 2016**. Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde. Não publicado. Brasília, DF, 2018.

TEIXEIRA, M. G.; JUNIOR, J. B. R.; COSTA, M. C. N. **Vigilância Epidemiológica**. In: ROUQUAYROL, M. Z. [org.]. Epidemiologia & Saúde. p.p.313- 343. Rio de Janeiro, Med, 2003.

VALE, J.Q.A. do *et al.* Surto de Febre Amarela na microrregião de Manhuaçu, Minas Gerais. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 20, n. 3, p. 07-13, 2017.

VASCONCELOS, P. F. C. Yellow fever. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 36, p. 275–293, 2003.

Mortalidade geral

Os indicadores de mortalidade de 2017 a 2021, inquestionavelmente, foram impactados pelos dois anos (2020 e 2021), em que a população conviveu com a pandemia da COVID-19. Os efeitos da pandemia são evidentes nas taxas de mortalidade geral e específica por grupo de causas em todas as macrorregiões de saúde do estado, conforme mostram a Tabela 6.1 e a Figura 6.1, respectivamente.

Todas as macrorregiões de Minas Gerais apresentaram taxas de mortalidade geral mais elevadas no período de 2020 e 2021, com exceção da Jequitinhonha e Noroeste, que apresentaram taxas mais elevadas somente em 2021, sugerindo início tardio da epidemia na região. As taxas de mortalidade por grupos de causas mostram leve redução das causas externas em 2020, quando as restrições ao comércio e à circulação estavam mais rígidas. Não foram observadas alterações significati-

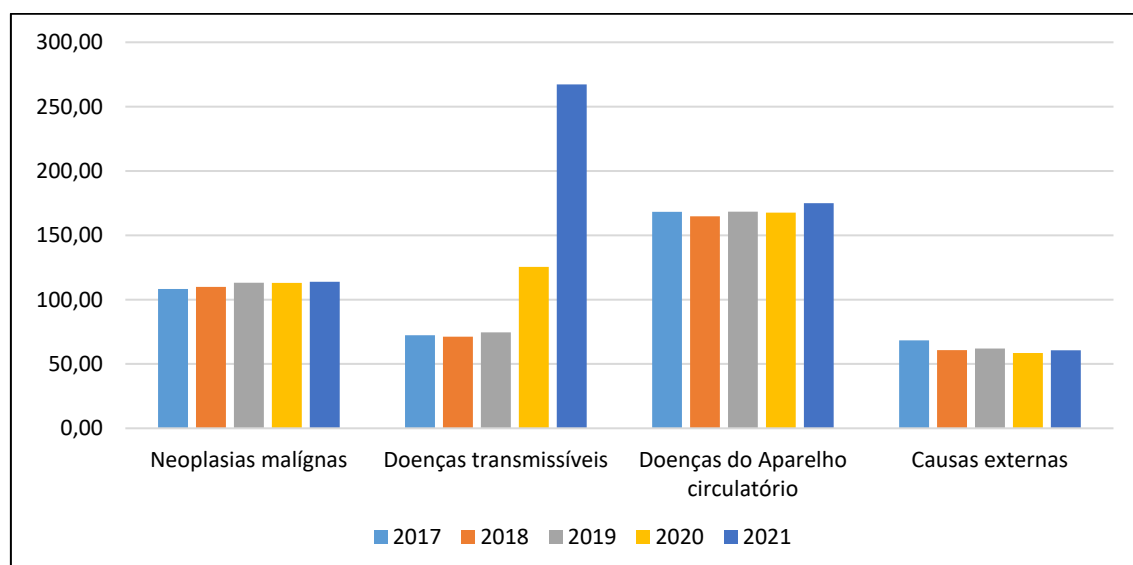
Tabela 6.1 – Taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	7,22	7,18	7,43	7,59	9,91
Centro sul	7,52	7,13	7,10	7,55	9,44
Centro	5,87	5,79	6,09	6,66	8,18
Jequitinhonha	4,52	4,30	4,63	4,60	5,45
Oeste	6,61	6,43	6,71	6,90	9,23
Leste	7,64	7,42	7,49	8,76	9,96
Sudeste	7,77	7,82	8,07	8,60	10,57
Norte	5,78	5,81	5,91	6,37	7,48
Noroeste	6,13	6,22	6,67	6,58	8,52
Leste do Sul	7,30	7,08	7,05	7,49	9,23
Nordeste	7,97	7,62	7,90	8,64	9,41
Triângulo do Sul	6,79	6,42	6,69	7,37	9,85
Triângulo do Norte	6,30	6,32	6,47	7,28	9,70
Vale do Aço	6,12	6,07	6,03	7,40	8,43

Nota: IBGE - Estimativas de população para 2000 a 2021; Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Figura 6.1 – Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por grupo de causas selecionadas – Minas Gerais, 2017 a 2021



Nota: IBGE - Estimativas de população para 2000 a 2021; Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

vas nas taxas de mortalidade por neoplasias malignas. As doenças do aparelho circulatório apresentaram leve aumento em 2021.

Salientaram-se as doenças transmissíveis, com taxa de mortalidade específica acima de 250 por 100 mil habitantes em 2021. Os óbitos por doenças transmissíveis correspondem aos códigos A00 a B99 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, G00 a G03 do capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (G00-G03) e J00 a J22 do capítulo X – Doenças do aparelho respiratório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de doenças (CID-10) (Rede Interagencial de Informações para a saúde, 2008).

A taxa de mortalidade por doenças transmissíveis mais baixa foi observada na macrorregião de Jequitinhonha, enquanto as mais elevadas foram na Sul, Oeste, Triângulo do Norte e do Sul, Noroeste, Sudeste e Leste (Tabela 6.2). Este estudo salienta o impacto da pandemia nos indicadores de mortalidade.

Impacto da COVID-19 na saúde materna

A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou em 2020 a emergência em saúde pública causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-COV2. Experiências anteriores com doenças respiratórias infecciosas, como a pandemia de influenza H1N1, de 2009, revelaram a gravidez, o parto e o puerpério como fatores de risco para agravamento da doença e

morte materna (Amorim; Takemoto; Fonseca, 2020). A pandemia da COVID-19 impactou as etapas de cuidado das gestantes/puérperas e recém-nascidos.

Em uma visão nacional, a razão da mortalidade materna ainda está distante da meta dos objetivos do desenvolvimento sustentável 2016-2030 (ONU, Brasil, 2015) no Brasil, por intermédio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Essa meta foi adaptada à realidade nacional mediante a disposição de enfrentar e readequar a Agenda 2030, destacando políticas públicas relevantes para alcançar resultados. A proposta de ajuste de meta 3.1 aventa a redução da razão de morte materna para 30 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (NV) (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2018), no entendimento de que o Brasil tem condições de ir além dos desafios propostos pelas metas globais, na medida em que já atingiu os valores definidos pelo MS, que propõe 70 mortes maternas por 100 mil Nascidos Vivos (BRASIL, 2022).

A vigilância do óbito tem como ferramentas relevantes no seu processo a declaração de óbito (DO), que deve estar adequadamente preenchida com dados corretos e legíveis para ser codificada e digitada no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A alimentação desse sistema é de responsabilidade municipal, estadual e federal, mantendo, assim, atualizada a base de dados em cada ente federativo.

Tabela 6.2 – Taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	87,83	83,29	91,19	119,06	292,67
Centro sul	78,15	75,34	71,43	94,62	237,87
Centro	54,74	55,04	61,10	116,00	243,49
Jequitinhonha	61,53	50,88	49,59	67,42	127,59
Oeste	62,47	65,11	74,22	102,01	275,21
Leste	78,24	65,50	52,52	158,63	283,61
Sudeste	87,49	92,06	93,73	161,56	313,20
Norte	81,42	84,47	83,81	114,61	204,24
Noroeste	78,89	79,96	80,60	115,05	290,97
Leste do Sul	80,50	81,43	80,93	120,29	247,71
Nordeste	76,33	66,64	76,17	127,26	202,43
Triângulo do Sul	94,16	79,43	84,41	147,68	370,27
Triângulo do Norte	78,08	77,85	78,87	157,89	380,38
Vale do Aço	73,83	78,28	71,67	174,37	258,19
Minas Gerais	72,37	71,16	74,51	125,38	267,29

Nota: IBGE - Estimativas de população para 2000 a 2021; Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG.

A declaração de óbito, documento padronizado internacionalmente, baseia o conhecimento sobre as causas do óbito considerando a classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID-10. No Brasil a DO serve como fonte de dados para alimentar o SIM. A partir das causas declaradas na DO, realiza-se a seleção de uma causa básica de morte, que é digitada e fará parte da estatística de mortalidade no País. De acordo com as regras de seleção ou princípio geral, é que se define a causa básica de morte (Organização Mundial da saúde, 2000). A causa básica é a doença ou circunstância que desencadeou os eventos que culminaram no óbito. A emissão da DO torna possível classificar a natureza do óbito.

Morte materna

A Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) 1119/2008 regulamentou a vigilância do óbito materno e suas atribuições. Morte materna, ou óbito materno, é a morte da mulher ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da localização ou do tempo da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Pode ser classificado em: direto, aquele que ocorre unicamente por alguma complicação diretamente ligada à gravidez; e indireto relacionado ao que ocorre em decorrência de algum fator secundário, mas a gravidez contribuiu para agravar o estado de saúde da mulher, culminando no óbito (BRASIL, 2009).

Razão de morte materna

Neste estudo foi realizada a busca de dados no portal da SES-MG/Vigilância Epidemiológica/SIM/SINASC e revisão de notas técnicas e da literatura publicada pela OMS, OPAS,

MS, além da busca de dados em sítios da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para fins de cálculo de razão de mortalidade materna (RMM), incluem-se apenas os casos de óbitos obstétricos diretos e indiretos ocorridos na gestação, ou até 42 dias ocorridos após seu término, em 100.000 NV (Rede Intergerencial de Informações para a saúde, 2008).

A redução da oferta dos serviços de saúde em função do foco à atenção estar direcionada aos casos de Covid-19 foram fatores fundamentais para privação de atenção por outros serviços de saúde. As consequências observadas na vigilância em saúde dos serviços públicos e privados evidenciaram a fragilidade dos serviços. Os desafios relacionados ao acesso e a capacidade da atenção primária à saúde em se realizar ações de rotina concomitante as ações de emergência elucidadas pela pandemia, agravados pelo isolamento social, repercutiu em dificuldade de captação precoce da gestante pelo serviço, acesso às consultas de pré-natal, estratificação de riscos durante a gestação, entre outras variáveis. O aumento da demanda por internação hospitalar em leitos de enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), sem recortes específicos, também contribuiu como obstáculo à atenção adequada às gestantes e puérperas, que necessitaram de atendimento e acompanhamento.

A redução de mortalidade materna depende crucialmente da atenção à saúde de qualidade antes, durante e após o parto. A OMS recomenda que as gestantes iniciem o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, com a finalidade de identificar e tratar precocemente riscos que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério (OMS).

Em Minas Gerais foi bastante expressivo o acréscimo da mortalidade materna por COVID-19 em 2020 e 2021 (Tabela 6.3). Os enaltes na reorganização da atenção e a segurança das práticas obstétricas não foram superados em sua totalidade. Contudo os desafios

Tabela 6.3 – Razão de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos – Minas Gerais, 2017 a 2021

	Nascidos vivos	Número de óbitos maternos	RMM (por 100.000NV)
2017	260.976	115	44,06
2018	263.664	126	47,78
2019	256.968	111	43,19
2020	247.185	120	48,54
2021	241.540	149	61,68

Fonte: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

na vigilância dos casos oportunamente com as barreiras enfrentadas nos casos evitáveis continuam mantidas.

As causas mais prevalentes de óbito materno em Minas Gerais são divididas em grupos, em conformidade com o que é estabelecido pela OMS. Cabe enfatizar que houve a continuidade na investigação ambulatorial e hospitalar, no intuito de elucidar as causas básicas dos óbitos maternos, apesar das limitações nas ações propostas para investigação de óbitos durante a pandemia, como, interrupção das capacitações e o desaconselhamento das visitas domiciliares para coleta de dados.

Análise de causa da morte materna

Em razão da necessidade de obter um melhor entendimento da causa básica de morte, a OMS promoveu uma nova forma de tabular os dados de causas maternas de morte em consonância com a CID-10, com o objetivo de padronizar a notificação. Baseia-se nas regras descritas no volume 2 da CID-10, que veio facilitar a coleta de dados. Dentre outras especificidades que constituem essa orientação da OMS, destaca-se a forma de agrupamento por subcategoria materna, já visando à implementação de etapas para compor a revisão da CID 11. Adicionalmente, possibilita classificar em uma divisão por Morte Materna Direta (MMD): resultado abortivo, distúrbios hipertensivos e hemorragias obstétricas relacionadas à gravidez-infecção, outras complicações obstétricas, imprevistos e complicações; e por morte materna indireta (MMI): complicações não obstétricas. A Tabela 6.4 apresenta as causas de óbito materno diretas e indiretas em Minas Gerais, entre 2017 e 2021.

A causas de morte materna definidas pela OMS são compostas por nove agrupamentos, separados por condições correspondentes: 1: Gravidez com aborto resultado (aborto, aborto espontâneo, gravidez ectópica, etc.); 2: Distúrbios hipertensivos em gravidez, parto e puerpério (edema, proteinúria, DHEG); 3: Hemor-

ragias obstétricas (condições obstétricas diretamente associados à hemorragia); 4: Infecções relacionadas à gravidez (doenças relacionadas à gravidez e em infecções); 5: Outras complicações obstétricas (todas as outras condições obstétricas diretas não incluídas no grupo 1-4); 6: Complicações inesperadas de gestão (efeitos adversos e outras complicações imprevistas de cuidados médicos e cirúrgicos durante a gravidez, parto e puerpério); 7: Complicações não obstétricas (condições não obstétricas: doença cardíaca, condições endócrinas, do SNC, do GTI, respiratórias, geniturinárias, autoimunes, esqueléticas, psiquiátricas, neoplasias, infecções que não são direto de gravidez); 8: Desconhecida/indeterminada; e 9: Causas coincidentes (externas).

Nos óbitos maternos ocorridos nos anos de 2017 a 2019 em Minas Gerais, segundo o SIM, observa-se a prevalência nas causas básicas de morte relacionados aos grupos 2, 3 e 7. No entanto, em 2020 a prevalência acentuou-se nos grupos 3 e 7 e em 2021 houve um aumento expressivo no grupo 7, destacando-se como causa prevalente sobre os demais grupos (Tabela 6.5). Esse evento estabelece relação direta com a morte materna em decorrência da COVID-19 e os obstáculos para o desempenho das ações citadas de combate à mortalidade materna.

Em obediência às normas estabelecidas no Plano Operacional de Vacinação do Ministério da Saúde (MS), que orienta a prioridade de vacinação por grupos específicos, com o propósito de organização de porta de entrada, foi priorizada, por susceptibilidade de risco de agravamento de sintomas e mortalidade, a vacinação contra COVID-19 para gestantes e puérperas. No Brasil, a vacinação iniciou-se mediante a publicação de nota Técnica de junho 2021 e, posteriormente, em Minas Gerais, de nota normativa de 6 de junho de 2022.

Posteriormente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) suspendeu o uso de algumas marcas de vacina para esse grupo, depois de relatos de outros países de suspeita

Tabela 6.4 – Frequência de óbitos maternos por causas diretas e indiretas – Minas Gerais, 2017 a 2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Morte materna direta	80	90	83	78	58
Morte materna indireta	27	33	24	39	90

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Tabela 6.5 – Frequência de óbitos maternos por grupo de causas, segundo causa básica de morte – Minas Gerais, 2017 a 2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo 1	4	3,48	8	6,4	5	4,63	4	3,36	6	4,11
Grupo 2	22	19,13	24	19,2	22	20,37	18	15,13	13	8,90
Grupo 3	23	20,00	26	20,8	23	21,30	25	21,01	19	13,01
Grupo 4	14	12,17	13	10,4	5	4,63	4	3,36	1	0,68
Grupo 5	10	8,70	11	8,8	18	16,67	17	14,29	12	8,22
Grupo 6	1	0,87	4	3,2	1	0,93	3	2,52	0	0,00
Grupo 7	27	23,48	31	24,8	23	21,30	39	32,77	85	58,22
Grupo 8	8	6,96	3	2,4	4	3,70	3	2,52	2	1,37
Outro	6	5,22	5	4	7	6,48	6	5,04	8	5,48
Total	115	100	125	100	108	100	119	100	146	100

Nota: Legenda dos grupos: 1) Gravidez termina em aborto; 2) Transtornos hipertensivos na gravidez, parto ou puerpério; 3) Hemorragia obstétrica; 4) Infecção relacionada à gravidez; 5) Outras complicações obstétricas; 6) Complicações imprevistas; 7) Complicações não obstétricas; 8) Desconhecido/indeterminado

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

de aumento do risco de desenvolvimento de tromboembolismo. A gravidez em si já aumenta o risco de desenvolver alguma substância que desencadeia a produção de anticorpos que alteram a coagulação do sangue, que é aumentada com o uso de alguns tipos de vacina.

Esse estudo tornou-se relevante diante do fenômeno de uma mudança na prevalência de causa de morte materna e do aumento da RMM. A análise dos dados do SIM deixou evidente a prevalência da causa de morte pela subcategoria O98.5 da CID-10, vol.1 – doença viral complicando gravidez parto e puerpério.

Ampliando o olhar crítico sobre as causas de óbito após a investigação, compreende-se que a representatividade de mortes por COVID-19, codificada em O98.5 + B34.2 + U07.1, equivale a 51.01% dos casos de morte materna de 2021, sendo mais evidente o aumento nos meses de março, abril, maio, junho e julho de 2021, tendo uma redução nos meses subsequentes, justaposto ao início da liberação da vacina a este grupo (Figura 6.2).

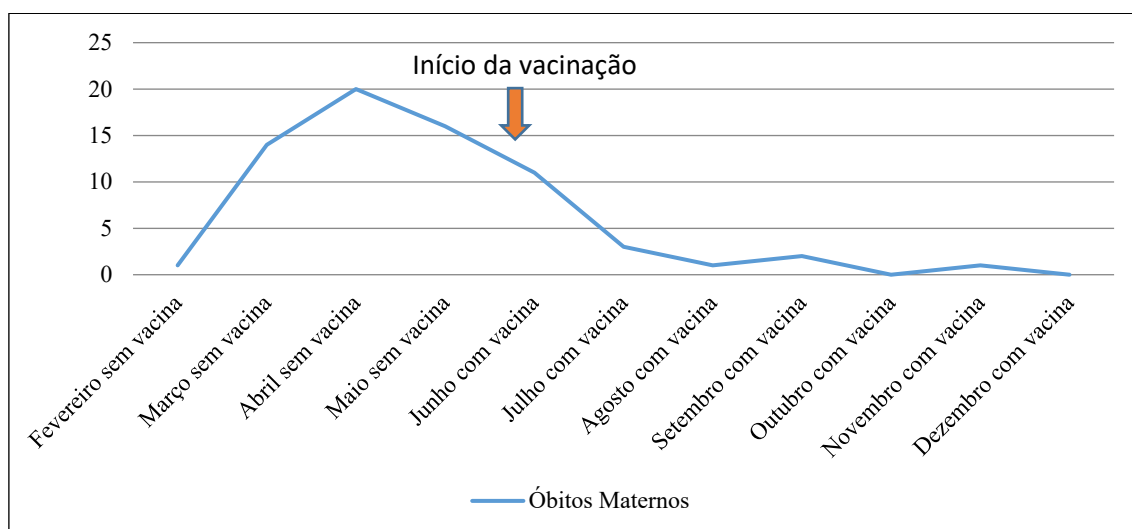
É pertinente destacar que os códigos internacionais de doenças pela CID-10 - B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada, uso do marcador U07.1 para vírus identificado e U07.2 para vírus não identificado, foram definidos pela OMS como códigos marcadores da pandemia. Posteriormente foram definidos, em concomitância com o có-

digo O98.5, para óbitos maternos por COVID-19, na pandemia no Brasil (Tabela 6.6).

Considerando que a morte materna é um fator de risco para a mortalidade na infância, isso implica, em quase sua totalidade, uma situação de desarranjo na estrutura da família quando se direciona o olhar para a orfandade, o luto da família em consonância com uma mudança de responsável para o cuidado a um recém-nascido, podendo ocasionar mais riscos de morbimortalidades a essa criança. O enfrentamento do desafio de consolidar um novo *modus vivendi* para essa criança que interrompe o privilégio adquirido intrauterino de alimentação, afetividade e vínculos que a psicologia julga tão pertinente na educação, proporciona uma nulidade aos benefícios interrompidos por uma morte evitável.

Ainda que os números e cálculos reflitam um aumento nas mortes maternas, as DO que ainda aguardam ser investigadas e codificadas para serem digitadas e colocadas em estatísticas, são muito significativas, podendo elevar mais esse número de óbitos. Os dados de 2021 são preliminares. As equipes de vigilância ao óbito e os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna infantil e fetal trabalham árduamente na qualificação dos bancos de dados de 2021, estando, então, sujeitos a alterações. Para os propósitos deste estudo, procedeu-se à busca de dados no portal SES-MG/Vigilância

Figura 6.2 – Frequência de óbitos maternos, segundo mês de ocorrência – Minas Gerais, 2021



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Tabela 6.6 – Frequência de óbitos maternos por subcategoria e mês de ocorrência – Minas Gerais, 2021

MÊS	ÓBITOS MATERNOS (%)		ÓBITOS POR CATEGORIA O98.5-B34.2-U07.1 (%)		ÓBITOS POR CATEGORIA O98.5-B34.2-U07.2 (%)	
Janeiro	7	4,70	4	5,26	0	0
Fevereiro	5	3,36	1	1,32	0	0
Março	24	16,11	13	17,11	2	40
Abril	33	22,15	20	26,32	3	60
Maió	23	15,44	18	23,68	0	0
Junho	20	13,42	14	18,42	0	0
Julho	10	6,71	3	3,95	0	0
Agosto	4	2,68	1	1,32	0	0
Setembro	7	4,70	2	2,63	0	0
Outubro	6	4,03	0	0	0	0
Novembro	4	2,68	0	0	0	0
Dezembro	6	4,03	0	0	0	0
Total	149	100	76	100	5	100

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Epidemiológica/SIM/SINASC e à revisão de notas técnicas e da literatura publicada pela OMS, OPAS, Ministério da Saúde, além da busca de dados em sites da BVS.

Mortalidade infantil

Para a avaliação dos indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade na infância, adotaram-se como parâmetros as metas pactuadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabelecem metas de re-

dução da mortalidade para 2030 para a mortalidade neonatal e na infância ou menores de 5 anos de idade. As metas pactuadas pelo Brasil são: Reduzir a taxa de mortalidade neonatal a menos de 5 por 1.000 nascidos vivos em todos os grupos populacionais, inclusive os que apresentam maior risco (por exemplo, populações indígenas, afrodescendentes, roma e população rural, segundo se aplique em cada país); e reduzir a mortalidade em crianças menores de 5 anos a menos de 8 por 1.000 nascidos vivos. Nesta descrição, salientam-se as de

Tabela 6.7 – Taxa de mortalidade infantil, por raça/cor – Minas Gerais, 2017 a 2021

Raça/Cor	2017	2018	2019	2020	2021
Branca	16,45	15,59	16,63	14,60	15,52
Preta	5,26	6,60	5,10	4,70	5,49
Amarela	3,66	3,70	6,00	3,56	2,21
Parda	12,25	11,30	12,15	11,10	10,63
Indígena	25,05	26,88	43,98	20,75	20,41
Ignorado	21,94	36,54	34,72	29,87	33,64
Total	13,38	12,78	13,41	11,98	12,10

Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Tabela 6.8 – Taxa de mortalidade neonatal, por raça/cor – Minas Gerais, 2017 a 2021

Raça/Cor	2017	2018	2019	2020	2021
Branca	9,28	9,16	9,43	8,74	9,06
Preta	2,90	3,73	2,66	2,73	3,41
Amarela	1,57	2,77	3,70	2,54	1,66
Parda	7,92	7,42	7,76	7,72	7,05
Indígena	10,44	10,75	19,12	3,77	5,57
Ignorado	15,20	23,42	23,65	22,16	26,21
Total	8,17	7,95	8,13	7,83	7,67

Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

sigualdades do risco de morrer na infância por raça/cor.

Além do desafio para melhorar a assistência à população indígena, é preciso redobrar os esforços para o adequado preenchimento

do campo raça/cor nas declarações de óbitos e nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade neonatal, agrupadas por raça/cor, são apresentadas na Tabela 6.7 e na Tabela 6.8, respectivamente.

Referências

AMORIM, M. M. R.; TAKEMOTO, M. L. S.; FONSECA, E. B. da. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 223, n. 2, p. 298–299, 1 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.023>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico nº 20**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MINAS GERAIS. **Dados de vacinação COVID-19 em MG, grupos alvos**. Minas Gerais | Cobertura. Disponível em <https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMA>

S_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html#._Acesso em: 11 de julho de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Org.). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano operacional da vacinação contra a COVID-19**. 4ª edição. Brasília, DF, fev. 2021.

O Programa Nacional de Imunizações

Desde o século XIX as vacinas são utilizadas no Brasil como forma de controle de doenças. Em 1973 foi instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).

O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira, e tem por objetivo promover o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É considerado uma das principais e mais importantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas.

Cada esfera de gestão tem as competências no âmbito das ações do Programa de Imunizações:

• Federal

- A coordenação do PNI (incluindo a definição das vacinas nos calendários e das campanhas nacionais de vacinação), as estratégias e as normatizações técnicas sobre sua utilização;
- O provimento dos imunobiológicos definidos pelo PNI, considerados insumos estratégicos; e
- A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados nacionais e a retroalimentação das informações à esfera estadual.

• Estadual

- A coordenação do componente estadual do PNI;
- O provimento de seringas e agulhas, itens que também são considerados insumos estratégicos;
- A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados municipais, o envio dos dados ao nível federal nos prazos estabelecidos e a retroalimentação das informações à esfera municipal.

• Municipal

- A coordenação e a execução das ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo a

vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e vacinações de bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

- A gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;
- O descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes; e
- A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos.

Indicadores de imunizações

As informações coletadas e processadas nos sistemas de informação devem ser utilizadas para a avaliação do desempenho PNI. Vários indicadores de imunizações podem ser construídos e devem ser instrumentos para a programação das atividades de imunizações: alguns indicadores são específicos da imunização, por exemplo, para se conhecer a situação vacinal de determinada área, em determinado tempo e por determinados imunobiológicos.

Os indicadores mais utilizados pelo PNI são os seguintes:

Cobertura vacinal (CV): indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças. É calculado mediante a utilização no numerador do total de doses aplicadas que completam o esquema vacinal de determinada vacina, período e localidade e no denominador da estimativa da população-alvo da vacina avaliada, multiplicando-se por 10. Em menores de 1 ano e 1 ano de idade, o denominador é extraído do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e já compõe a base de dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI WEB). O próprio sistema fornece relatórios de coberturas vacinais por unidade federada até o nível municipal. A cobertura vacinal é descrita segundo a Equação 7.1.

Homogeneidade de coberturas vacinais (HCV): é um indicador mais utilizado no âmbito dos estados e dos países. Pode ser realizada a avaliação entre vacinas para um mesmo município ou entre municípios de um estado, região ou país.

a) Homogeneidade de coberturas vacinais (HCV) entre localidades: indicador que estima a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas. A homogeneidade de coberturas vacinais é calculada utilizando-se no numerador o total de municípios com cobertura vacinal adequada (segundo os parâmetros do PNI para cada vacina) e no denominador o total de municípios, multiplicando-se por 100. A HCV entre localidades é descrita segundo a Equação 7.2.

b) Homogeneidade de coberturas vacinais (HCV) entre vacinas: indicador que estima a proporção de vacinas com coberturas adequadas em determinada localidade. A homogeneidade de coberturas vacinais é calculada utilizando-se no numerador o total de vacinas com cobertura vacinal adequada (segundo os parâmetros do PNI, para cada vacina) e no denominador o total de vacinas, multiplicando-se por 100. A HCV entre Vacinas é descrita segundo a Equação 7.3.

Taxas de abandono (ou proporção de abandono de vacinas): indicador que mede a adesão do usuário ao programa de imunizações. Aplica-se para vacinas de esquemas multidoses. Este indicador é calculado dividindo-se a diferença entre o número de primeiras doses e o número de últimas doses administradas do esquema vacinal pelo total de primeiras doses e multiplicando-se por 100. Para se avaliar a situação deste indicador, utilizam-se os parâmetros estabelecidos pelo PNI, considerando-se as taxas de abandono baixas (aquelas inferiores a 5%), médias (aquelas

que são $\geq 5\%$ e $< 10\%$) e altas ($\geq 10\%$). A taxa de abandono de vacinas é descrita segundo a Equação 7.4.

Estes e outros indicadores devem ser avaliados regularmente por cada esfera de gestão do PNI, com o propósito de subsidiar a tomada de decisão. Informações de qualidade produzem indicadores de qualidade e, consequentemente, tornam-se ferramentas fundamentais para o planejamento e a programação adequada das ações.

O estado de Minas Gerais não alcançou, no período de 2017 a 2021, a meta preconizada pelo Ministério da Saúde na maioria das vacinas e anos avaliados para crianças menores de 1 ano de idade e crianças com 1 ano de idade.

Das vacinas recomendadas para crianças menores de 1 ano de idade, a BCG e a Rotavírus alcançaram a meta preconizada de 90%. As demais (Hepatite B, Poliomielite, Penta-valente, Pneumocócica 10, Meningocócica C, Tríplice viral, Febre amarela, Hepatite A, Varicela) alcançaram 95%. A Figura 7.1 apresenta as informações sobre cobertura vacinal e homogeneidade em Minas Gerais no período de 2017 a 2021.

Para as crianças de um ano de idade o PNI recomenda a meta de 95% para as vacinas: Tríplice viral, Pneumocócica 10V, Meningocócica C, Varicela, Poliomielite, DTP, Hepatite A. A cobertura vacinal e sua homogeneidade entre crianças menores que um ano de idade podem ser observadas na Figura 7.1. A Figura 7.2 mostra que apenas nos anos de 2018 e 2019 Minas Gerais atingiu a meta de cobertura vacinal em um único imonobiológico (Tríplice Viral – 1ª dose).

A homogeneidade da cobertura vacinal avaliada em Minas Gerais entre 2017 e 2021 demonstra um cenário preocupante de baixa cobertura vacinal, com risco de reintrodução

$$\text{Cobertura Vacinal} = \frac{\text{Número de doses aplicadas de determinada vacina}}{\text{População-alvo da determinada vacina}} \times 100 \quad (\text{Equação 7.1})$$

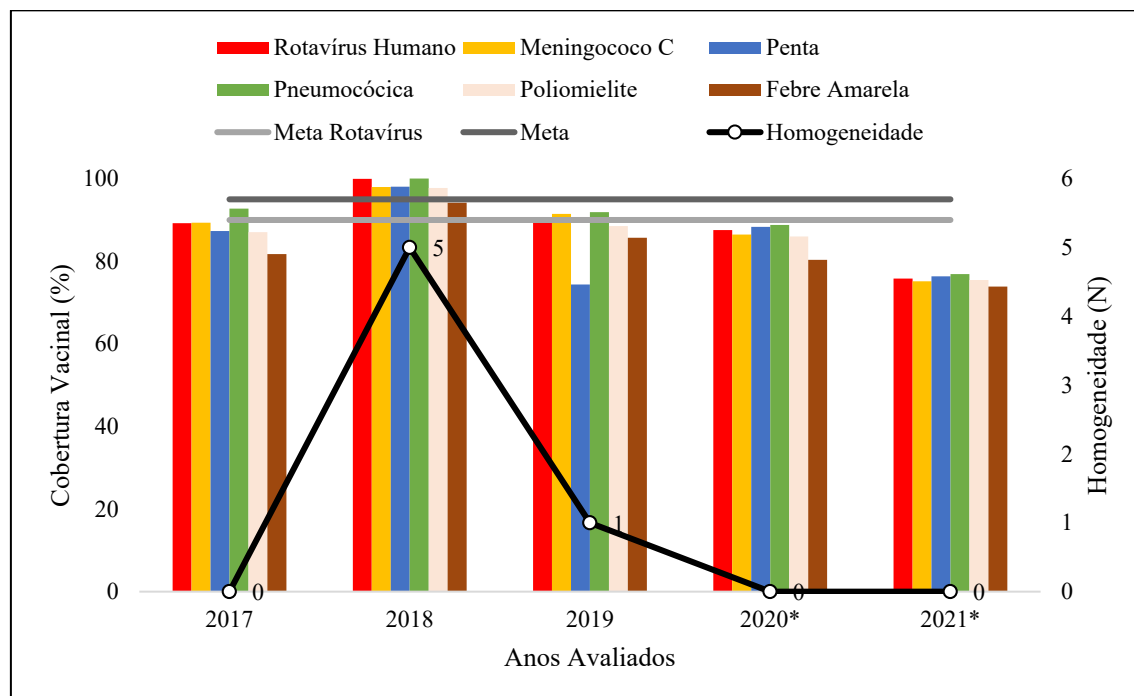
$$\text{HCV entre Localidades} = \frac{\text{Número de municípios com CV para determinada vacina}}{\text{Número de municípios avaliados}} \times 100 \quad (\text{Equação 7.2})$$

$$\text{HCV entre Vacinas} = \frac{\text{Número de vacinas com CV para determinada localidade}}{\text{Número de vacinas avaliadas}} \times 100 \quad (\text{Equação 7.3})$$

$$\text{Taxas de abandono} = \frac{(\text{Número de primeiras doses}) - (\text{Número de últimas doses})}{\text{Número de primeiras doses}} \times 100 \quad (\text{Equação 7.4})$$

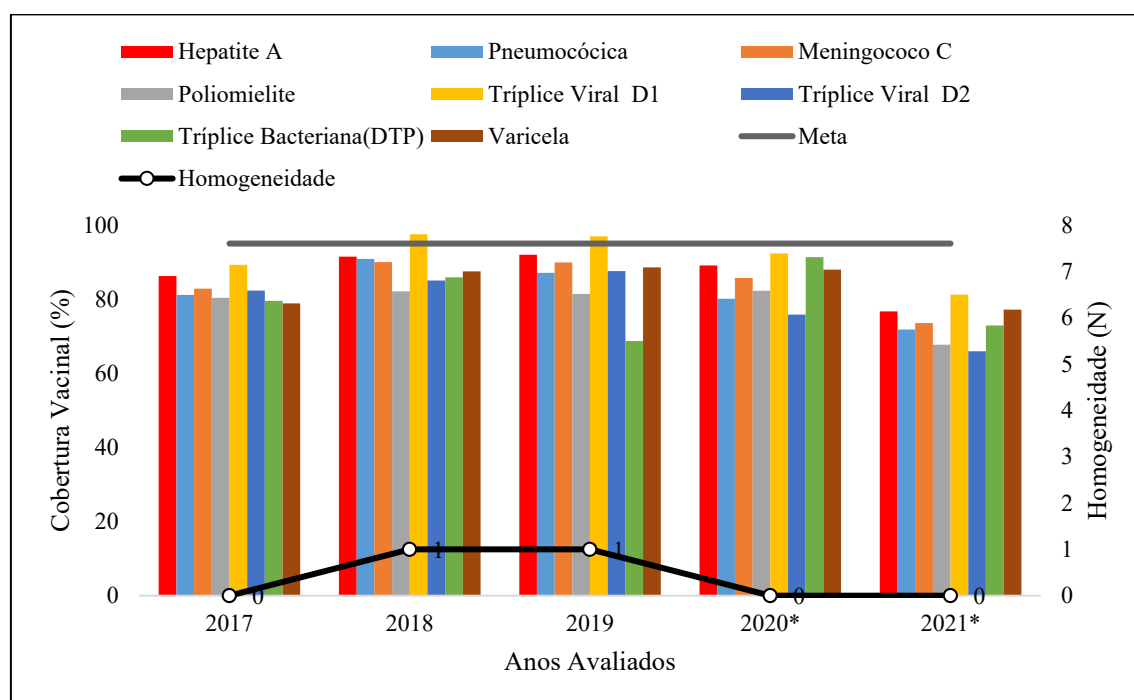
de doenças imunopreveníveis e a necessidade de mudança de estratégias de vacinação e de busca ativa da população não vacinada.

Figura 7.1 – Cobertura vacinal das vacinas recomendadas para as crianças menores de um ano de idade e homogeneidade de cobertura vacinal entre as vacinas avaliadas – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: CI/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG;SIPNI/TABNET

Figura 7.2 – Cobertura vacinal das vacinas recomendadas para as crianças de um ano de idade e homogeneidade de cobertura vacinal entre as vacinas avaliadas – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: CI/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG;SIPNI/TABNET

Eventos adversos pós-vacinação

Todas as vacinas ofertadas pelo PNI são seguras, possuem autorização de uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANISA) e passam por um rígido processo de avaliação de qualidade pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz, instituição responsável pela análise da qualidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos pelo SUS (BRASIL, 2022). Entretanto, como qualquer outro medicamento, não estão isentas de riscos. Neste sentido, desde 1991 a OMS recomenda o estabelecimento de sistemas de vigilância de eventos pós-vacinação (VEAPV), com a finalidade de subsidiar a adoção de medidas de sesegurança oportunas que assegurem a melhor relação benefício-risco para a população vacinada (BRASIL, 2020).

Diante da acelerada introdução de novas vacinas que utilizam diferentes tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, por exemplo, as vacinas contra a COVID-19, pode haver um aumento considerável no número de notificações de eventos adversos pós-vacinação. Dessa forma, torna-se fundamental o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica, em especial no manejo, identificação, notificação e investigação de EAPV por profissionais de saúde (BRASIL, 2022).

Um EAPV é qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal (WHO, 2012).

Quanto à gravidade, são classificados em:

a) Evento adverso grave – EAG: qualquer evento clinicamente relevante que:

- i. Requeira hospitalização;
- ii. Possa comprometer o paciente, ou seja, que ocasione risco de morte e que exija intervenção clínica imediata para evitar o óbito;
- iii. Cause disfunção significativa e/ou incapacidade permanente;
- iv. Resulte em anomalia congênita;
- v. Ocasione o óbito.

b) Evento adverso não grave – EANG: qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave (EAG). Os eventos não graves não representam risco

potencial para a saúde do vacinado, embora também devam ser cuidadosamente monitorados, pois podem sinalizar um problema potencialmente maior em relação à vacina ou à imunização, ou ter um impacto sobre a aceitabilidade da imunização em geral.

Após a identificação de uma suspeita de um EAPV ou erro em imunização, as unidades notificadoras (Salas de vacinação de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento), Prontos-socorros e Hospitais públicos ou privados) realizam a primeira classificação, segundo a gravidade, em evento adverso grave (EAG), ou evento adverso não grave (EANG), ou ainda um erro de imunização (EI). Caso o evento seja não grave, o formulário de notificação e investigação é preenchido e inserido no e-SUS Notifica, não havendo a necessidade de investigação, com exceção das situações de “surtos” de eventos adversos.

Caso ocorra um agravante ou se o evento adverso for classificado como um EAG, este deve ser notificado e inserido imediatamente no e-SUS Notifica ou em até 24h (ou mesmo por telefone, e-mail, *WhatsApp*). Nas localidades em que a internet ainda não esteja disponível, o EAG deverá ser notificado às Coordenações Municipais de Imunização, que o notificarão às Regionais de Saúde, que o notificarão às Secretarias Estaduais de Saúde, que, por sua vez, o notificarão ao PNI/SVS/MS. Todos os casos graves deverão ser investigados. Para fins de vigilância epidemiológica, sugere-se que a investigação seja iniciada em até 48h após a notificação do caso suspeito.

O formulário de notificação de investigação de EAPV contém campos para a descrição detalhada dos eventos, devendo-se dispensar um cuidado especial ao preenchimento dos campos referentes a lotes, doses e locais anatómicos de vacinação. Após a notificação inicia-se a investigação. Nesse momento é necessário acrescentar todas as informações dos documentos complementares, tais como prontuários médicos, laudos de exames laboratoriais e de imagem, relatórios de evolução e declaração de óbito. Deve-se documentar o evento adverso com o maior número possível de informações, para o estabelecimento de diagnóstico final e definitivo, possibilitando, dessa forma, a avaliação de causalidade. Os casos graves e os pareceres deverão ser dis-

cutidos com profissionais capacitados, visando à elucidação do caso.

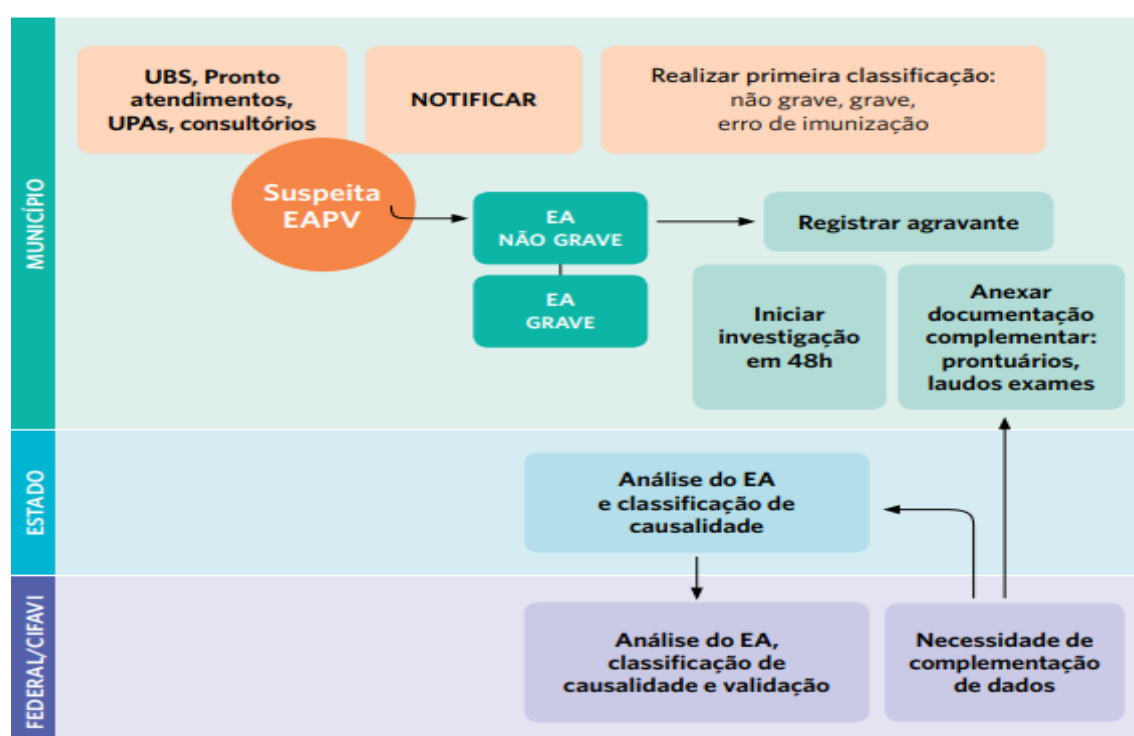
Todas as notificações deverão ser inseridas no sistema de informação e ser atualizadas sempre que novas informações forem incorporadas à investigação. A partir dessa inserção, todas as instâncias envolvidas – municípios, regionais de saúde, secretarias estaduais de saúde e PNI – terão acesso às informações. Quando houver a necessidade de informações complementares nas análises estaduais ou na análise federal, faz-se a solicitação destas aos municípios, conforme a instância.

No nível federal, os EAG são avaliados,

discutidos e classificados segundo a causalidade, sendo que os casos mais graves são apresentados para o Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos (CIFAVI), para avaliação e classificação. A Figura 7.3 apresenta o fluxograma de notificação e investigação de EAPV.

Entre 2017 e 2020, foram notificados 16.719 casos de EAPV no sistema de informação SIPNI-EAPV. Em relação à distribuição do tipo de evento, 60,2% apresentaram eventos adversos não graves, 11,9% eventos adversos graves e 27,9% erro de imunização, sendo 1,6% com evento adverso (Tabela 7.1).

Figura 7.3 – Fluxograma de notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação



Fonte: CI/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Tabela 7.1 – Distribuição de EAPV notificados no sistema de informação SIPNI-EAPV, segundo o tipo de evento e sexo – Minas Gerais, 2017 a 2020

Tipo de Evento	2017			2018			2019			2020			Total Geral
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	
EI	506	282	788	458	354	812	744	630	1374	893	526	1419	4393 (26,3%)
EI – Com evento adverso	38	32	70	27	24	51	56	38	94	33	22	55	270 (1,6%)
EAG	209	259	468	233	318	551	228	251	479	254	233	487	1985 (11,9%)
EANG	1398	940	2338	1419	1079	2498	1738	1245	2983	1365	887	2252	10071 (60,2%)
Total Geral	2151	1513	3664	2137	1775	3912	2766	2164	4930	2545	1668	4213	16719 (100%)

Notas: Período: 11 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2020

Fonte: CI/DVAT/SVE/SUBVS/SES-MG

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde.**

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). Ministério da Saúde. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de->

[saude-tabnet/](https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/). Acesso em 29 de setembro de 2022.

BRASIL. **Plano Nacional de Operacionalização da vacina contra a COVID-19.** 12^o edição. Ministério da Saúde. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de vigilância adversos de eventos epidemiológicos pós-vacinação.** 4^a edição. Ministério da Saúde. Brasília, 2020.

Introdução

A inclusão das informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores na análise geral de saúde, que compõem a base para a elaboração dos instrumentos de gestão e planos regionais e municipais de saúde, é fundamental para a identificação de necessidades, problemas e vulnerabilidades da população trabalhadora nos territórios e para a definição de prioridades de atenção e Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT).

O setor Saúde assume um papel central na construção de estratégias e indicadores que permitam dar visibilidade social e política aos impactos decorrentes dos processos produtivos e dos modelos de desenvolvimento econômico-social adotados nos territórios. A elaboração de diagnósticos e de análises da situação de saúde pelas equipes, nos três âmbitos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma ferramenta fundamental para esse propósito e para o planejamento e definição de prioridades e estratégias de intervenção.

Para executar o planejamento, a tomada de decisão e as intervenções no âmbito da Saúde do Trabalhador, os gestores e técnicos da saúde necessitam de informações qualificadas acerca da situação de saúde da população trabalhadora em seu território, as quais devem servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. As informações produzidas pela rede de serviços de vigilância e de atenção à saúde precisam oportunizar a detecção precoce da perda de saúde individual, a avaliação dos riscos ocupacionais e a eficácia das medidas preventivas, curativas e rea-

bilitadoras. Ainda, devem contribuir para a melhoria do cuidado em saúde e para o controle de exposições aos riscos ocupacionais.

No processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, a instituição de medidas de controle para a saúde e segurança dos trabalhadores deve ocorrer assim que haja suspeição da relação do evento com o trabalho e que as situações de risco aos trabalhadores forem identificadas, visando à intervenção nos ambientes e processos de trabalho, de modo a evitar a ocorrência de novos casos.

Cenário epidemiológico das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

Analisando-se a série histórica das doenças e agravos relacionados ao trabalho, observa-se um incremento no número de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, explicado pela sensibilização das referências técnicas em saúde do trabalhador sobre a importância de notificação dos casos de trabalhadores da saúde acometidos por COVID-19, usando a ficha de Acidente de Trabalho com Exposição a material Biológico seguindo as devidas orientações, conforme a Nota Técnica COES Minas COVID-19 nº 44.

O Câncer Relacionado ao Trabalho (CRT) também apresentou aumento no número de notificações, devido à estruturação de ações direcionadas à vigilância desse agravo, instituídas a partir da criação de um Grupo de Trabalho multidisciplinar, com o objetivo de se estabelecer e padronizar as rotinas realizadas pelas referências técnicas, relacionadas à investigação epidemiológica (Tabela 8.1).

Tabela 8.1 – Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação– Minas Gerais, 2017 a 2021

Doença ou Agravo Relacionado ao Trabalho	2017	2018	2019	2020	2021
Acidente de Trabalho	12152	13011	12843	11684	12796
Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico	7880	8511	8802	12217	11472
Câncer Relacionado ao Trabalho	21	15	27	29	42
Dermatose Ocupacional	195	126	115	43	40
Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho	878	1069	1015	850	767
Lesão por esforço repetitivo (LER) ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT)	1780	1841	1355	705	732
Perda Auditiva Induzida por Ruído	136	101	65	21	16
Pneumoconiose	257	313	198	37	54
Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	475	375	377	235	313
Total	23774	25362	24797	25821	26232

Fonte: SINAN Net - atualização: Semana Epidemiológica 27 de 2022

No Brasil, na série histórica de 2017 a 2021, foram notificados 2.103 (dois mil cento e três casos) de câncer relacionado ao trabalho. O Paraná notificou um total de 913 casos de CRT, o que representa 43% dos casos no Brasil, sendo desde 2018, o Estado com maior número de notificações. Mato Grosso do Sul, é o segundo Estado brasileiro com maior número de notificações na série histórica (495), representando 23% do total. E Minas Gerais, é o terceiro no *ranking* de maior número de notificações de CRT entre 2017 a 2021, com 134 casos acumulados no período, representando 6% dos casos do Brasil.

Na análise por ano, observa-se que desde 2019 Minas Gerais mantém o crescimento no número de notificações de CRT, incluindo os anos, de 2020 e 2021, de maior impacto pela Pandemia por COVID-19. Inverso do cenário brasileiro, no qual se observou uma queda significativa, apresentando, em 2021 um patamar inferior ao alcançado em 2018.

No ano de 2021, as notificações de CRT em Minas Gerais representaram 16% do total das notificações no Brasil, sendo o segundo estado com maior número de notificações neste ano, demonstrando o resultado positivo das

ações de vigilância do CRT coordenadas pela Coordenação de Saúde do Trabalhador/SES-MG e realizadas por toda a RENAST de Minas Gerais (Tabela 8.2).

Adicionalmente, considerando as notificações de CRT, no período de 2017 a 2021, observou-se que os três estados com maior número de municípios com registro de notificação foram: Minas Gerais (40 municípios); Paraná (10 municípios) e Mato Grosso do Sul (2 municípios). Destaca-se que Minas Gerais apresentou o número de municípios quatro vezes maior em relação ao Paraná, estado com maior número de notificações, no qual a maioria das notificações concentradas na capital Curitiba (795 dos 913 casos). O resultado de Minas Gerais demonstra a efetividade das ações de matriciamento, apoio técnico-pedagógico e descentralização das ações de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho, para o fortalecimento de toda a Rede de Atenção à Saúde.

Informação qualificada da “Ocupação” nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Tabela 8.2 – Notificações de câncer relacionada ao Trabalho por Unidade Federativa (UF) – Minas Gerais, 2017 a 2021

UF de notificação	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Paraná	50	181	373	264	45	913
Mato Grosso do Sul	56	158	203	55	23	495
Minas Gerais	22	15	26	29	42	134
Rio Grande do Norte	8	3	39	40	34	124
São Paulo	4	6	60	14	39	123
Alagoas	29	6	25	4	6	70
Goiás	1	21	31	15	-	68
Santa Catarina	-	1	20	21	12	54
Rio de Janeiro	-	-	-	9	38	47
Rio Grande do Sul	6	-	4	5	10	25
Bahia	5	-	4	4	3	16
Ceará	1	4	1	4	3	13
Rondônia	5	1	-	-	-	6
Pará	-	-	-	1	3	4
Pernambuco	-	2	-	-	-	2
Sergipe	1	-	1	-	-	2
Mato Grosso	1	1	-	-	-	2
Distrito Federal	2	-	-	-	-	2
Roraima	-	-	1	-	-	1
Tocantins	-	-	-	-	1	1
Paraíba	-	-	1	-	-	1
Total	191	399	789	465	259	2103

Fonte: SINAN Net/MS – Acesso em 11 de novembro de 2022

A Portaria 458, de 20 de março de 2020, dispõe sobre a inclusão e o preenchimento obrigatório dos campos “Ocupação” e “Atividade econômica”, a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), respectivamente, nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2020).

No processo de sensibilização, capacitação e monitoramento é importante enfatizar com os técnicos da vigilância municipal a importância de se realizar uma investigação detalhada dos casos, de forma a coletar características ocupacionais, de incentivar o preenchimento adequado e de reforçar com os digitadores a necessidade de fazer o lançamento correto das informações no sistema de informação, de modo a reduzir a incompletude e inconsistência das fichas e qualificar o preenchimento dos campos “Atividade Econômica” (CNAE) e “Ocupação” (CBO).

Em relação ao campo “Ocupação”, a versão atual disponibilizada pelo SINAN corresponde à tabela oficial da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002, com base legal nas Portarias 3.654/77, 1.334/94 (BRASIL, 1994) e 397/02 (BRASIL, 2002).

Nas Tabelas 8.3, 8.4 e 8.5 observa-se o percentual de preenchimento qualificado do campo “Ocupação” nas notificações de Acidente de Trabalho, Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico e Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho entre 2017 e 2021, registradas no SINAN no estado.

Considerando-se o aspecto de análise de qualidade do preenchimento, foram excluídas as notificações com as seguintes informações no campo “Ocupação”: Ignorada; Estudante; Dona de casa; Aposentado/pensionista; Desempregado crônico ou cuja “Ocupação” habitual não foi possível obter; Não informado e CBO sem definição.

Em relação ao percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de Acidente de Trabalho, conforme se observa na Tabela 8.3, em geral, o percentual do preenchimento com ocupações válidas foi superior a 95,0% durante o período analisado. Destacase a macrorregião Triângulo do Sul, que manteve um percentual de preenchimento do campo “Ocupação” superior a 98,0% em todos os anos. Contudo, demandam atenção especial, as macrorregiões Centro Sul, Nordeste e Triângulo Norte, em que o preenchimento deste campo em 2021 foi inferior a 95,0%.

Na Tabela 8.4, observa-se que o percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico entre 2017 e 2021 foi menor do que nas notificações de acidente de trabalho. Apesar disso, houve, em geral, um aumento desse percentual ao longo do período analisado. Em 2017, em 10 das 14 macrorregiões do estado o percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações desse agravo foi inferior a 95%. Em 2021 isso aconteceu somente em três macrorregiões. Destacaram-se a Oeste, a Nordeste e a

Tabela 8.3 – Percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de acidente de trabalho, segundo a macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	98,1	97,3	98,1	96,7	96,1
Centro sul	96,4	97,4	94,1	96,0	90,9
Centro	99,1	98,6	99,0	98,5	97,4
Jequitinhonha	93,2	96,4	96,5	95,8	96,4
Oeste	98,4	98,8	97,7	96,8	99,2
Leste	94,6	97,6	96,2	91,2	95,7
Sudeste	97,0	97,4	96,9	96,8	96,4
Norte	98,1	96,1	97,3	95,0	96,4
Noroeste	98,2	98,5	98,6	96,0	95,6
Leste do Sul	97,5	97,7	98,0	98,0	97,1
Nordeste	96,6	96,7	96,3	91,0	92,5
Triângulo do Sul	98,7	99,3	99,6	98,7	98,6
Triângulo do Norte	98,7	97,7	98,0	98,7	92,3
Vale do Aço	99,4	97,4	98,9	98,4	95,3
Minas Gerais	97,4	97,6	97,5	96,2	95,7

Fonte: SINAN Net

Tabela 8.4 – Percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	89,5	92,9	92,2	95,5	95,5
Centro sul	95,7	92,9	92,5	98,7	92,9
Centro	92,0	93,0	91,8	94,5	93,4
Jequitinhonha	88,1	85,9	95,2	98,6	98,4
Oeste	98,0	97,1	96,0	98,4	95,9
Leste	88,1	95,6	92,3	97,7	97,3
Sudeste	89,7	90,1	91,3	97,8	95,0
Norte	91,8	90,8	88,9	96,7	96,3
Noroeste	94,7	97,3	94,0	98,1	91,8
Leste do Sul	93,7	95,3	95,8	98,4	93,1
Nordeste	97,2	98,6	97,2	98,8	98,6
Triângulo do Sul	89,1	82,6	86,8	98,1	99,1
Triângulo do Norte	93,3	96,6	95,5	97,5	96,4
Vale do Aço	96,9	96,6	97,8	99,1	98,7
Minas Gerais	92,7	93,2	93,4	97,7	95,9

Fonte: SINAN Net

Tabela 8.5 – Percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de intoxicação exógena relacionada ao trabalho, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	65,7	72,5	74,2	68,0	57,5
Centro sul	36,2	71,4	44,1	58,1	54,8
Centro	43,5	45,4	36,7	25,9	31,6
Jequitinhonha	16,7	42,9	57,1	81,8	42,9
Oeste	79,6	71,4	61,4	60,0	72,7
Leste	83,3	91,5	80,0	82,5	73,0
Sudeste	72,4	77,1	69,0	42,4	84,0
Norte	78,9	80,0	60,8	46,0	68,4
Noroeste	71,4	70,9	63,1	47,8	44,1
Leste do Sul	77,4	87,5	81,4	89,3	88,9
Nordeste	60,0	100,0	84,6	80,0	50,0
Triângulo do Sul	77,8	85,7	65,1	58,3	63,4
Triângulo do Norte	66,7	85,0	66,3	37,8	28,8
Vale do Aço	40,0	14,3	89,5	84,0	60,9
Minas Gerais	62,1	71,1	66,7	61,6	58,6

Fonte: SINAN Net

Vale do Aço, nas quais o percentual foi superior a 95%, em todos os anos analisados. Porém, nas macrorregiões Centro Sul, Centro, Noroeste e Leste do Sul este percentual foi inferior a 95% em 2021 e também inferior ao percentual do ano anterior.

Em relação ao percentual de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de intoxicação exógena relacionada ao trabalho, observa-se na Tabela 8.3 que este foi inferior a 95% em todos os anos em quase todas as

macrorregiões e durante todo o período avaliado, excetuando-se apenas a Nordeste em 2018. Esse cenário sinaliza para a importância de atenção especial direcionada à vigilância desse agravo no âmbito de todas as macrorregiões.

Informação “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho

A Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) é uma informação de extrema importância nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, uma vez que possibilita a identificação das atividades econômicas com maior incidência de doenças e agravos relacionados ao trabalho, subsidiando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência direcionadas às atividades e ramos produtivos de maior risco. O preenchimento com qualidade deste campo nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN, assim como o campo “Ocupação”, é de extrema importância para a qualificação das análises de situação da saúde dos trabalhadores e a identificação de situações de risco e vulnerabilidades, bem como de desigualdades e inequidades, subsidiando a formulação de estratégias de proteção e promoção e de políticas e programas voltados para a redução da morbimortalidade consequente das doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Em relação ao percentual do preenchimento do campo CNAE nas notificações de acidente de trabalho, observa-se na Tabela 4 um aumento do percentual de preenchimento do campo CNAE em 2018 e 2019, em geral, sendo que 10 das 14 macrorregiões do estado chegaram a um percentual maior ou igual a 90,0% em pelo menos um desses dois anos. Destaca-se, no entanto, a redução observada em todas as macrorregiões em 2020 e 2021,

especialmente na macrorregião Nordeste, que apresentou o menor percentual.

A sensibilidade alta para o preenchimento do campo CNAE nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho durante o período analisado possivelmente se deve ao fato de este ter sido um dos indicadores do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde (PROMAVS), instituído pela Resolução SES/MG 5.484, de 17 de novembro de 2016 (MINAS GERAIS, 2016). O PROMAVS encerrou-se em 31/12/2019 e, conforme pode ser observado nas Tabelas 8.6 e 8.7, o percentual de preenchimento deste campo tem diminuído desde então em muitas macrorregiões.

A macrorregião Triângulo do Norte destacou-se por manter um percentual do preenchimento do campo CNAE maior ou igual a 90,0% desde 2018, apesar da diminuição ocorrida em 2021. De outro lado, na macrorregião Nordeste, o valor do indicador foi inferior a 60,0%, sugerindo que a sensibilidade em relação à importância deste campo diminuiu consideravelmente.

A Tabela 8.7 mostra o percentual do preenchimento do campo CNAE nas notificações de Acidente de Trabalho com exposição a material biológico. Observa-se uma tendência semelhante à observada nas notificações de acidente de trabalho, um aumento do percentual de preenchimento em 2018 e 2019, com 10 das 14 macrorregiões apresentando um per-

Tabela 8.6 – Percentual de preenchimento do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nas notificações de acidente de trabalho, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	71,2	91,1	92,5	80,7	71,7
Centro sul	61,9	65,0	83,0	81,7	67,7
Centro	92,4	93,5	95,1	91,9	83,9
Jequitinhonha	69,3	83,9	87,7	71,8	77,4
Oeste	92,5	93,1	92,5	75,6	84,7
Leste	85,7	89,8	91,7	87,6	77,0
Sudeste	65,1	85,8	91,8	87,2	65,4
Norte	82,4	87,3	90,8	87,1	71,1
Noroeste	82,4	93,8	94,2	77,8	69,0
Leste do Sul	78,5	85,0	87,0	78,8	69,8
Nordeste	83,1	88,0	82,8	69,2	53,2
Triângulo do Sul	93,1	97,2	97,4	92,6	72,6
Triângulo do Norte	84,4	90,3	94,8	97,1	89,7
Vale do Aço	90,1	91,3	78,2	78,0	81,4
Minas Gerais	80,9	88,2	90,0	82,6	73,9

Fonte: SINAN Net

centual maior ou igual a 90% em pelo menos um desses dois períodos e diminuição do percentual de preenchimento em 2020 e 2021. Nos últimos dois anos apenas as Triângulo do Norte e Vale do Aço mantiveram valores acima de 90%. Destaca-se o baixo percentual de preenchimento do CNAE nas notificações da Noroeste em 2020 e 2021 – respectivamente, 42,5% e 48,7%.

O percentual de preenchimento do campo CNAE nas notificações de intoxicação exógena relacionada ao trabalho foi inferior a 90,0% entre 2017 a 2021 em todas as macrorregiões. Em 2021 o preenchimento deste campo foi inferior a 60,0% em todas as macrorregiões, exceto a Sudeste, conforme apresentado na Tabela 8.8.

Tabela 8.7 – Percentual de preenchimento do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nas notificações de acidente de trabalho com exposição à material biológico, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	71,7	83,7	84,9	77,9	68,8
Centro sul	71,1	82,5	65,6	59,7	64,7
Centro	86,5	89,8	87,4	82,3	73,5
Jequitinhonha	77,1	95,3	97,6	85,1	84,3
Oeste	90,5	94,3	92,0	77,8	81,7
Leste	83,6	95,6	97,4	89,4	80,9
Sudeste	76,1	96,8	96,5	89,1	84,3
Norte	68,0	67,2	95,2	95,8	81,7
Noroeste	71,2	84,1	81,0	42,5	48,7
Leste do Sul	80,7	90,3	77,4	80,6	73,1
Nordeste	59,8	89,0	89,2	79,4	79,5
Triângulo do Sul	83,4	91,2	91,8	91,3	85,2
Triângulo do Norte	71,2	88,4	95,1	94,8	91,3
Vale do Aço	83,2	93,7	95,7	95,1	91,2
Minas Gerais	76,7	88,7	89,1	81,5	77,8

Fonte: SINAN Net

Tabela 8.8 – Percentual de preenchimento do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nas notificações de Intoxicação exógena relacionada ao trabalho, por macrorregião de residência – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	30,5	41,4	44,2	40,5	22,6
Centro sul	8,5	37,1	32,4	22,6	16,1
Centro	29,5	30,9	19,4	20,1	18,1
Jequitinhonha	16,7	14,3	14,3	72,7	14,3
Oeste	65,3	59,2	28,6	30,0	32,7
Leste	79,2	86,4	82,2	77,5	59,5
Sudeste	51,7	43,8	51,7	21,2	64,0
Norte	54,9	56,0	43,1	32,0	36,8
Noroeste	50,0	51,9	35,9	39,1	27,1
Leste do Sul	51,6	33,3	30,2	39,3	16,7
Nordeste	20,0	57,1	46,2	50,0	30,0
Triângulo do Sul	60,5	62,2	44,2	44,0	42,3
Triângulo do Norte	33,3	65,0	47,4	13,3	26,9
Vale do Aço	13,3	11,9	52,6	60,0	34,8
Minas Gerais	40,4	46,5	40,9	40,2	31,6

Fonte: SINAN Net

Municípios silenciosos para a captação e registros das doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN

O percentual de municípios silenciosos para a captação e registros das doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN é um sinalizador de municípios com sistemas de vigilância ativa. Ou seja, aqueles que praticam a sensibilização dos pontos da rede de atenção à saúde e estabelecem fluxos para a capacitação, atenção e notificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Portanto, a análise foi realizada por município de notificação dos casos. Aqueles que apresentaram cinco casos ou menos no ano analisado foram enquadrados entre os municípios silenciosos para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e demandam atenção especial relacionada ao monitoramento e acompanhamento das ações.

Conforme mostra a Tabela 8.9, o percentual de municípios silenciosos foi superior a 15,0% no período analisado na maioria das macrorregiões. Apesar disso, destaca-se a Triângulo do Sul, cujo percentual de municípios silenciosos foi inferior a 15,0% em todos os anos analisados, assim como a Centro e a Sudeste, que apresentaram a tendência de diminuição do percentual de municípios silenciosos.

Conclusões

Tabela 8.9 – Percentual de municípios silenciosos para a captação e registros das doenças e agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por macrorregião de notificação – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	2017	2018	2019	2020	2021
Sul	19,5	13,6	16,9	20,1	23,4
Centro sul	37,3	29,4	33,3	19,6	31,4
Centro	21,8	22,8	20,8	23,8	15,8
Jequitinhonha	24,0	16,0	16,0	24,0	28,0
Oeste	20,8	20,8	20,8	30,2	32,1
Leste	52,9	33,3	31,4	49,0	47,1
Sudeste	55,3	46,8	42,6	34,0	36,2
Norte	41,9	30,2	31,4	44,2	36,0
Noroeste	21,2	15,2	15,2	15,2	30,3
Leste do Sul	39,6	32,1	24,5	37,7	47,2
Nordeste	57,1	42,9	42,9	41,3	46,0
Triângulo do Sul	7,4	0,0	3,7	14,8	11,1
Triângulo do Norte	29,6	22,2	14,8	33,3	33,3
Vale do Aço	60,0	42,9	37,1	48,6	62,9
Minas Gerais	34,9	26,3	25,1	31,1	34,3

Fonte: SINAN Net

Considerando o cenário epidemiológico a partir da análise realizada e comparando os anos entre 2017 e 2021, recomenda-se:

a) Realizar planejamento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador direcionada às particularidades dos territórios, contemplando ações de sensibilização, capacitação e monitoramento dos técnicos da vigilância em saúde municipal em relação à importância da investigação qualificada dos casos, de forma a coletar características ocupacionais e garantir a completude e consistência das informações registradas.

b) Reforçar a abordagem perante os digitadores nos sistemas de informação no que diz respeito à necessidade de executar o lançamento correto das informações no sistema de informação, de modo a reduzir a incompletude e inconsistência das fichas e qualificar o preenchimento dos campos Atividade Econômica (CNAE) e “Ocupação” - CBO.

c) Desenvolver ações direcionadas à qualificação da notificação de intoxicação exógena relacionada ao trabalho em todas as macrorregiões, uma vez que a qualidade da informação relacionada à “Ocupação” é acentuadamente inferior neste agravo se comparada às notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico.

d) Intensificar e qualificar as ações de vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho, contemplando a

captação e o monitoramento dos registros de casos e óbitos, suspeitos e confirmados, potencialmente relacionados ao trabalho, com

ênfase nas macrorregiões identificadas como menos sensíveis a notificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Referências

BRASIL. **Portaria nº 1.334, de 21 de dezembro de 1994.** Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações — CBO, versão 94, para uso em todo território nacional. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. **Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002.** Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações — CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 458, de 20 de março de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e nº 2,

de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a inclusão e o preenchimento obrigatório dos campos Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nos sistemas de informação. Brasília, DF, 2020.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG Nº 5.484, de 17 de novembro de 2016.**

Estabelece normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.

Introdução

Atualmente, vários tipos de câncer são considerados problemas de saúde pública dos mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada sua magnitude epidemiológica, social e econômica. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva estima para 2022, em Minas Gerais, a ocorrência de 67.310 casos novos de câncer. As taxas brutas corresponderam a 313,74 casos novos por 100 mil homens e 313,82 por 100 mil mulheres. Por sexo, exceto pele não melanoma, destacaram no sexo masculino os cânceres da próstata (60,26/100 mil), cólon e reto (17,52/100 mil) e traqueia/brônquio/pulmão (16,49/100 mil) e no sexo feminino os cânceres da mama (76,46/100 mil), cólon e reto (19,75/100 mil) e da glândula tireoide (12,97/100 mil). Pelo menos um terço dos casos novos de câncer poderia ser prevenido (INCA, 2011).

A Vigilância do Câncer é realizada por meio dos Registros de Câncer, que são centros de coleta, processamento, análise e divulgação de informações sobre a doença, de forma padronizada, sistemática e contínua. No estado existem dois Registros de Base Populacional (RCBP), cobrindo a população de Belo Horizonte e de Poços de Caldas e 37 Registros Hospitalares de Câncer (RHC). As informações produzidas pelos RCBP são fundamentais para o cálculo das estimativas de incidência, na medida em que subsidiam estudos epidemiológicos a identificação de populações de risco e permitem avaliar a eficácia de programas de prevenção e controle do câncer. Já os RHC registram as informações dos pacientes com câncer, atendidos em unidades hospitalares, que prestam assistência oncológica. Essas informações subsidiam os gestores na definição de prioridades no enfrentamento à doença.

Perfil estadual da assistência oncológica

Em 2020 foram registrados 41.241 casos hospitalares com informação de procedência de municípios de Minas Gerais atendidos pela primeira vez nas instituições com RHC (Tabela 9.1). As macrorregiões que apresentaram maior número de casos foram: Centro (11.767), Sul (8.054) e Sudeste (4.039). Os dados hospitalares refletem o atendimento do paciente com câncer na instituição e não fornecem dados sobre a incidência populacional.

Indicador 1: Diagnóstico de câncer anterior à primeira consulta na alta complexidade

Trata-se de um indicador importante para a avaliação da atenção secundária: um terço dos casos (33,7%) chega para a primeira consulta na alta complexidade (CACON e UNACON) sem o diagnóstico prévio de câncer, refletindo falha da atenção secundária (consulta especializada e exames complementares) na realização do diagnóstico da neoplasia. A proporção dos pacientes que se apresentaram nos hospitais para primeira consulta já com diagnóstico do câncer e sem tratamento anterior representou 43,8%. Em 21,2% dos casos algum tratamento anterior para a neoplasia já tinha sido executado. Outras situações foram registradas em 1,2% dos casos.

Indicador 2: Estádio da doença no início do tratamento

Indicador importante é o estadiamento clínico do tumor nos casos que chegaram à alta complexidade para o tratamento (isto é, sem tratamento anterior).

O estadiamento no início do tratamento é um dos principais fatores associados à eficácia do tratamento da neoplasia. A importância do diagnóstico e tratamento nas fases iniciais da doença é ilustrada pela sobrevida dos pacientes com diagnóstico de câncer. Nos casos de câncer de mama, por exemplo, a sobrevida de cinco anos é estimada em até 92,7% das pacientes com carcinoma *in situ* (estádio 0) e de 87,8% no estágio I. Cerca de 20% das pacientes encontram-se nesta situação quando do início do tratamento nas instituições hospitalares. Já para as pacientes em estágio III a sobrevida de 5 anos varia de 41 a 66,7%. Para aquelas no estágio IV é de apenas 14,8%. Estes grupos representam 34,2% das pacientes que chegam para o início do primeiro tratamento. O custo do tratamento em termos tanto financeiros quanto de efeitos colaterais e riscos de sequelas é significativamente menor quando realizado nas fases iniciais da doença.

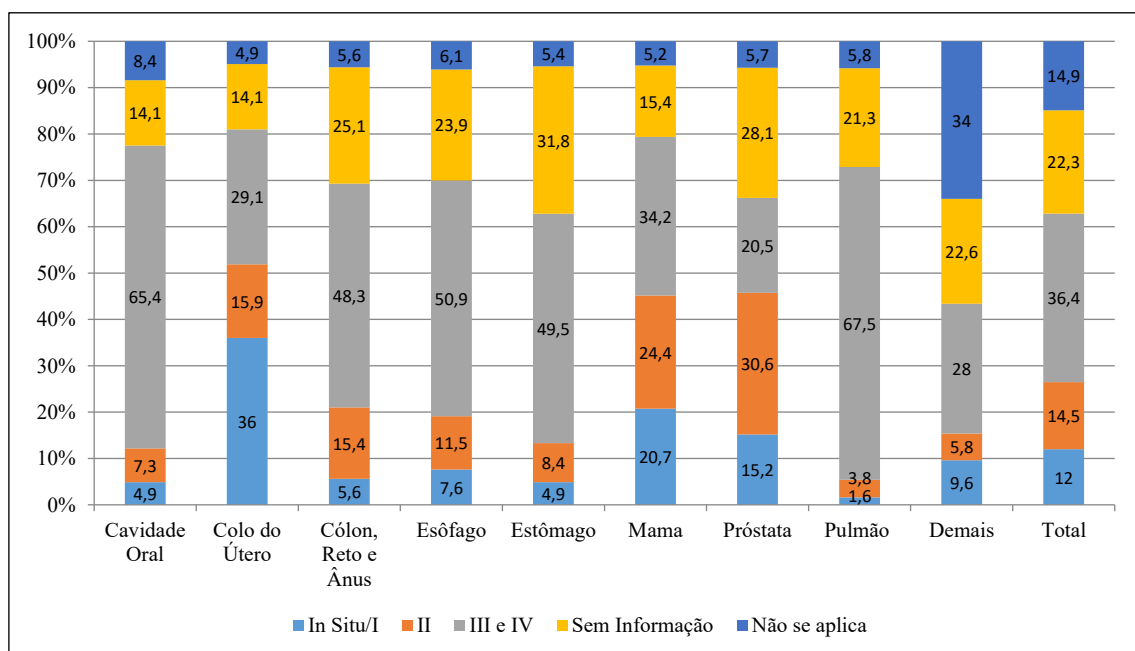
Ainda em 2020, 36,4% dos pacientes chegaram com doença já avançada (*estádios III e IV*), indicando diagnóstico tardio e refletindo a dificuldade em estabelecer o diagnóstico de câncer nas fases iniciais da doença (Figura 9.1). Os percentuais mais críticos foram para os cânceres de pulmão (67,5%) e da cavidade oral (65,4%). Casos *sem informação* do esta-

Tabela 9.1 – Número de casos hospitalares dos principais tipos de câncer que chegaram pela primeira vez nas instituições, segundo a procedência, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2020

Macrorregião	C00-10	C53	C18-21	C15	C16	C50	C61	C33-34	C44	Outros	Total
Centro	527	494	1055	326	392	2171	1683	524	1414	3181	11767
Centro Sul	83	70	204	80	115	257	255	69	193	554	1880
Jequitinhonha	37	39	55	41	37	67	89	21	32	161	579
Leste	77	78	116	70	48	217	150	66	116	345	1283
Leste do Sul	59	69	131	69	51	190	213	72	203	405	1462
Nordeste	75	69	77	99	58	234	287	36	92	311	1338
Noroeste	35	57	80	27	24	102	82	17	68	197	689
Norte	107	104	176	125	80	240	317	47	113	520	1829
Oeste	98	185	279	59	100	389	320	106	397	725	2658
Sudeste	158	154	385	109	123	762	517	222	495	1114	4039
Sul	235	268	830	218	235	1018	940	319	2043	1948	8054
Triângulo do Norte	84	65	263	42	81	296	287	120	229	633	2100
Triângulo do Sul	38	95	148	23	40	155	134	89	250	401	1373
Vale do Aço	89	157	190	66	71	233	285	101	364	634	2190
Total Geral	1702	1904	3989	1354	1455	6194	5559	1809	6009	10276	41241

Fonte: SISRHC/RHCMG/CPAVC/DIE/SVE/SVPS/SES-MG

Figura 9.1 – Estadiamento clínico do tumor (TNM) em primeira consulta - casos hospitalares que chegaram à instituição oncológica sem tratamento anterior, segundo neoplasia selecionada – Minas Gerais, 2020



Fonte: SISRHC/RHCMG/CVC/DIE/SVE/SVPS/SES-MG

diamento variaram entre 14,1% (cavidade oral e colo do útero) e estômago (31,8%).

A Tabela 9.2 mostra a proporção de casos avançados (III e IV) para oito grupos de câncer mais prevalentes, por procedência, de acordo com macrorregião de saúde.

Indicador 3: tempo entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento

Para o monitoramento da Lei 12.732/2012, que dispõe sobre o direito de o paciente receber o primeiro tratamento oncológico em até

60 dias a contar da data do diagnóstico, existe o Painel de Monitoramento do Tratamento Oncológico. O número de casos tratados no SUS, segundo o ano de diagnóstico, é dividido nos seguintes grupos: tratados até 30 dias do diagnóstico, de 31 a 60 dias e mais de 60 dias.

Os casos sem informação de tratamento podem se referir a diversas situações, como: casos tratados fora do SUS; casos tratados no SUS, mas ainda sem informação nos sistemas; casos ainda sem tratamento; e óbitos anteriores ao início do tratamento.

Dos casos de câncer tratados no SUS diagnosticados em 2021, 29,3% foram tratados com mais de 60 dias do diagnóstico, destacando-se com maiores percentuais as seguintes macrorregiões: Jequitinhonha (36,1%), Nordeste (31,9%), Leste (31,8%) e Triângulo do Sul (31,5%), conforme a Tabela 9.3. Do total de diagnósticos realizados, 47,9% estão sem informação de tratamento, destacando-se as macrorregiões Leste do Sul (56,1%), Leste (56,0%), Nordeste (54,0%) e Centro (52,3%).

Indicador 4: Estado da doença ao final do primeiro tratamento

No RHC a variável “estado final da doença” ao fim do tratamento permite analisar o

desfecho do caso tratado: se houve remissão total ou parcial; se a doença está em progressão ou se o paciente evoluiu ao óbito. Em 2020, 4,1% dos pacientes cadastrados nos RHC faleceram antes de iniciar o tratamento que havia sido proposto ou morreram durante o curso do primeiro tratamento antineoplásico, impedindo sua conclusão, e 6,2% dos casos foram a óbito no final do primeiro tratamento.

Considerações finais

As informações dos RHC e dos RCBP possibilitam o monitoramento de indicadores da situação dos diferentes tipos de câncer na população de Minas Gerais. Estes e outros indicadores podem ser obtidos por meio da tabulação nas bases enviadas para o INCA, disponíveis na internet, no sítio do INCA.

As informações sobre os registros de base populacional de Belo Horizonte e Poços de Caldas também ser encontradas e tabuladas no sítio do INCA.

A Vigilância do Câncer é imprescindível para subsidiar as políticas de prevenção o controle e prevenção para cada tipo de câncer. Os indicadores apresentados reforçam a necessidade de priorizar medidas de prevenção primária, como na atenção ao câncer de colo do útero, em que o rastreamento com a citologia

Tabela 9.2 – Estadiamento clínico avançado (III/IV) do tumor na primeira consulta - casos hospitalares que chegaram à instituição oncológica sem tratamento anterior, por macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2020

	C00-10	C53	C18-21	C15	C16	C50	C61	C33-34		
	Cavidade Oral	Colo do Útero	Cólon, reto e ânus	Esôfago	Estômago	Mama	Próstata	Traqueia Brônquio Pulmão	Demais	Todas as Neoplasias
Centro	65,0	33,1	39,7	51,2	42,5	30,9	17,2	64,9	23,1	32,2
Centro Sul	55,2	50,0	63,0	59,7	57,6	43,3	35,5	80,0	29,4	44,4
Jequitinhonha	68,8	33,3	44,0	55,0	54,3	44,0	20,0	70,0	20,8	37,5
Leste	68,7	30,4	33,7	23,5	33,3	38,6	16,3	74,1	33,9	37,1
Leste do Sul	73,3	44,4	65,4	62,1	71,1	44,5	24,1	79,0	34,5	46,2
Nordeste	62,9	33,3	27,5	24,0	22,6	42,5	13,7	75,9	32,2	31,8
Noroeste	83,9	27,9	39,6	37,5	42,1	42,1	17,8	33,3	20,9	32,3
Norte	82,4	31,7	83,2	79,2	83,1	40,9	20,3	84,1	54,3	53,7
Oeste	52,9	11,8	32,1	21,1	22,7	28,1	10,6	51,6	15,4	22,7
Sudeste	66,2	41,8	61,7	57,3	62,6	47,8	26,6	71,6	31,0	43,6
Sul	53,6	21,6	39,4	42,6	42,1	22,2	17,2	56,7	23,0	29,1
Triângulo do Norte	69,3	58,7	46,6	37,5	49,3	51,0	25,6	73,5	30,2	41,3
Triângulo do Sul	58,6	16,7	57,3	70,0	61,8	37,9	25,2	56,9	26,2	36,9
Vale do Aço	78,8	13,7	82,0	90,8	87,7	33,0	35,8	93,8	44,7	51,3
Total Geral	65,4	29,1	48,3	50,9	49,5	34,2	20,5	67,5	28,0	36,4

Fonte: SISRHC/RHCMG/CPAVC/DIE/SVE/SVPS/SES-MG

Tabela 9.3 – Número de casos de câncer, segundo ano do diagnóstico e tempo até o primeiro tratamento no SUS – Minas Gerais, 2021

Ano 2021 Todas as Neoplasias	0 a 30 dias *	31 a 60 dias	Mais de 60 dias (% dos tratados)	Sem Informação de tratamento (% do total)	Total
3101 Sul	2957	1016	1508 (27,5)	4383 (44,4)	9864
3102 Centro Sul	756	259	331 (24,6)	1205 (47,2)	2551
3103 Centro	4763	1378	2610 (29,8)	9599 (52,3)	18.350
3104 Jequitinhonha	203	70	154 (36,1)	229 (34,9)	656
3105 Oeste	1359	409	768 (30,3)	2662 (51,2)	5198
<u>3106 Leste</u>	427	188	287 (31,8)	1147 (56,0)	2049
3107 Sudeste	1603	625	884 (28,4)	2846 (47,8)	5958
3108 Norte	1102	537	733 (30,9)	1848 (43,8)	4220
3109 Noroeste	374	151	272 (34,1)	450 (36,1)	1247
<u>3110 Leste do Sul</u>	620	198	313 (27,7)	1448 (56,1)	2579
3111 Nordeste	444	136	272 (31,9)	1000 (54,0)	1852
3112 Triângulo do Sul	639	154	365 (31,5)	959 (45,3)	2117
3113 Triângulo do Norte	1079	330	636 (31,1)	1165 (36,3)	3210
3114 Vale do Aço	917	226	357 (23,8)	908 (37,7)	2408
Total	17243	5677	9490 (29,3)	29849 (47,9)	62259

Fonte: Painel Oncologia

do colo uterino permite a prevenção, evitando a manifestação da doença. Neste tipo de câncer, em nove macrorregiões de saúde, mais de 30% dos casos diagnosticados foram atendidos na alta complexidade, já em fases avançadas (estadiamento III e IV). Além disso, a

atenção secundária, com consultas especializadas e acesso a meios diagnósticos, é importante na política de atenção ao câncer. Um terço dos pacientes chega à alta complexidade sem o diagnóstico prévio de câncer.

Referências

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Vigilância e Análise de Situação.
Estimativa/2020: Incidência de Câncer no Brasil, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Coordenação Geral de Ações Estratégicas
Coordenação de Educação (CEDC), ABC

do Câncer, Abordagens Básicas para o Controle do Câncer, 2011.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA.
Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros. Disponível em <https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros/>. Acesso em 20 de julho de 2022.

Introdução

O conhecimento sobre os problemas e as necessidades de saúde de uma população constitui a base para a formulação e implementação de políticas de saúde e para o planejamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso não é diferente para a Vigilância Sanitária, que representa o conjunto de ações voltadas para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde. Essa definição é dada pela Lei 8.080, de 1990.

A Vigilância Sanitária exerce uma importante função para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito às ações regulatórias e de monitoramento de produtos e àquelas normativas e fiscalizatórias sobre os serviços prestados à população, como na assistência à saúde.

Quando se fala de ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, constata-

ta-se a magnitude do campo de ação da Vigilância Sanitária e sua importância para a saúde da população. Seu objetivo primordial está voltado para a minimização ou eliminação dos riscos que podem ser determinantes no processo saúde-doença e impactar diretamente as ações governamentais.

Não é possível dissociar a vigilância sanitária das vigilâncias epidemiológica, ambiental e da saúde do trabalhador, porque todas essas instâncias têm seu foco principal na saúde, em seu aspecto mais amplo, no bem-estar e na manutenção da integridade física e moral das pessoas.

Apresentam-se neste caderno alguns dados referentes à análise de situação de saúde produzidos pela Vigilância Sanitária do estado de Minas Gerais. Pretende-se com isso contribuir com a qualificação dos profissionais de saúde e fortalecer a capacidade de formulação de políticas e estratégias eficazes para atender às necessidades da população, o que se soma a outras iniciativas voltadas a este tema na Secretaria de Estado de Saúde.

I. Análise situacional do Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia PECQMAMO

O Programa Estadual de Controle da Qualidade em Mamografia (PECQMamo) foi desenvolvido em 2004 pela Vigilância Sanitária do estado de Minas Gerais em parceria com o Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear (CDTN). Seu objetivo é monitorar, sistematicamente, a qualidade dos equipamentos de mamografia do estado, oferecendo exames de mamografia de qualidade à mulher mineira que possibilitem a detecção precoce do câncer de mama. Ele monitora cerca de 80% dos mamógrafos do estado de Minas Gerais, equipamentos que têm apresentado níveis de conformidade em torno de 70%. Trata-se de uma ação da Vigilância Sanitária que contribui, sobremaneira, para melhoria dos serviços de mamografia ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela iniciativa privada para detecção precoce do câncer de mama.

O PECQMamo avalia a qualidade dos mamógrafos utilizando um objeto de teste que simula uma mama, denominado “fantoma mamográfico”. Semestralmente o serviço de mamografia envia para a Vigilância Sanitária uma imagem do fantoma mamográfico, para avaliação. Porém, não basta que a Vigilância Sanitária monitore e que apenas a instituição tenha acesso aos serviços aprovados nessa avaliação. Por isso, esses resultados ficam disponíveis para a população em geral.

O interessado em saber se o serviço foi ou não avaliado pela Vigilância Sanitária e se possui a qualidade necessária para realizar o exame pode acessar o [sítio atalanta.cdtm.br](http://sítio.atalanta.cdtm.br). O serviço público, antes de habilitar um serviço de mamografia, pode consultar se esse serviço atende aos critérios de qualidade para a realização do exame.

O programa tem se consolidado como importante ferramenta de gerenciamento da qualidade da mamografia e também de gestão.

Equipamentos de mamografia adequados reduzem os custos com o exame e detectam precocemente o câncer de mama. Exemplo disso são os resultados do monitoramento realizado em 2021 (Tabela 10.1) em que se observa que aproximadamente 70% dos equipamentos foram aprovados.

Atenção especial deve ser dada aos mamógrafos que não são avaliados, totalizando quase 20%. Em relação aos mamógrafos reprovados, por volta de 11%, a Vigilância Sanitária deve adotar ações para que eles se adequem. Para melhor compreensão do desempenho e da efetividade do PECQMamo realizou-se uma análise individual de cada parâmetro, sendo adotadas as seguintes denominações: “Códigos gerados”, “Imagens não enviadas”, “Equipamentos aprovados” e “Equipamentos reprovados” no estudo.

A análise do monitoramento do PECQMamo referente ao quinquênio 2017/2021 (Figura 10.1) revelou que, em 2020, houve um decréscimo acentuado para todos os parâmetros apresentados, comportamento justificado pela pandemia de COVID-19, pois o monitoramento foi suspenso por um período (Figura 10.1).

Constatou-se em 2021 uma redução no quantitativo de equipamentos reprovados em torno de 28% em relação à média do triênio (2017, 2018 e 2019). Já o número de mamógrafos aprovados apresentou leve aumento em relação ao triênio mencionado.

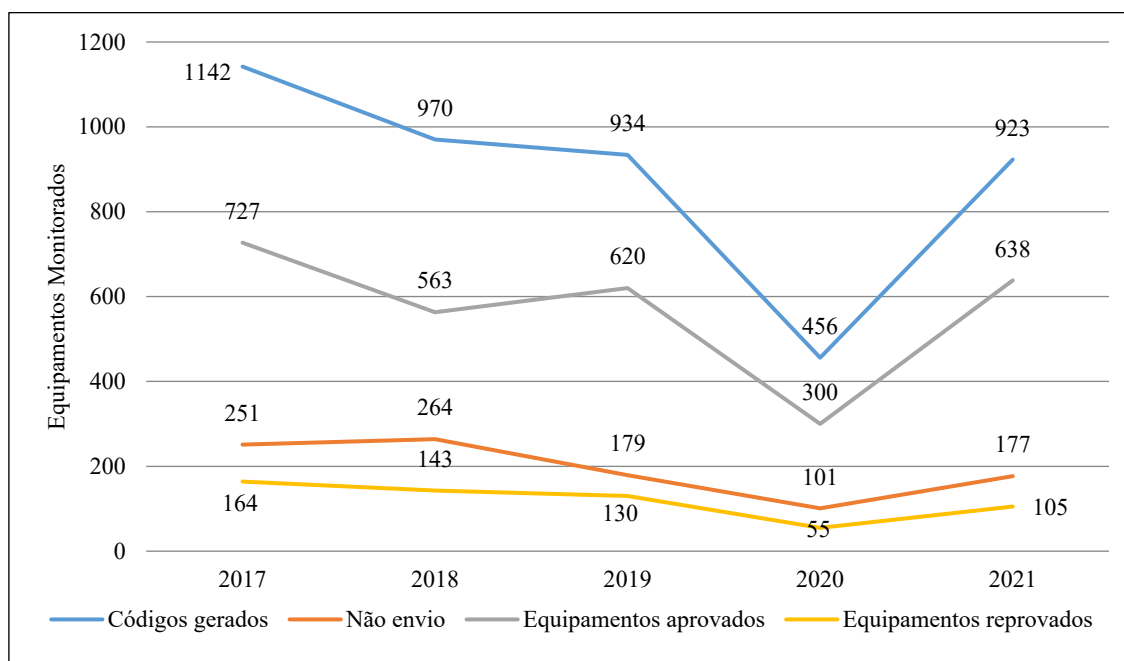
Conclui-se que os resultados do programa de monitoramento são relevantes para a melhoria da qualidade da mamografia, impactando o exame ofertado à população mineira e, consequentemente na detecção precoce do câncer de mama. O PECQMamo tem se apresentado como uma ferramenta de controle da qualidade de referência para os demais estados da Federação.

Tabela 10.1 – Monitoramento do PECQMamo – Minas Gerais, 2021

Item	2021	% Geral
Códigos gerados	923	100
Imagens não enviadas	177	19,17
Equipamentos aprovados	641	69,45
Equipamentos reprovados	105	11,37

Fonte: SVS/SubVS/SES-MG

Figura 10.1 – Série histórica do PECQMamo – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: SVS/SubVS/SES-MG

II. Programa de Monitoramento da Qualidade da Água para Hemodiálise – PROG DIA

Insuficiência renal (IR) é uma condição caracterizada pelo declínio da função dos rins, com consequente acúmulo de metabólitos e eletrólitos no organismo, comprometendo o funcionamento de diversos sistemas ou órgãos (PTA, 2022). Pode ser aguda (IRA), quando ocorre súbita e rápida perda da função renal, ou crônica (IRC), quando essa perda é lenta, progressiva e irreversível (Brasil, 2022). A IRC constitui um importante problema de saúde pública, afetando uma em cada dez pessoas no mundo. Estima-se que no Brasil mais de 10 milhões de pessoas tenham a doença (Brasil, 2022). Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) revelam que atualmente mais de 140 mil pacientes realizam diálise no País como terapia de substituição renal (SBN, 2022).

A hemodiálise é o tratamento empregado para normalizar o balanço hidroeletrólítico e a remoção de substâncias tóxicas do organismo. Realiza-se por meio da passagem do sangue por um filtro (dialisador), utilizando-se solução de diálise (dialisato) (LIANE BUZZO *et al.*, 2010), composta, de forma predominante, por água tratada, e solutos, tais como sódio, potássio, bicarbonato, cálcio, magnésio, acetato e glicose. Essa solução entra em contato com o sangue na máquina de hemodiálise para fazer a filtragem, sendo que o paciente tem contato, em média, com 120 a 200 litros de solução de diálise a cada sessão (VEXER, 2022).

Considerando que o paciente fica exposto a cerca de 18 mil litros de água por ano e considerando ainda que a água tratada também é utilizada no reprocessamento de dialisadores de uso múltiplo, sua qualidade química e microbiológica é essencial para evitar riscos adicionais ao paciente, podendo influenciar a qualidade do tratamento dialítico como um todo e a sobrevivência dos pacientes (LIANE BUZZO *et al.*, 2010). Padrões mínimos de qualidade para a água utilizada em hemodiálise foram estabelecidos, os quais já se encontram definidos na RDC ANVISA 11/2014.

Sendo a qualidade da água uma das principais fontes de risco em diálise, a prevenção pode ser efetiva se houver um sistema de vigilância que envolva a coleta sistemática de informações, análise e interpretações de dados de forma organizada e periódica (LIANE BUZZO *et al.*, 2010). A Diretoria de Vigilân-

cia em Serviços de Saúde da Superintendência de Vigilância Sanitária/SES-MG implementou em 2002 um programa de monitoramento da qualidade, o qual consiste na realização anual de análises, pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), da água tratada utilizada em todos os serviços de diálise do estado.

Após passar por diversas reformulações em seu formato ao longo dos anos, o ProgDia, (Programa de Monitoramento da Qualidade da Água para Hemodiálise) foi formalmente instituído, por meio da Resolução SES/MG 6.711/2019, consistindo na descrição dos processos para a coleta de amostras da água tratada utilizada nos procedimentos de hemodiálise (Minas Gerais, 2019). As amostras passaram a ser enviadas ao Instituto Octávio Magalhães – IOM/FUNED (Laboratório oficial), para avaliação das características microbiológicas e físico-químicas da água, com base nos parâmetros estabelecidos pela RDC ANVISA 11/2014 (BRASIL, 2014).

As amostras são analisadas em caráter fiscal. Em caso de resultado insatisfatório, o serviço de diálise é imediatamente notificado a proceder à investigação de causas e a executar as ações corretivas no Sistema de Tratamento de Água para Hemodiálise (STDAH), devendo encaminhar à Vigilância Sanitária documentação comprobatória das ações adotadas e laudo de análise após as medidas corretivas.

Em 2020 e 2021, a pandemia de COVID-19 impossibilitou a realização de análises, pela FUNED para avaliação da qualidade da água para hemodiálise. O monitoramento foi efetuado em 2021 por meio da avaliação dos laudos mensais das análises de qualidade (de realização obrigatória pelos estabelecimentos), em atendimento à RDC ANVISA 11/2014.

Em 2022 houve a retomada do programa, com a realização anual de análises fiscais pela FUNED. Além disso, foi mantida a avaliação mensal dos laudos, uma vez que ficou comprovada a efetividade dessa modalidade de monitoramento. Atualmente, os 94 centros de diálise de Minas Gerais são monitorados de ambas as formas.

Conforme mostra a Tabela 10.2, verificou-se, entre 2015 e 2017, o alto percentual de resultados insatisfatórios, variando de 23,07% a 25,5%. Em 2018 e 2019 ocorreu uma redução bastante expressiva de resultados insatisfató-

Tabela 10.2 – Quantitativo de resultados insatisfatórios do PROGDIA – Minas Gerais, 2015 a 2019

Ano	Análise insatisfatória					Total de amostras analisadas
	Endotoxinas	Bactérias heterotróficas	Coliformes totais	Físico-químicas	Total de insatisfatórios	
2015	5	3	3	10	21	91
2016	8	2	0	11	21	91
2017	11	1	2	9	23	90
2018	1	0	0	8	9	90
2019	0	0	1	3	4	90

Fonte: SINAN/DATASUS/MS

rios em comparação com os anos anteriores, demonstrando a efetividade e relevância deste programa de monitoramento.

Em relação às remarcações e “recoletas” (decorrentes de vazamento de amostras, erros de coleta, temperatura inadequada das amostras, etc.), observa-se uma significativa redução quando se comparam os anos de 2018 (5 e 9) e 2017 (33 e 23). Estes números demonstram a efetividade das ações realizadas pela Coordenação do Programa, sobretudo os treinamentos disponibilizados aos fiscais sanitários a partir de 2018, a saber: Manual de Coleta de Amostras de Água para Hemodiálise e

vídeo explicativo (tutorial), ambos disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Conclui-se que as ações do Programa de Monitoramento da Qualidade da Água para Hemodiálise têm sido efetivas, tendo em vista a redução do número de resultados insatisfatórios em 2019 em comparação com os anos anteriores. Importante destacar a relevância deste programa, o qual contribui para a promoção e proteção da saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica, por meio da prevenção de eventos adversos ocasionados por contaminação da água para hemodiálise.

Referências

PORTAL TRATAMENTO DA ÁGUA. **Importância do tratamento da água no setor de terapia renal.** São Paulo, SP, 10 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 12/03: **Dia Mundial do Rim.** Brasília, DF, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. SBN. **Saúde dos rins para todos: educando sobre a doença renal. Preenchendo a lacuna de conhecimento para o melhor cuidado renal.** São Paulo, SP, 2022.

BUZZO, M. L.; BUGNO, A.; ALMÓDOVAR, A.; KIRA, C. S.; de CARVALHO, M. F. H.; de SOUZA, A.; SCORSAFAVA, M. A. A importância de programas de monitoramento da qualidade da água para diálise na segurança dos pacientes. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, v. 69, n. 1, p. 1-6, 2010.

VEXER. **Saúde e Curiosidades. Entenda a importância da análise de água para hemodiálise.** 13 de julho de 2022. Curitiba, PR, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 6.711, de 17 de abril de 2019.** Institui o Programa Mineiro de Monitoramento da Qualidade dos Produtos e Serviços Sujeitos ao Controle Sanitário e aprova os regulamentos técnicos dos programas específicos que o integram. Belo Horizonte, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 11, de 13 de março de 2014.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

III. Ações de cuidado à pessoa idosa institucionalizada na perspectiva da Vigilância Sanitária.

Nas últimas décadas tem-se observado um processo de transição demográfica marcada pela queda da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade, provocando mudanças na pirâmide etária populacional (Alves, 2008) (Vasconcelos, Gomes, 2012). Hoje a expectativa de vida no País é de 75,7 anos e em 2030 e 2060 subirá para 78,7 e 81,2 anos, respectivamente. O impacto desse crescimento é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde (IBGE, 2013) (Piccini *et al.*, 2006). Segundo uma projeção divulgada pelo IBGE, até 2060 Minas Gerais será o estado com o maior número de idosos em todo o País, em que 28,7% da população local terão 65 anos ou mais.

Surge daí a reflexão sobre as necessidades desse público e da formulação de políticas públicas direcionadas à pessoa idosa. A Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, determina no art. 10, que:

[...] na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

[...] c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS.

Tal atribuição é corroborada no art. 9º da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, em que:

[...] é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Neste contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) configuram-se como um importante dispositivo na assistência ao cuidado à pessoa idosa. De acordo com a Resolução RDC 502, de 27 de maio de 2021, as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais de caráter residencial destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. Segundo levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2008 sobre a população de pessoas residentes em ILPI, foram

identificadas 683 instituições em Minas Gerais (MG), distribuídas em 476 municípios dos 853 existentes (Camarano, 2010). Tal trabalho tem por objetivo apresentar as ações de cuidado às pessoas idosas institucionalizadas por meio dos indicadores de saúde na perspectiva da Vigilância Sanitária (VISA).

As instituições devem atender aos padrões mínimos de desempenho para promover a atenção e o cuidado à pessoa idosa, o que envolve condições organizacionais, recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, monitoramento e avaliação de funcionamento. O diagnóstico dos indicadores de saúde das ILPIs foi elaborado com base na análise descritiva dos dados do Monitoramento e Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos de Minas Gerais, que permite avaliar o funcionamento das instituições a partir dos parâmetros definidos na Resolução RDC 502/2021.

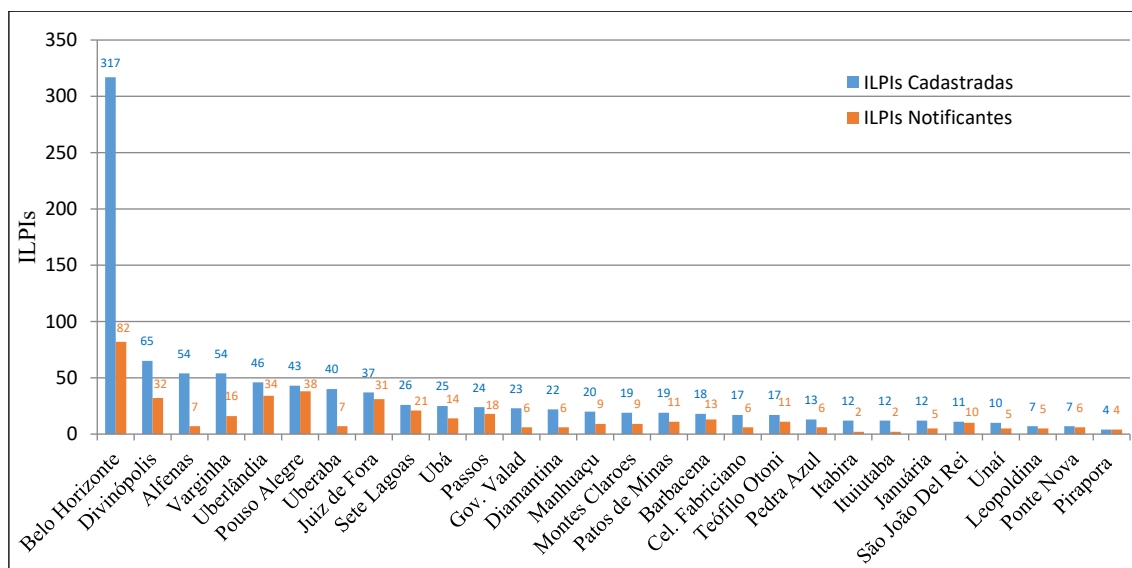
Os dados analisados correspondem ao triênio 2019-2021, em que, primeiramente, as notificações foram realizadas via banco de dados FormSUS e, posteriormente, via formulários online na plataforma Google Forms, com o preenchimento mensal realizado pela própria instituição.

Em 2020 e 2021 foram realizados os mapeamentos e diagnósticos do quantitativo de ILPIs nos Núcleos de Vigilância Sanitária (NUVISAs) do estado de Minas Gerais, conforme os dados apresentados na Figura 10.2 e na Figura 10.3.

Simultaneamente, foram avaliados os dados de Monitoramento e Avaliação das ILPIs, por meio do cálculo das taxas descritas na Resolução RDC 502/2021, a partir das notificações realizados pelas instituições mensalmente (Figura 10.4). Tais taxas correspondem aos indicadores de saúde relacionados à assistência ao cuidado da pessoa idosa institucionalizada. Esses indicadores são extremamente relevantes para nortear as ações da vigilância sanitária, que, por meio do seu papel fiscalizador e orientador, acarretará na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pelas ILPIs.

Esses resultados revelam os riscos prioritários a que essa população está submetida e alertam para o planejamento de intervenções na melhoria das condições de saúde da pessoa idosa dentro das instituições. A taxa de queda

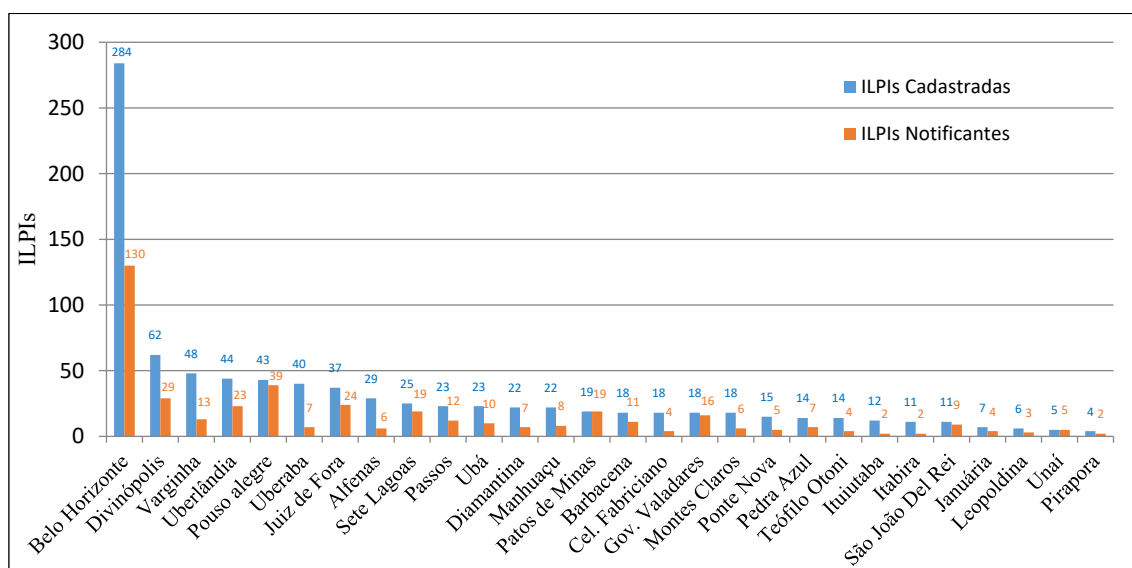
Figura 10.2 – Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas e notificantes, por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2020



Nota: Total de ILPIs Cadastradas = 974; Total de ILPIs Notificantes = 417

Fonte: SES/SUBVS/SVS/DVSS/CSIS

Figura 10.3 – Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas e notificantes, por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2021



Nota: Total de ILPIs Cadastradas = 892; Total de ILPIs Notificantes = 426

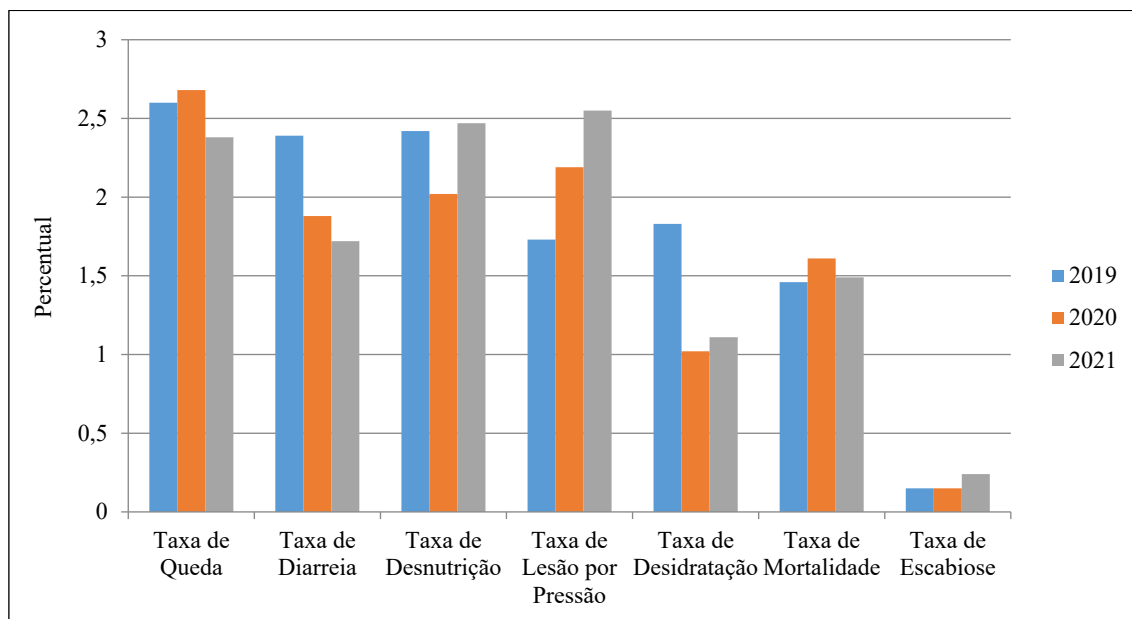
Fonte: SES/SUBVS/SVS/DVSS/CSIS

dentro das instituições é o indicador de maior incidência, configurando-se como um evento sentinela de notificação compulsória. Nesse sentido, há estudos que demonstram que a pessoa idosa institucionalizada apresenta prevalência de quedas devido a sua fragilidade, além de hábitos sedentários, diminuição da autonomia, diminuição cognitiva e depressão

(Fhon. *et al.*, 2013) (Gomes. *et al.*, 2014). A taxa de desnutrição é outro indicador expressivo, pois seu diagnóstico precoce acarreta a diminuição do risco de morbidades e mortalidade da pessoa idosa (RAGASSON, HUTH, 2015).

O monitoramento dos indicadores de saúde é extremamente relevante para minimizar os

Figura 10.4 – Série histórica dos indicadores de saúde das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) – Minas Gerais, 2019 a 2021



Fonte: FormSUS/DATASUS, ano de 2019; SES/SUBVS/SVS/DVSS/CSIS, anos de 2020 e 2021

agravos à saúde e eventos adversos da pessoa idosa institucionalizada e para melhorar a qualidade de vida dos residentes (FERREIRA, 2016).

Como proposta para promover a melhoria desses indicadores, a Coordenação de Serviços de Interesse da Saúde da Vigilância Sani-

tária do estado pretende implementar política pública associada à Segurança do Residente, por meio de ações voltadas à segurança das pessoas idosas contra riscos e eventos adversos durante a atenção e assistência prestadas nas instituições.

Referências

ALVES, J. E. D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo, **Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial**, 2008.

ANDRADE, F. L. J. P. d. O processo de envelhecimento populacional, apoio social e a institucionalização de idosos. **Rev. Campo Saber**, ISSN 2447, v. 5, n. 2, jul./dez. de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.842 de 4 de JANEIRO de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 4 de janeiro de 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, 1º de outubro de 2003. Redação dada pela Lei nº 13.423, de 2022.

CAMARANO, A. A. Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Sudeste. Brasília: **IPEA**, 2010.

FERREIRA, K. C. M. A. F. *et al.* Monitoramento de indicadores de saúde em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Vigilância Sanitária**, v. 4, n. 3, p. 57-62, 2016.

FHON, J. R. S. *et al.* Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev. Saúde Pública**. 2013. p. 266-273. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047003468.

GOMES, E. C. C. *et al.* Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 8, p. 3543-3551. 2014. DOI:10.1590/1413-81232014198.16302013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FormSUS. Disponível em <http://siteformsus.datasus.gov.br/FORMSUS/index.php>.

PICCINI, R. X. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

RAGASSON, D; HUTH, A. **Atenção biopsicossocial a idosos: avaliação nutricional em idosos institucionalizados**. *In: Anais 16a Jornada de Extensão de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJU)*, 2015.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, 2012.

IV. Segurança do paciente e controle de infecções

Estimativas da Organização Mundial Saúde apontam que dezenas de milhares de pessoas sofrem danos relacionados à assistência à saúde anualmente. Isso alerta para a importância de organizar os estabelecimentos de saúde e os processos assistenciais, considerando a temática “Segurança do paciente” (BRASIL, 2017).

Nos serviços de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a unidade responsável por coordenar as ações que promovem a prestação de uma assistência segura. Por isso, apesar de se tratar de uma temática com a qual todos os profissionais devem se comprometer, a instituição do NSP é uma medida essencial na promoção da segurança do paciente.

Em Minas Gerais o cadastro de NSP está em movimento ascendente, tendo passado de 778 núcleos em 2017 para 1.221 em 2021. Cabe ressaltar que a maioria desses núcleos está constituída em hospitais, o que aponta para a necessidade de sensibilizar os demais serviços da rede de atenção à saúde sobre a importância da instituição de um NSP estruturado e atuante.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa 36/2013 prescreve que cabe a esses núcleos informar à Vigilância Sanitária, por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA, a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, bem como a realização de sua investigação e adoção de medidas de prevenção e controle.

Com a ascensão do número de cadastro de NSP no estado, também se observa o aumento

do número de notificações de incidentes (Figura 10.5), o que pode ser reflexo de uma evolução dos serviços de saúde quanto à incorporação dos conceitos e práticas da segurança do paciente na organização dos processos assistenciais.

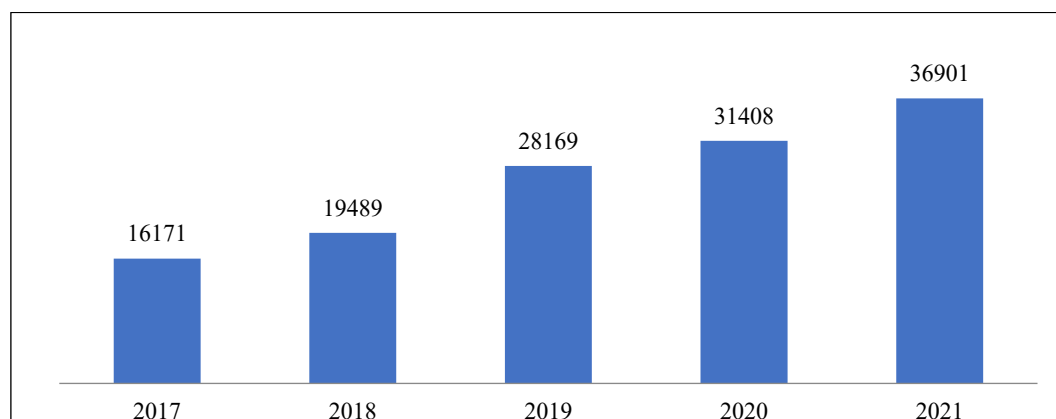
Cada incidente pode ser classificado quanto ao grau de dano causado ao paciente. A Figura 10.6 mostra que aqueles sem dano ou com dano leve foram os mais frequentemente notificados pelos serviços de saúde em todos os anos do período avaliado. Já os incidentes com grau de dano grave e os que causaram óbito foram notificados em menor proporção.

O conhecimento do cenário de notificações de incidentes pelos serviços de saúde e pela Vigilância Sanitária é fundamental para avaliar as falhas mais frequentes envolvendo a assistência à saúde e para subsidiar a implantação de medidas preventivas tanto no nível local como por meio de políticas públicas no nível estadual.

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são um dos principais eventos adversos vinculados à assistência, tornando-se um grave problema de saúde pública, na medida em que aumentam a morbimortalidade e os custos assistenciais, afetando diretamente a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados.

A implantação de um programa de controle de infecção eficaz nos serviços de saúde é uma estratégia crucial, pois estabelece as medidas de prevenção que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde. O monitoramento das IRAS também se constitui em uma im-

Figura 10.5 – Número de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, por ano – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: NOTIVISA

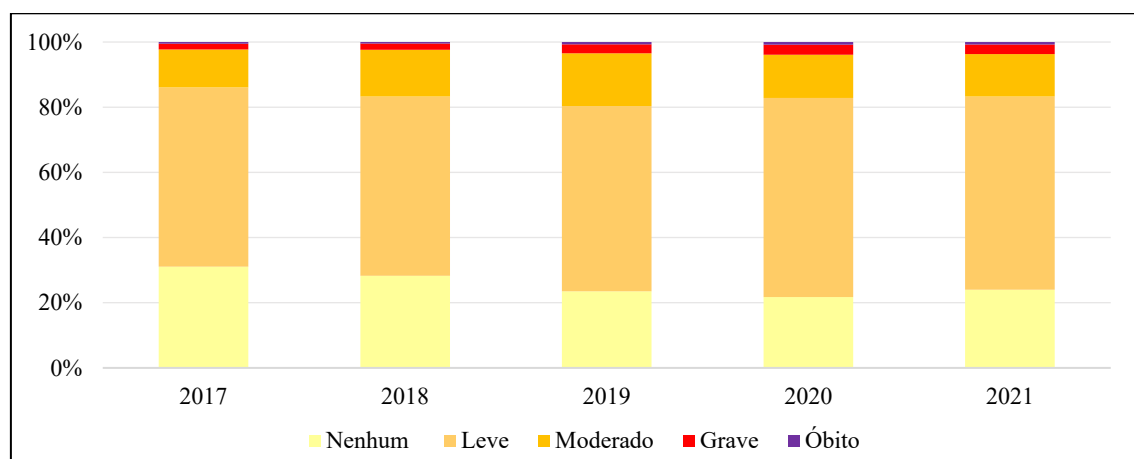
portante etapa para avaliar a qualidade da assistência e identificar necessidades de aprimoramento das medidas de prevenção e controle das infecções.

Da Figura 10.7 até a Figura 10.11 apresentam as séries históricas do período de 2017 a 2021 das taxas de IRAS nos hospitais do estado. Nas unidades de terapia intensiva (UTI) com atendimento a pacientes adultos (Figura 10.7) e pediátricos (Figuras 10.8) destacou-se a mudança no padrão das taxas no biênio final da série. Até 2019 as densidades de incidência da UTI adulto estavam mantendo-se relativamente constantes e as da UTI pediátrica em declínio. Contudo, em 2020 observou-se au-

mento da taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica em ambas as unidades, além do aumento da taxa de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) na UTI pediátrica. Na UTI adulto o crescimento da IPCS foi observado em 2021.

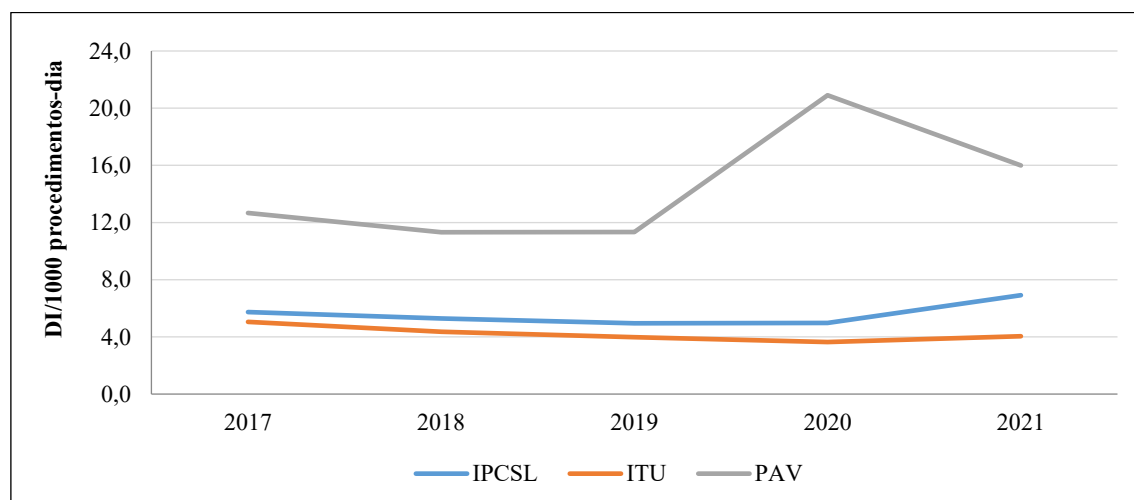
Na UTI neonatal (Figura 10.9 à Figura 10.11) é nítido o comportamento diferenciado entre as faixas de peso, sendo que os neonatos com menos de 1.000g apresentaram maiores densidades de incidência de IPCS. Em 2021 a densidade de incidência de IPCS laboratorial nos menores de 750g chegou a ser maior que o dobro da taxa dos neonatos com peso maior ou igual a 2.500g (9,8 vs. 4,3). Já em relação à

Figura 10.6 – Proporção do grau de dano das notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, por ano – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: NOTIVISA

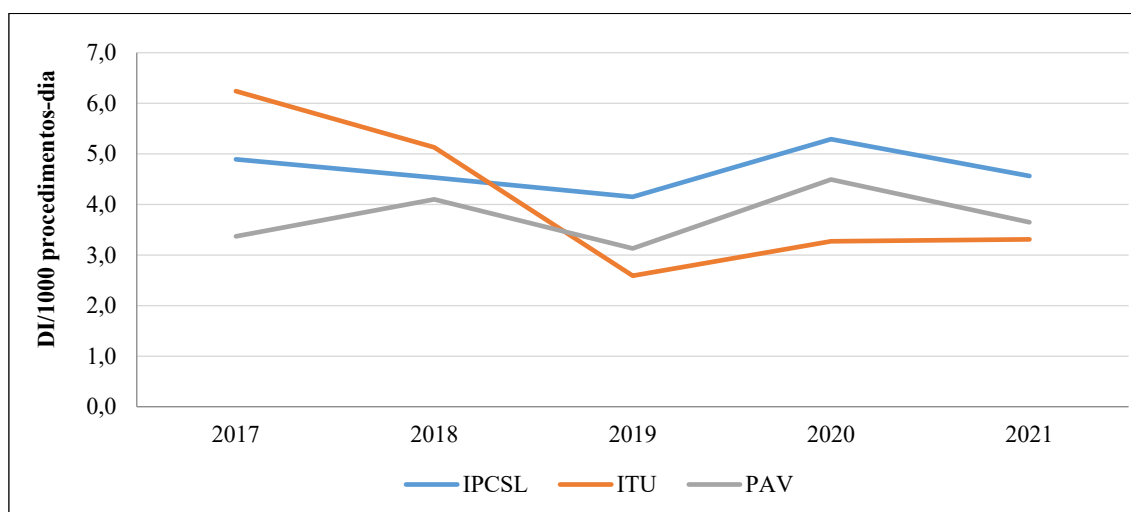
Figura 10.7 – Densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde em UTI adulto – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021



Nota: IPCSL – Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial; ITU – Infecção do Trato Urinário; PAV – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Fonte: FormSUS e LimeSurvey – ANVISA

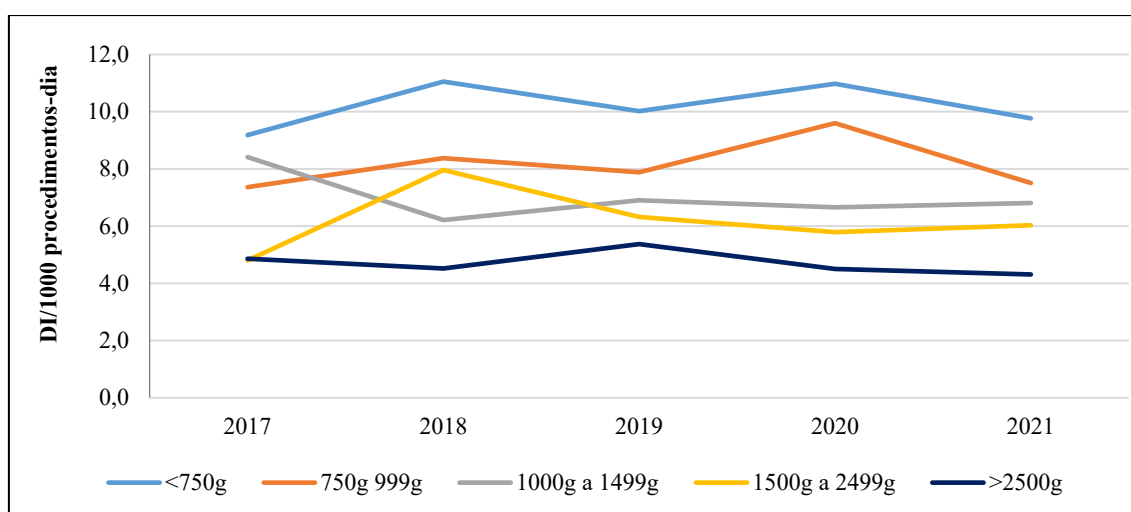
Figura 10.8 – Densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde em UTI pediátrica – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021



Nota: IPCSL – Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial; ITU – Infecção do Trato Urinário; PAV – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Fonte: FormSus e LimeSurvey – Anvisa

Figura 10.9 – Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial em UTI neonatal, por faixa de peso – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021



Fonte: FormSus e LimeSurvey – Anvisa

pneumonia por ventilação mecânica (PAV) os neonatos com peso entre 1.500g e 2.499g apresentaram as maiores densidades de incidência em quase todo o período avaliado.

Sobre a avaliação dos indicadores de IRAS cabe ainda ponderar o impacto da pandemia de COVID-19. Muitos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 demandaram assistência em terapia intensiva. Como apresentavam comprometimento do sistema imune, estavam em maior risco para o desenvolvimento de infecções, o que pode ter impactado no aumento

das densidades de incidência de IRAS no período.

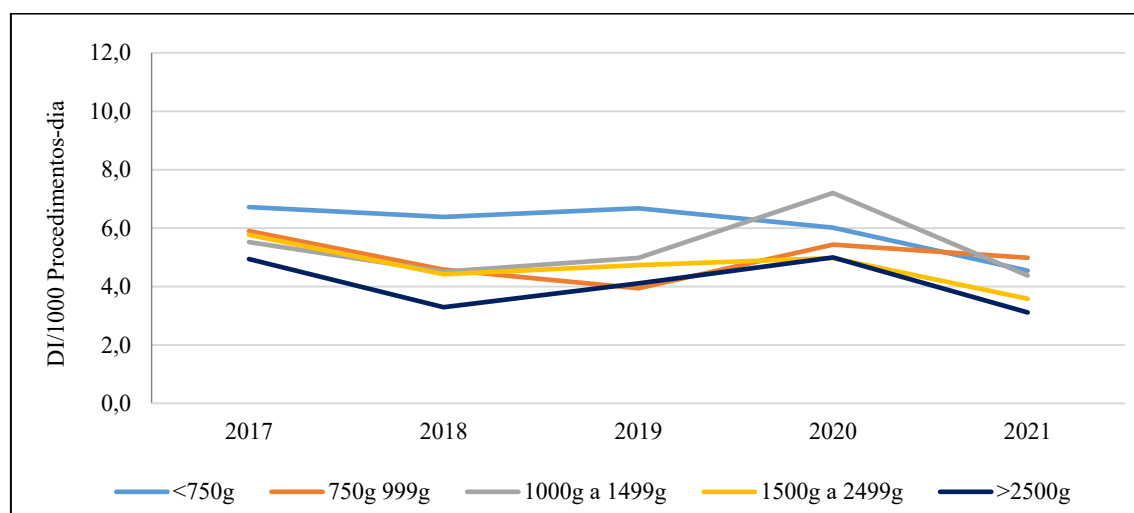
Outro ponto crítico que merece ser destacado refere-se à resistência microbiana, uma vez que o uso indiscriminado de antibióticos de amplo espectro também pode ter contribuído para o aumento da ocorrência de IRAS. Casos de *New Delhi Metalobetactamase* (NDM) têm emergido mundialmente, gerando grande preocupação, porque os NDM são extremamente resistentes aos antimicrobianos, principalmente aos carbapenems (Rosa *et al*,

2016). Alguns estudos descreveram altas taxas de mortalidade (de 40 a 50%), principalmente nas infecções de corrente sanguínea causadas por enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos, sendo duas vezes maior do que em pacientes infectados por cepas sensíveis a esse grupo de antibióticos (BRASIL, 2021).

Conforme mostra a Figura 10.12, houve um aumento substancial nos casos de NDM no estado em 2021, sendo que a maioria foi atribuída aos seguintes microorganismos: *Klebsiella pneumoniae* (57,2%), *Proteus mirabilis* (6,7%) e *Pseudomonas aeruginosa* (5,8%).

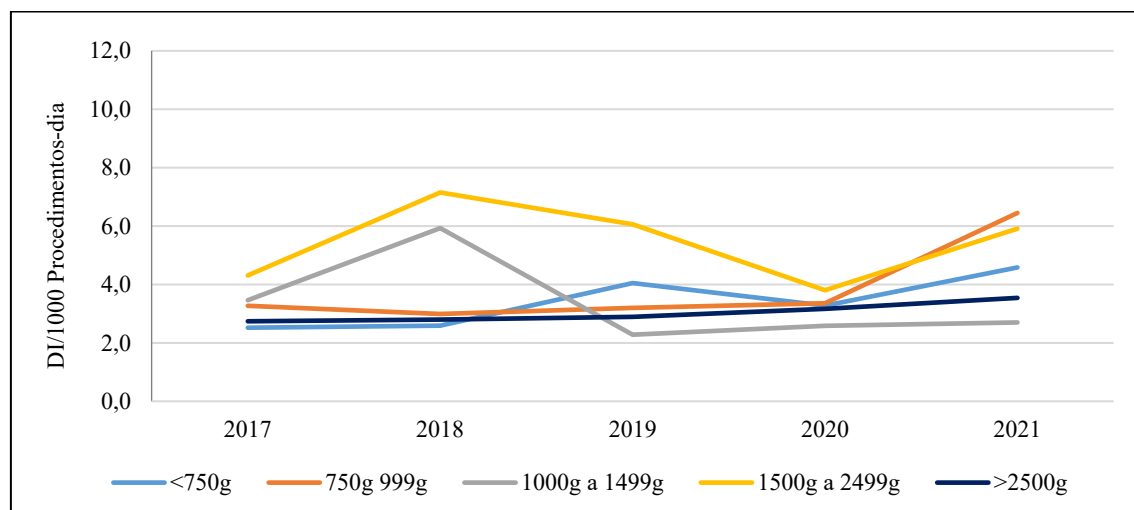
O uso exacerbado de antibióticos para o tratamento das infecções de pacientes acometidos com a COVID-19 associado à imunossupressão desses pacientes pode ter corroborado para o aumento dos microrganismos multirresistentes, especialmente os casos de NDM (Langford *et al.*, 2021; Brasil, 2021a). Esses dados alertam para a necessidade de melhorar a implementação das medidas de prevenção de IRAS, bem como de se instituir um controle maior quanto ao uso adequado dos antibióticos nos serviços de saúde.

Figura 10.10 – Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea clínica em UTI neonatal, por faixa de peso – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021



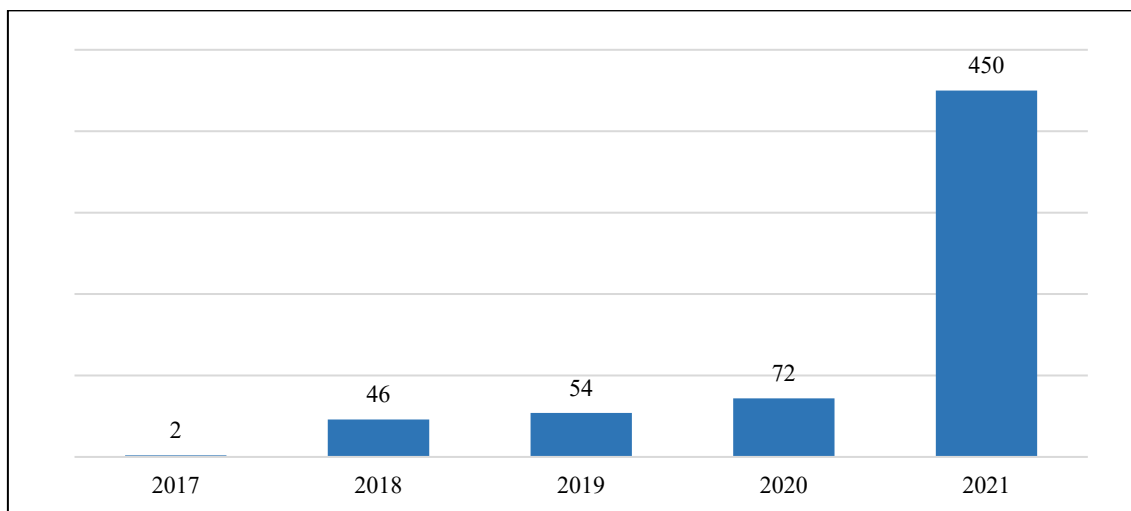
Fonte: FormSus e LimeSurvey – Anvisa

Figura 10.11 – Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal, por faixa de peso – Minas Gerais, janeiro de 2017 a dezembro de 2021



Fonte: FormSus e LimeSurvey – Anvisa

Figura 10.12 – Número de Casos Confirmados de New Delhi Metalobetalactamase (NDM) – Minas Gerais, 2017 a 2021



Nota: No período avaliado foram identificados 624 casos de pacientes infectados com NDM

Fonte: Sistema GAL

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. 168p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2021. 103p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2021**

Orientações para prevenção e controle da disseminação de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Brasília: ANVISA, 2021a.

LANGFORD, BJ. *et al.* Antibiotic prescribing in patients with COVID-19: rapid review and meta-analysis. *Clin Microbiol. Infect.*, v. 27, n. 4, p. 520-531, abr. 2021.

ROSA, TJ. *et al.* New Delhi metalobetalactamase (NDM): uma revisão Metallobetalactamase New Delhi: a review. **Rev. Bras. An. Clin.**, v. 49, n. 1, p. 36-40. mar./abr. 2017.

V. Serviços de Hemoterapia

Os Serviços de Hemoterapia (SH) caracterizam-se por oferecer assistência hemoterápica e/ou hematológica, que podem coletar e processar o sangue, realizar testes de triagem laboratorial, armazenar e distribuir hemocomponentes, realizar transfusões sanguíneas e praticar ações de hemovigilância. Alguns ainda prestam atendimento aos pacientes com doenças hemotológicas (ANVISA, 2020).

A RDC/ANVISA 151, de 21 de agosto de 2001, orienta que os SH que compõem a hemorrede nacional podem ter as seguintes nomenclaturas: Hemocentro Coordenador (HC), Hemocentro Regional (HR), Núcleo de Hemoterapia (NH), Unidade de Coleta e Transfusão (UCT), Unidade de Coleta (UC), Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD) e Agência Transfusional (AT). Os SH são sistemas complexos e de alta vigilância, em função dos procedimentos de cuidados a doadores e a pacientes (Murphy, Stanworth, Yazer, 2011). Por isso, é fundamental identificar e monitorar os riscos para prevenir desvios ou falhas prejudiciais à saúde de doadores, profissionais envolvidos e pacientes (SILVA JUNIOR, RATTNER, MARTINS, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) coordenou a construção de um método de avaliação de riscos potenciais em serviços de hemoterapia (MARPSH), o qual tem sido utilizado pelas VISAs (Vigilâncias Sanitárias) em todo o país. O MARPSH fundamenta-se no cumprimento dos requisitos estabelecidos na legislação sanitária. Com base no percentual dos requisitos cumpridos pelo SH, é fornecido o indicador Proporção de Controle (PC), que pode ser categorizado em: Baixo ($PC \geq 95\%$), Médio-Baixo ($80\% \leq PC < 95\%$), Médio ($70\% \leq PC < 80\%$), Médio-

Alto ($60\% \leq PC < 70\%$) e Alto ($PC < 60\%$). (SILVA JUNIOR, RATTNER, 2014).

Os dados apresentados são provenientes das inspeções sanitárias, presenciais e remotas, realizadas nos Serviços de Hemoterapia (SH) do estado de Minas Gerais entre 2017 a 2021. Inspeções remotas foram realizadas somente em 2020 e 2021, devido à pandemia de COVID-19. A descrição apresentada a seguir viabiliza o conhecimento do cenário da situação sanitária dos SH no estado e as tendências de riscos nesses serviços de saúde.

Em 2021 Minas Gerais contava 305 serviços de Hemoterapia, sendo sua maioria Agência Transfusional (AT), seguido de Hemocentro Regional (HR). Essa distribuição dos serviços é coerente, uma vez que HR desempenham as etapas mais complexas do ciclo do sangue e, geralmente, exercem um papel de coordenação e referência técnica sobre os demais serviços de determinada rede regionalizada. As ATs, responsáveis pelas etapas finais do ciclo produtivo do sangue, apresentam menor densidade tecnológica e distribuição mais capilarizada pelo estado (Tabela 10.3).

Os SH que apresentaram maior percentual de inspeções em relação ao total de serviços cadastrados foram a Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) e o Hemocentro Coordenador (HC). Observa-se que houve redução do número de inspeções realizadas durante a pandemia de COVID-19, anos 2020 e 2021, apesar da possibilidade de inspeções remotas (Figura 10.13). Em 2020 não houve inspeções em UC e em UCT. Já em 2021 não ocorreram inspeções no HC e na UCT.

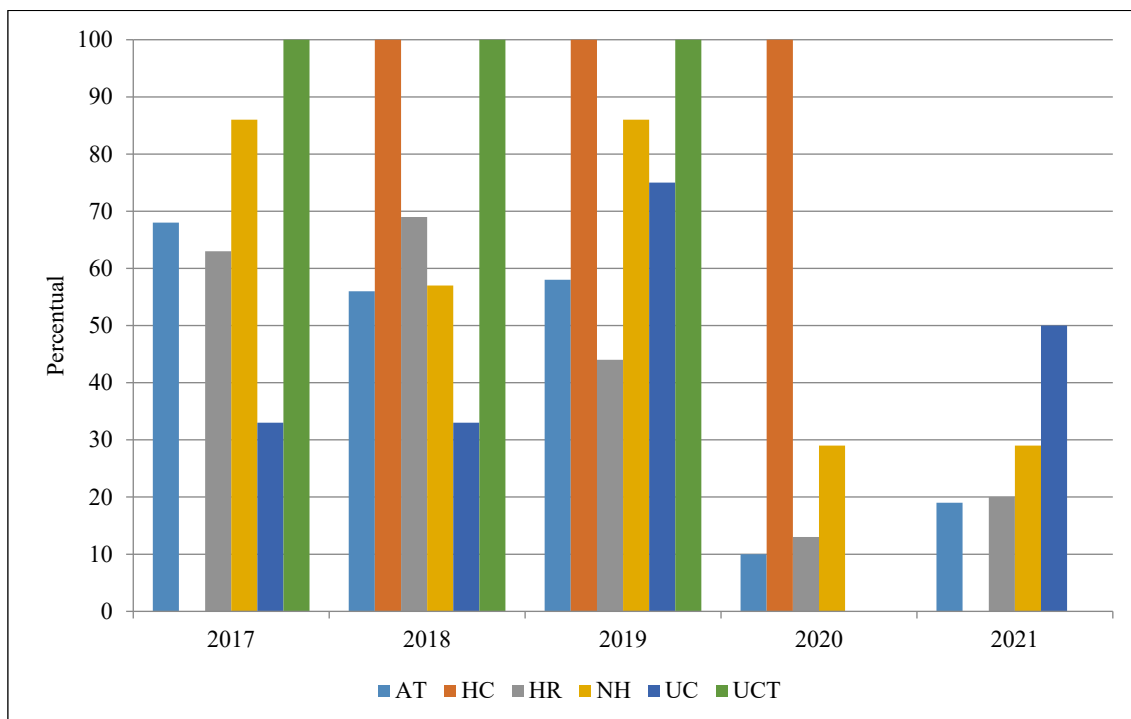
A Figura 10.14 reforça o impacto da pandemia nas ações de vigilância em 2020 e 2021.

Tabela 10.3 – Quantidade de serviços de hemoterapia cadastrados – Minas Gerais, 2017 a 2021

Tipo de serviço	2017	2018	2019	2020	2021
Agência Transfusional	281	283	279	279	277
Hemocentro Coordenador	1	1	1	1	1
Hemocentro Regional	15	15	15	15	15
Núcleo de Hemoterapia	7	7	7	7	7
Unidade de Coleta	3	3	4	4	4
Unidade de Coleta e Transfusão	1	1	1	1	1
Total	308	310	307	307	305

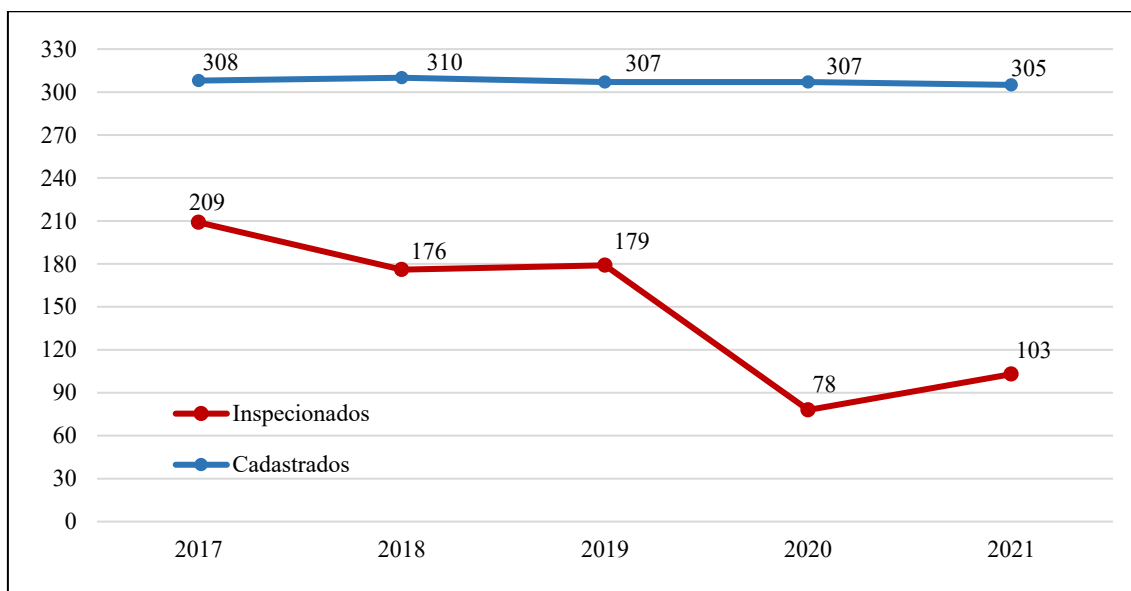
Fonte: DVSS/SVS/SUBVS/SES-MG

Figura 10.13 – Percentual dos Serviços de Hemoterapia inspecionados por tipo de serviço em relação aos cadastrados – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: DVSS/DVS/SUBVS/SES-MG

Figura 10.14 – Número de Serviços de Hemoterapia avaliados com o MARPSH, em relação aos cadastros – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: DVSS/DVS/SUBVS/SES-MG

Entre 2017 a 2020 já ocorria uma redução dos serviços avaliados pelo MARPSH, independente da pandemia do COVID-19. Mas verificou-se uma queda brusca nas inspeções, passando de 179 no ano de 2019, para 78 no ano de 2020, seguido de alta para 103, em 2021.

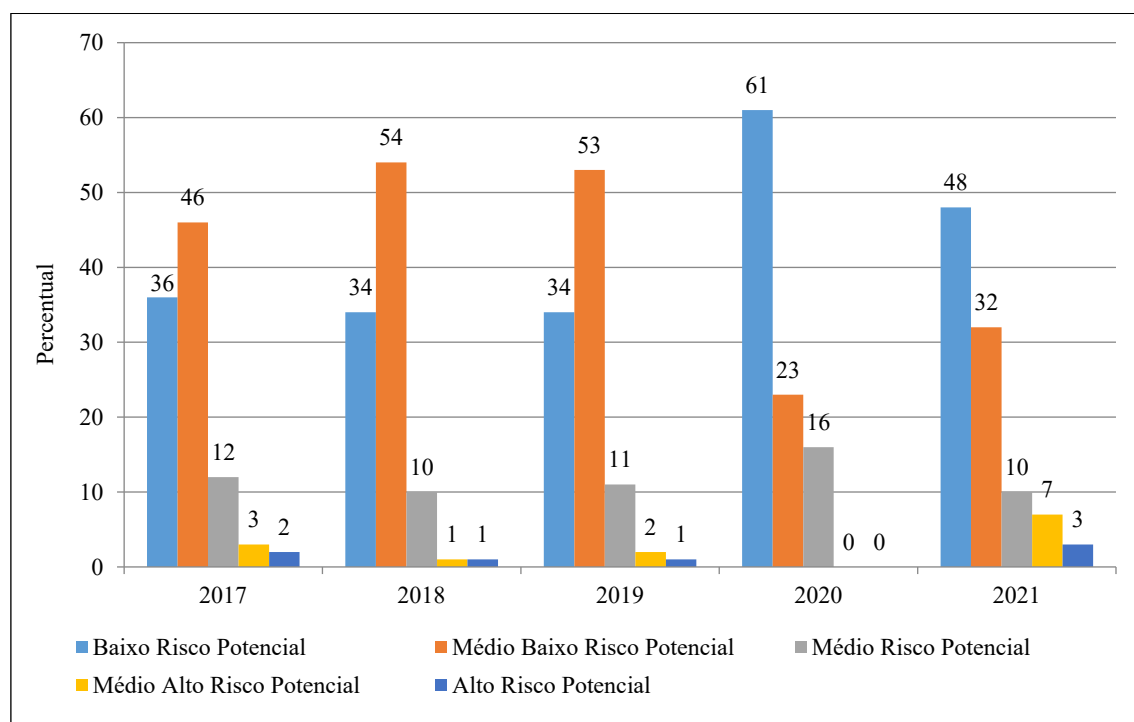
Em relação ao MARPSH, entre 2017 e 2019, os percentuais de risco se mantiveram semelhantes. Em 2020 e 2021, a maioria dos serviços foram classificados como Baixo Risco Potencial (61% e 48%, respectivamente). Entretanto, houve redução significativa nas inspeções nesses anos (Figura 10.15).

A ANVISA propõe um indicador estratégico do percentual dos SH classificados em Alto-Risco e Médio-Alto risco, em que os SH devem se manter abaixo da meta proposta. Em 2021 foi de 9%. A Figura 10.16 apresenta como este indicador se comportou entre 2017 e 2021 em Minas Gerais. Houve queda do indi-

cador em 2020 (1,3%), mas não ocorreram inspeções classificadas como Alto-Risco e Médio-Alto risco nesse ano. Em 2021 ocorreu a retomada das inspeções e o indicador, apesar de aumentar (5,8%), se manteve abaixo da meta estabelecida pela ANVISA.

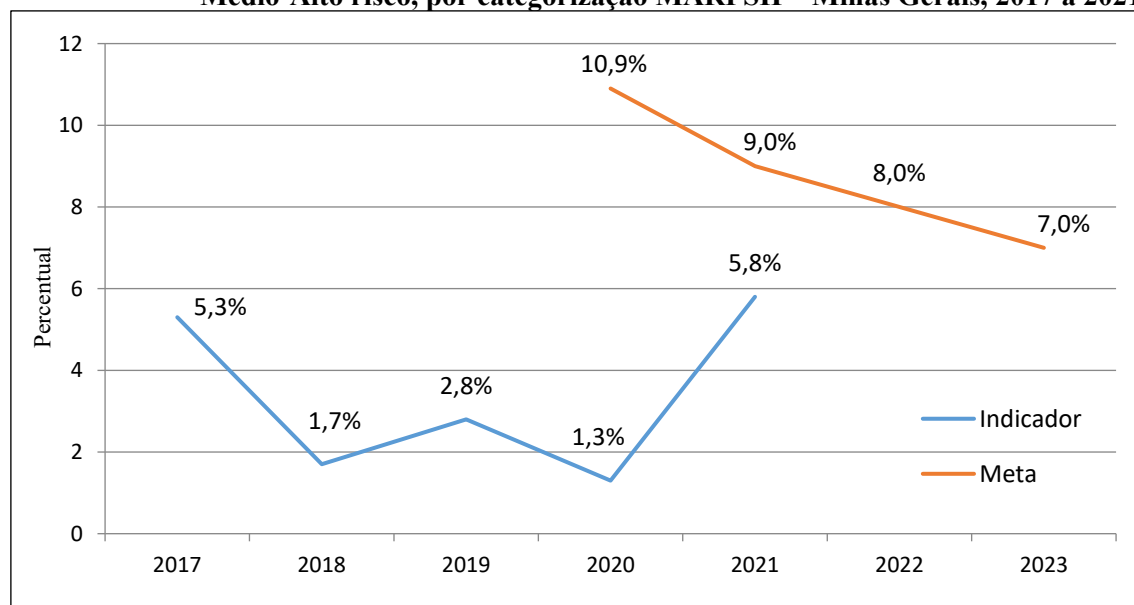
A avaliação de risco potencial possibilita

Figura 10.15 – Histórico da distribuição percentual de Serviços de Hemoterapia avaliados pelo MARPSH, em relação ao risco potencial – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: DVSS/DVS/SUBVS/SES-MG

Figura 10.16 – Série histórica dos Serviços de Hemoterapia classificados em Alto-Risco e Médio-Alto risco, por categorização MARPSH – Minas Gerais, 2017 a 2021



Fonte: DVSS/DVS/SUBVS/SES-MG

estimar o cenário dos SH, identificar aqueles que apresentam maior risco e voltar a atenção para esses serviços. Com isso, as ações da vigilância sanitária que envolvam o ciclo do sangue tornam-se mais efetivas e direcionadas. Além disso, o impacto da pandemia de

COVID-19 nas ações da VISA ficou evidente com a diminuição expressiva das inspeções, o que dificulta a comparação dos indicadores por toda série histórica abordada na análise (2017 e 2021).

Referências

ANVISA. 11º **Boletim Anual de Avaliação Sanitária em Serviços de Hemoterapia**, Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada — RDC nº 151**, de 21 de agosto de 2001. Brasília, DF, 2001.

MURPHY, M. F.; STANWORTH, S. J.; YAZER, M. Transfusion practice and safety: current status and possibilities for improvement. **Vox Sanguis**, v. 100, n. 1, p. 46-59, jan. 2011.

SILVA JUNIOR, J. B.; RATTNER, D. Segurança transfusional: um método de vigilância sanitária para a avaliação de riscos potenciais em serviços de hemoterapia. **Vig. Sanit. Debate**, v. 2, n. 2, p. 43-52, 2014.

SILVA JUNIOR, JB; RATTNER D; MARTINS, RCA. Controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil: uma abordagem para autoridades reguladoras. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 40, n. 1, p. 1- 8, 2016.

Vigilância em Saúde Ambiental

Introdução

A Vigilância em Saúde Ambiental é considerada, assim, uma das 4 (quatro) grandes áreas que compõem a Vigilância em Saúde e pode ser definida como o:

conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde (Art. 6º, Resolução nº 588, 2018).

Assim, destaca-se que a Vigilância em Saúde Ambiental é a área responsável por coordenar as atividades de vigilância relacionadas aos contaminantes ambientais, sejam eles presentes na água, no ar ou no solo, desde que sejam de importância e repercussão na saúde pública. Assim como a coordenação das atividades relacionadas aos riscos decorrentes de desastres naturais (períodos chuvosos e de seca e estiagem) e dos desastres tecnológicos, sejam eles advindos de acidentes com produtos perigosos ou advindos de barragens, assim como de outros eventos capazes de causar doenças e agravos à saúde humana.

Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres - Vigidesastres

A portaria GM/MS Nº 4.185, de 1º de dezembro de 2022, instituiu o Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres - Vigidesastres, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. O Programa tem por finalidade o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde relativas à gestão de riscos de emergências em saúde pública por desastres.

No âmbito de Minas Gerais o Programa Vigidesastres é desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais na Diretoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, onde os desastres em Minas Gerais são acompanhados de forma ativa pela equipe técnica, seja ele de origem natural ou antrópica/tecnológica, utilizando os pontos focais no âmbito do Vigidesastres na referida Diretoria.

De acordo com a necessidade e demanda, a equipe do Vigidesastres também poderá se deslocar a campo, aproximando-se assim do município e estando no território de forma que otimize o resultado do apoio complementar prestado a eles. Essa atuação é realizada de forma coordenada com as outras áreas da instituição e é realizada por meio do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) que tem por objetivo facilitar a disseminação de informações e a tomada de decisões ágeis e eficazes.

Período Chuvoso

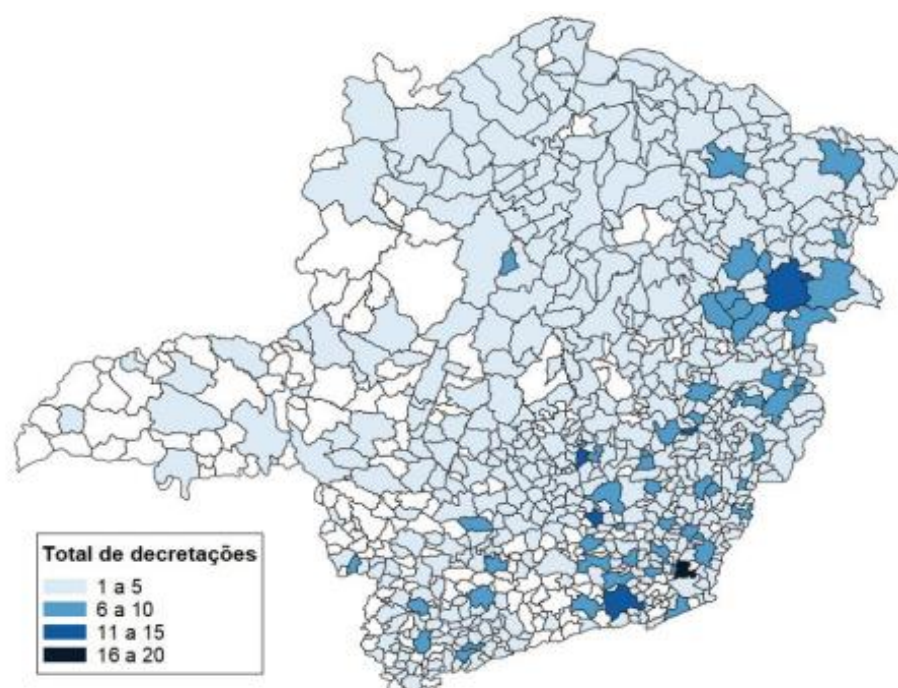
O clima da região sudeste do Brasil é tipicamente marcado por chuvas concentradas no verão e estiagem nos meses de inverno. A temporada de chuvas em Minas Gerais ocorre entre os meses de outubro e março e tem o pico de precipitação nos meses de novembro, dezembro e janeiro. (CEDEC, 2023)

O estado se destaca no cenário brasileiro por seus múltiplos aspectos geográficos que, na ótica de proteção e defesa civil, implicam numa maior ou menor suscetibilidade à ocorrência de desastres a depender da região. Como não se pode alterar a magnitude de um fenômeno natural, os esforços devem estar voltados para a redução da vulnerabilidade, tanto dos municípios, como de seus moradores.

No caso de Minas Gerais, a topografia de relevo constitui um fator que potencializa a ocorrência de chuvas no território. Apesar dos estudos de climatologia apresentarem um padrão típico para a região, nos últimos anos tem-se verificado grandes anomalias em Minas Gerais. Nos anos de 2014 e 2015 as chuvas ficaram aquém do esperado e ocasionaram sérios problemas de abastecimento em importantes cidades do Sudeste, porém, em 2020, volumes recordes de precipitação foram registrados e a estação chuvosa encerrou-se com acumulados positivos.

De forma complementar, no período chuvoso de 2019/2020, 256 municípios decretaram Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública apresentando anormalidade no padrão que vinha desde 2013 com média de 56 acionamentos, já em 2020/2021 a situação se normalizou com 58 registros. Porém, em 2021/2022 e em 2022/2023 tiveram, respectivamente, 450 e 289 decretos (Cedec, 2023) (Figura 1). Esses fatos mostram a necessidade de preparação para eventos adversos e antecipação de medidas que visem a preservação da saúde e incolumidade da população.

Figura 1 – Mapa dos municípios que decretaram Situação de Emergência (SE) ou Estado de Calamidade Pública (ECP) no Estado de Minas Gerais entre os anos de 2013 e 2023



Fonte: CEDEC, 2023.

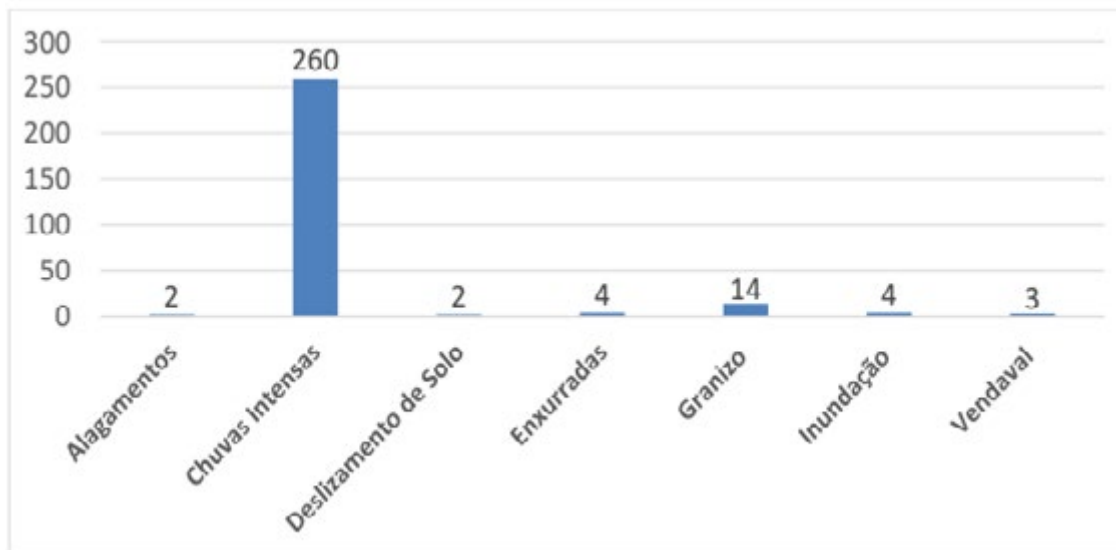
Alguns municípios possuem recorrência na incidência de situações de anormalidade em decorrência das chuvas, entre eles: Cataguases, Juiz de Fora, Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, Timóteo, Teófilo Otoni, Lavras, Barbacena, Ouro Preto e Pouso Alegre. É possível observar uma tendência de concentração de eventos na região metropolitana e nas regiões leste e sudeste do estado. Essa concentração é decorrente da alta densidade populacional associada à ocupação urbana desordenada, a topografia desfavorável com relevo acidentado e a ocupação de áreas de planície de inundação em vales, ausência de habitações saudáveis e seguras, saneamento ambiental inadequado, baixo nível educacional e setor de saúde pouco estruturado.

O território do estado é caracterizado por uma grande complexidade litológica com rochas que apresentam marcante foliação metamórfica, fator que favorece o desenvolvimento de rupturas e consequentemente, a ocorrência de deslizamentos. Além disso, o relevo de montanhas com altas declividades, é mais susceptível a instalação de processos erosivos, sobretudo onde as encostas foram desprovidas da cobertura vegetal para a implantação de pastagens e cultivos diversos. (CPRM, 2013) Esses elementos combinados resultam em uma menor capacidade de resistência dessas áreas frente aos impactos negativos das chuvas, o que as torna mais propensas a vivenciarem situações de anormalidade.

Os efeitos sobre a saúde da população que ocupa essas áreas de risco são múltiplos e significativos e podem ter seus reflexos a curto e longo prazo.

Dentre os desastres registrados como constam na Figura 2, o deslizamento do solo é a principal causa de óbitos nesse período. Além disso, sempre há muitos desalojados e desabrigados, condição de atenção da saúde pública já que os indivíduos se encontram vulneráveis. Em um intervalo de dias e meses, destaca-se a ocorrência de doenças transmissíveis como Hepatite A, Leptospirose e doenças diarréicas, podendo evoluir para não transmissíveis como infecções cutâneas e hipertensão. Em um período maior de tempo, as doenças se intensificam em doenças cardiovasculares, transtornos psicossociais e comportamentais, desnutrição e intensificação de doenças crônicas (OPAS, 2015; FREITAS, 2014).

Figura 2 – Gráfico dos tipos de desastres registrados pelos municípios em Minas Gerais no último período chuvoso (2022/2023) nos meses de outubro a março



Fonte: CEDEC, 2023.

Diante disso, é necessário priorizar a prevenção e por meio da observação do aumento da magnitude dos desastres nos últimos anos, o poder público deve adotar ações de resposta cada vez mais eficientes, que exigem planejamentos cada vez mais robustos e o trabalho em conjunto com a Defesa Civil, Corpo de Bombeiros e entre as esferas federal, estadual e municipal a depender da magnitude do ocorrido.

De acordo com o Relatório Situacional de Ocorrências da SES/MG do evento período chuvoso 2019-2020, uma das demandas dos municípios foi em relação a medicamentos. Foram registrados 50 municípios que solicitaram o fornecimento de medicamentos e insumos estratégicos para atendimento da população: vacinas, kit emergência, hipoclorito de sódio a 2,5%, insulina, medicamentos básicos, medicamentos especializados e antirretrovirais.

Em Minas Gerais foi estabelecida uma atuação Integrada entre a Secretaria de Estado de Saúde, o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e o Gabinete Militar do Governador através Coordenadoria Estadual de Defesa Civil na prevenção, preparação e resposta a desastres realizada através da metodologia do Sistema de Comando de Operações - SCO (MINAS GERAIS, 2012). Trata-se de uma ferramenta gerencial, de concepção sistêmica e contingencial, empregada para coordenar situações críticas.

Além disso, a coordenação intersetorial é realizada pelo Comitê de Emergência Geral (COE-Geral), que possui caráter multidisciplinar e multissetorial, agrupando diferentes setores governamentais (nível federal, estadual e municipal) e não governamentais, além de setores privados e empresas (FREITAS, 2018)

No estado de Minas Gerais o COE-Geral recebe o nome de Comitê Gestor de Medidas de Prevenção e Enfrentamento das Consequências do Período Chuvoso (antigo GER). Ele foi instituído para promover a ação coordenada dos órgãos e entidades estaduais em decorrência das

chuvas, através do Decreto 497 de 25 de outubro de 2019 (atualizado pelo Decreto Especial N. 15 / 2022).

Ele visa fornecer subsídios para que o Estado possa oferecer uma resposta a qualquer evento chuvoso de maneira eficiente e rápida. O Comitê Gestor é coordenado pelo Gabinete Militar, por meio da Coordenadoria Estadual de Defesa Civil (CEDEC) e é integrado por representantes das secretarias Geral, de Governo (Segov), da Fazenda (SEF), de Saúde (SES), de Trabalho e Desenvolvimento Social (Sedese), de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Semad) e de Transporte e Obras Públicas (Setop). Compõem o grupo ainda o Departamento de Edificações Estradas de Rodagem (DEER), Cemig, Copasa, Polícia Militar, Polícia Civil, Corpo de Bombeiros Militar e Instituto Mineiro de Gestão das Águas (Igam), além disso, a coordenação do grupo pode convidar representantes de outros poderes, órgãos ou especialistas no tema, conforme necessidade.

Portanto, o período chuvoso é, em Minas Gerais, um momento que exige atenção da Vigilância em Saúde Ambiental e do estado por ser, na maioria das vezes, previsível devido ao seu momento de ocorrência ser recorrente e por ser causador de muitos transtornos sociais e de saúde pública. Assim, demonstra-se ser um Programa de muita importância para a sociedade e que demanda articulações internas e entre órgãos de forma à realização de um trabalho eficiente e que se antecipe evitando óbitos e perdas materiais, não somente à população, mas, inclusive, ao poder público.

Seca e Estiagem

A seca e a estiagem são desastres naturais segundo a Codificação Brasileira de Desastres - COBRADE. A estiagem é o período prolongado de baixa ou nenhuma pluviosidade, em que a perda de umidade do solo é superior à sua reposição. (BRASIL, 2020). Já a seca é uma estiagem prolongada, durante o período de tempo suficiente para que a falta de precipitação provoque grave desequilíbrio hidrológico. (BRASIL, 2020)

Avaliando-se a série histórica de ocorrências de desastres de seca em Minas Gerais, a região do semiárido do estado é a mais atingida. Isso se dá pelas características climáticas da região como baixos índices pluviométricos e também à vulnerabilidade da população, resultado de distintos processos socioeconômicos e políticos (MINAS GERAIS, 2020).

Dentre os principais efeitos à saúde causados por esse período estão as doenças transmissíveis (diarreia); doenças causadas pela poluição do ar: conjuntivite alérgica, doenças de pele e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2021); doenças transmitidas por vetores como a febre maculosa a qual verifica-se maior frequência de casos no período de seca devido à predominância das formas de larva e ninfa do carrapato no ambiente; impactos psicossociais e na saúde mental: depressão e suicídio; deslocamento e migrações populacionais; e, interrupção nos serviços de saúde. Além disso, há efeitos advindos da má nutrição (desnutrição, deficiências nutricionais, sobrepeso e obesidade) que podem ser causadas pela interrupção do meio produtivo das famílias devido à seca de lavouras, falta de água e aumento no preço dos alimentos. Essas consequências à saúde influenciam o aumento da morbidade e mortalidade humana.

A elaboração de um cenário de risco por meio do levantamento dos eventos de seca e estiagem no município nos últimos anos permite avaliar a frequência e intensidade das ocorrências, os locais e a população expostos, além dos impactos humanos e os danos materiais (FREITAS et al., 2021).

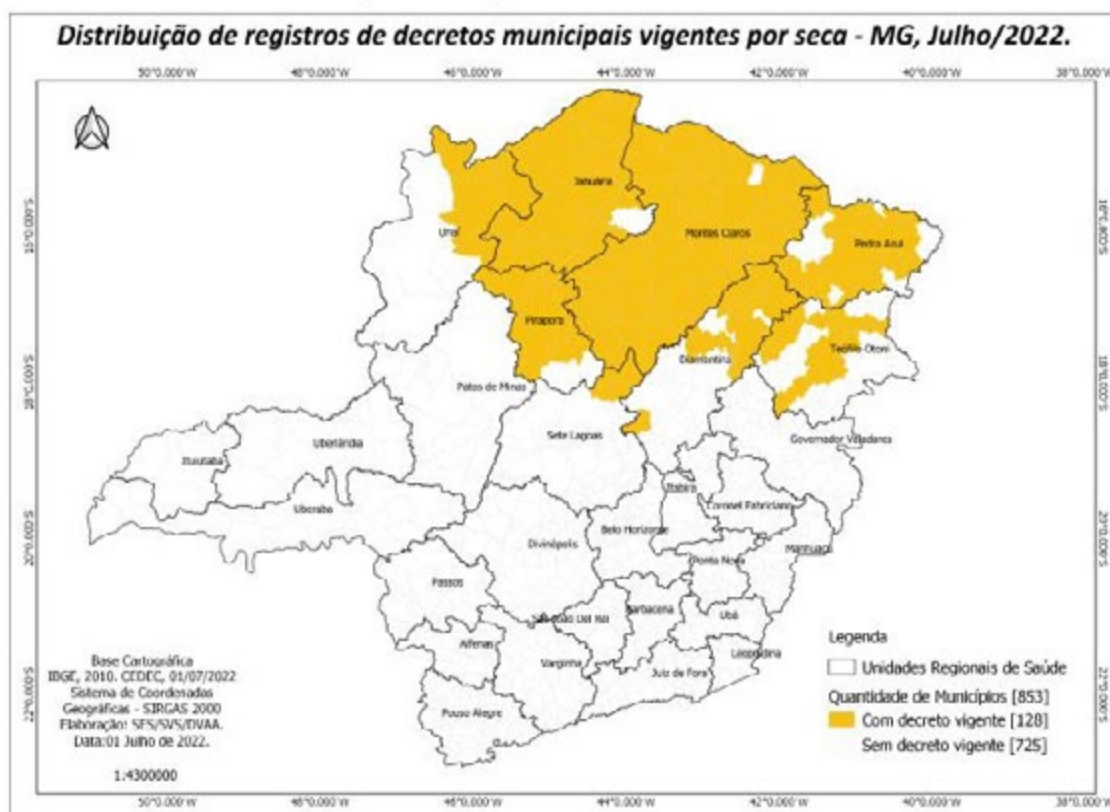
A Coordenadoria Estadual de Defesa Civil do Estado de Minas Gerais (CEDEC/MG), disponibiliza o quantitativo de municípios atingidos pelos desastres relacionados a seca ou estiagem no estado e que decretaram situação de emergência ou estado de calamidade, de 2009 a 2019, oscilou entre 63 e 370 municípios por ano. (CEDEC, 2019) Em 2023 até o mês de outubro, 135 notificações foram feitas nesse sentido.

O maior número de decretos por seca e estiagem, na série histórica analisada, está concentrado nas Unidades Regionais de Saúde de Montes Claros (54 municípios jurisdicionados), Januária (25 municípios jurisdicionados), Diamantina (34 municípios jurisdicionados), Pedra Azul (25 municípios jurisdicionados), Teófilo Otoni (32 municípios jurisdicionados) e Pirapora (7 municípios jurisdicionados). Sendo que a regional de Diamantina apresentou 79,4% (27

municípios jurisdicionados) dos municípios com pelo menos 1 decreto. Enquanto, nas demais regionais, todos municípios decretaram pelo menos 1 vez. (CEDEC, 2019)

Como podemos analisar na Figura 3, os decretos de seca e estiagem ocorrem na região Norte conhecida como semiárido, coincidindo com a porção de menor incidência de chuvas e de maior vulnerabilidade social do estado como tratado anteriormente.

Figura 3 – Distribuição de registros de decretos municipais vigentes por seca ou estiagem em Minas Gerais, julho/2022



Fonte: CEDEC-MG

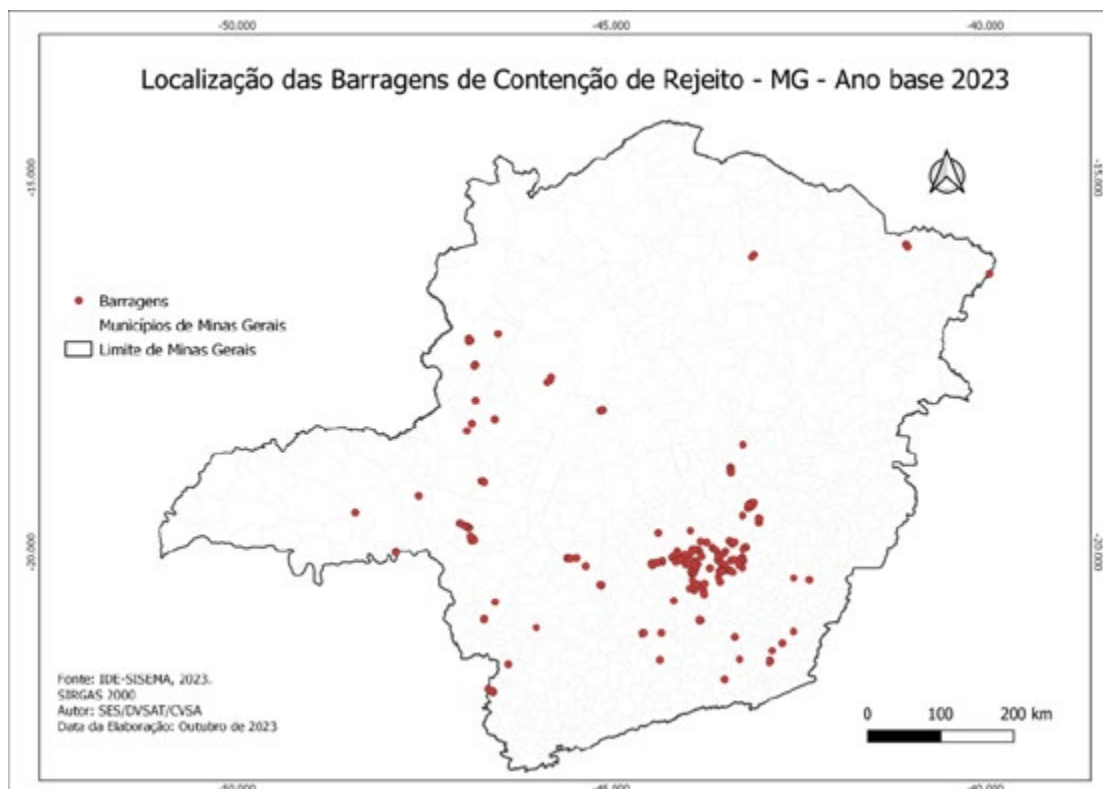
Durante o período de seca/estiagem, podem ocorrer limitações na captação e no abastecimento de água. Sendo assim, a vigilância em saúde ambiental do município deve alimentar e consultar o SISAGUA para verificar pontos vulneráveis em relação a qualidade da água para consumo humano e que serão priorizados para execução das ações de vigilância. Destaca-se a importância do registro e atualização desses dados para a análise de situação de saúde com vistas a minimizar os riscos associados ao consumo de água que não atenda ao padrão de potabilidade estabelecido nas normativas.

Assim, ressalta-se a importância desse ensejo que, muitas vezes, não é tratado com a devida atenção visto que seus efeitos não são imediatos e visivelmente desastrosos como os resultantes do período chuvoso.

Monitoramento de Barragens de Contenção de Rejeito

Realizando uma breve contextualização territorial do estado de Minas Gerais em relação ao seu processo produtivo, podemos observar que o Estado se destaca nacionalmente e internacionalmente pela atividade minerária. Desde o período colonial quando a extração de ouro e pedras preciosas eram comuns na região, vários municípios mineiros se especializaram na atividade de produção e comercialização relacionadas à economia mineral. Dentre os municípios com grande exploração da referida atividade econômica destacam-se os localizados na Zona denominada Quadrilátero Ferrífero (Mapa 1) (CARSALADE et.al., 2012).

Mapa 1 - Localização das Barragens de Contenção de rejeitos em Minas Gerais, ano base 2023



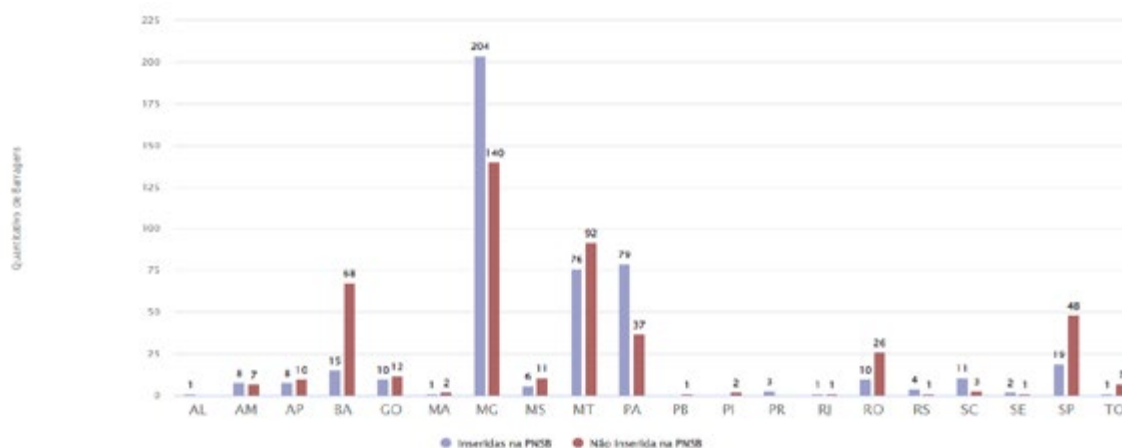
Fonte: FEAM, IDE-Sisema, 2023.

A zona do Quadrilátero Ferrífero, considerada como uma província geológica, localiza-se na porção sudeste do estado de Minas Gerais. A região é considerada a maior produtora nacional de minério e sua área abrange 34 municípios, entre eles, Barão de Cocais, Belo Horizonte, Brumadinho, Caeté, Catas Altas, Itabirito, Mariana, Nova Lima, Ouro Preto, Raposos, Rio Acima, São Gonçalo do Rio Abaixo entre outros.

A exploração mineral tem entre suas consequências, a geração de rejeitos que não possuem valor econômico e, portanto, depositados nas barragens. Com a grande necessidade da atividade de mineração, há um crescente aumento desse material descartado, que pode apresentar grandes riscos tanto ao meio ambiente quanto à saúde pública (SOBREIRA; FERREIRA; CAMPOS, 2016).

De acordo com o Relatório Quantitativo, gerenciado pela ANM por meio do Sistema Integrado de Gestão de Barragens de Mineração - SIGBM, existem no Brasil 928 barragens de mineração, sendo que 344 delas se encontram no estado de Minas Gerais, o que corresponde a 37,06%. Os dados foram extraídos em outubro deste ano, e estão sujeitos a atualizações (Figura 4).

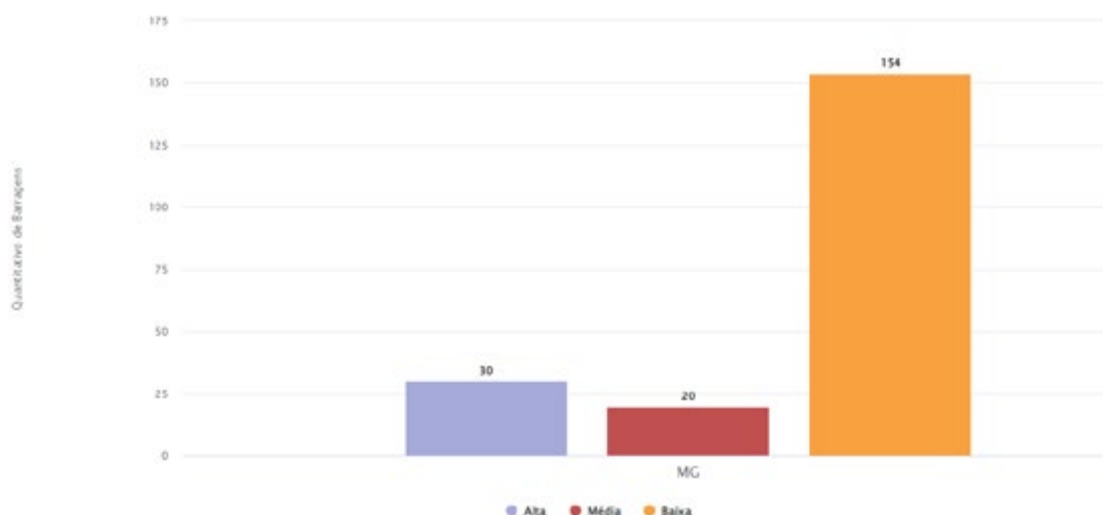
Figura 4 - Quantitativo de barragens de mineração por Unidade Federativa



Fonte: Agência Nacional de Mineração - ANM. Outubro de 2023.

Dentre essas 344 barragens de contenção de rejeito de mineração algumas estão inseridas na Categoria de Risco que é a classificação da barragem de acordo com os aspectos que possam influenciar na possibilidade de ocorrência de acidente ou desastre. Na Figura 5, podemos observar que 30 barragens apresentam risco alto, 20 apresentam risco médio e 154 estão classificadas como risco baixo.

Figura 5. Classificação de Risco das barragens de contenção de rejeito minerário em MG



Fonte: Agência Nacional de Mineração - ANM. Outubro de 2023.

De acordo com os dados extraídos do Boletim da Coordenação Estadual de Defesa Civil de Minas Gerais, atualizados em outubro de 2023, Minas Gerais apresenta 24 barragens em nível de alerta/emergência. Sendo, 16 no nível 1, 5 no nível 2 e 3 no nível 3. O nível de emergência corresponde à convenção adotada para graduar as situações de emergência em potencial que possam comprometer a segurança da barragem.

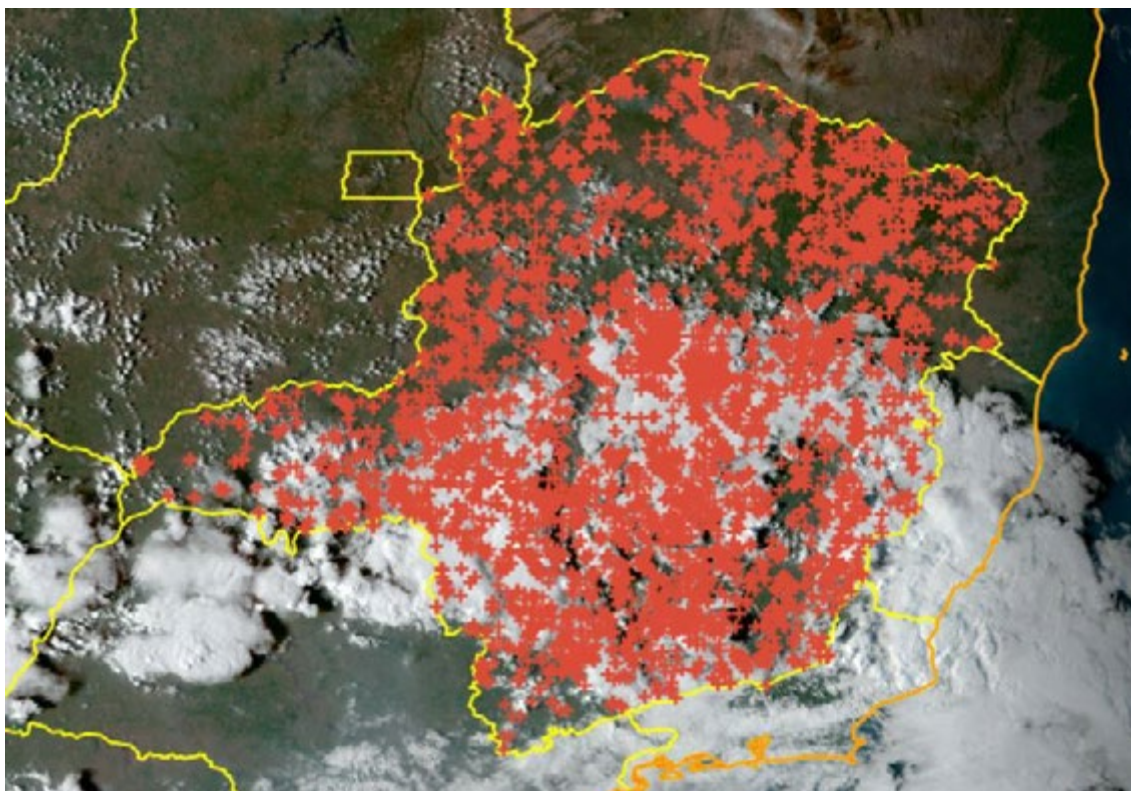
É importante no que diz respeito ao monitoramento com barragens de contenção de rejeitos a observância na preparação e a resposta às emergências para redução dos impactos na saúde pública, a coordenação de ações entre as esferas de gestão do SUS, e a integração dos serviços de saúde para uma resposta oportuna. O rompimento de barragens é um desastre que impacta diretamente a saúde pública e necessita de uma resposta ágil, coordenada e eficiente de modo a reduzir os efeitos na saúde.

Incêndios Florestais

Conforme a Codificação Brasileira de Desastres - COBRADE os Incêndios Florestais são enquadrados no Grupo dos desastres Climatológicos, subgrupo da Seca e abrangem o fogo sem controle em áreas de proteção ambiental, áreas de preservação permanente e áreas não protegidas, com reflexos na qualidade do ar (BRASIL, 2020). Essa definição requer que as queimadas e os incêndios florestais sejam avaliados sob a ótica do evento adverso, que produz danos humanos ou ambientais e prejuízos econômicos em um cenário vulnerável, ou seja, sob a perspectiva do desastre.

O período de seca e estiagem ocorre entre maio e setembro, época em que se percebe uma baixa umidade do ar, o aumento da temperatura e de material particulado no ar (poeira). Nessa temporada a vegetação desidrata progressivamente, alcançando níveis críticos, tornando o ambiente mais propício para ocorrência de incêndios florestais, que também contribuem para a contaminação do ar (CBMMG, 2022). A Figura 6 apresenta os elevados índices de focos de queimadas no estado no período de maio a setembro de 2022.

Figura 6 - Focos de queimadas entre maio e setembro de 2022



Fonte: BDQueimadas.

Dados de atendimentos às diversas ocorrências de Incêndios Florestais pelo Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais - CBMMG entre 2021 e 2022 corroboram o número alto de sinistros dessa natureza no período mencionado e são mostrados na Figura 7.

Figura 7 - Série histórica de atendimentos do CBMMG de ocorrências de Incêndio Florestal em Minas Gerais 2021-2022

Ano	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	Total
2021	522	230	741	1.928	2.706	2.014	4.486	5.423	5.407	581	153	95	24.286
2022	110	79	858	980	1.500	2.214	3.707	4.544	3.605	943	175	43	18.758
Total	632	309	1.599	2.908	4.206	4.228	8.193	9.967	9.012	1.524	328	138	43.044

Fonte: CBMMG, 2023.

Além dos prejuízos para o meio ambiente com impactos diretos na fauna e flora, perda de biodiversidade, os incêndios florestais trazem consequências alarmantes para a saúde, uma vez que produzem material particulado que causam doenças agudas e crônicas, como por exemplo a pneumonia, bronquites e asma, podendo levar à morte (BRASIL, 2021). Por resultar na piora da qualidade do ar atmosférico afetando o bem-estar da população, os incêndios florestais estão no campo de acompanhamento da área da saúde. O monitoramento de áreas sob influência de queima de biomassa é um dos focos de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental e Qualidade do Ar (VIGIAR).

A queima incompleta de biomassa libera fumaça e subprodutos da combustão que poluem o ar, resultando em uma mistura de poluentes tóxicos que afetam a saúde causando ou exacerbando doenças cardiopulmonares, câncer de pulmão, morte prematura, dentre outras. Grupos populacionais mais susceptíveis como crianças, idosos, gestantes, indivíduos com doenças cardiorrespiratórias, de baixo nível socioeconômico e de trabalhadores ao ar livre podem estar sob maior risco de apresentarem algum efeito na saúde relacionado à poluição do ar (BRASIL, 2020).

Ainda no contexto dos efeitos sobre a saúde, deve-se levar em consideração os inúmeros riscos a que os trabalhadores envolvidos nas ações de combate a queimadas e incêndios florestais, estão expostos (acidentes graves, risco químico - intoxicações relacionadas a exposição a fumaça e outros contaminantes, risco físico – mal-estar induzido pela exposição ao calor, além de óbitos). Mediante a esse fato, também é uma preocupação da Vigilância em Saúde do Trabalhador buscar as articulações necessárias pensando em ações preventivas e de preparação que focam na redução do risco desses desastres, além das ações de resposta juntamente com os demais envolvidos, para a garantia da proteção à saúde desses trabalhadores (Bombeiros Militares, Brigadistas (voluntários ou não), técnicos dos órgãos ambientais (ICMBIO, IEF, IBAMA entre outros) (MINAS GERAIS, 2022).

Vigilância em Saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano (Vigiagua)

O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), é o instrumento que traz um conjunto de ações adotadas regularmente pelas autoridades de saúde pública, no intuito de verificar o atendimento aos padrões e às normas de potabilidade, estabelecidas nas legislações vigentes a respeito dos procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano, com o propósito de avaliar os riscos que a água consumida representa para a saúde humana (BRASIL, 2005).

Além das normativas vigentes, o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) é um dos principais instrumentos de gestão do Vigiagua. Este sistema tem como principais objetivos sistematizar os dados produzidos pelos profissionais do setor Saúde (Vigilância) e responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas coletivas de abastecimento de água (Controle); e gerar informações em tempo oportuno para o planejamento, tomada de decisão e execução de ações de saúde relacionadas à qualidade da água consumida pela população (BRASIL, 2019).

Dentre as ações que integram o Vigiagua, destacam-se o cadastramento das formas de abastecimento de água existentes nos municípios e o monitoramento de parâmetros básicos,

dentre eles citamos o cloro residual livre (ou outro composto residual ativo, caso o agente desinfetante utilizado não seja o cloro) e Coliformes Totais/*Escherichia coli*.

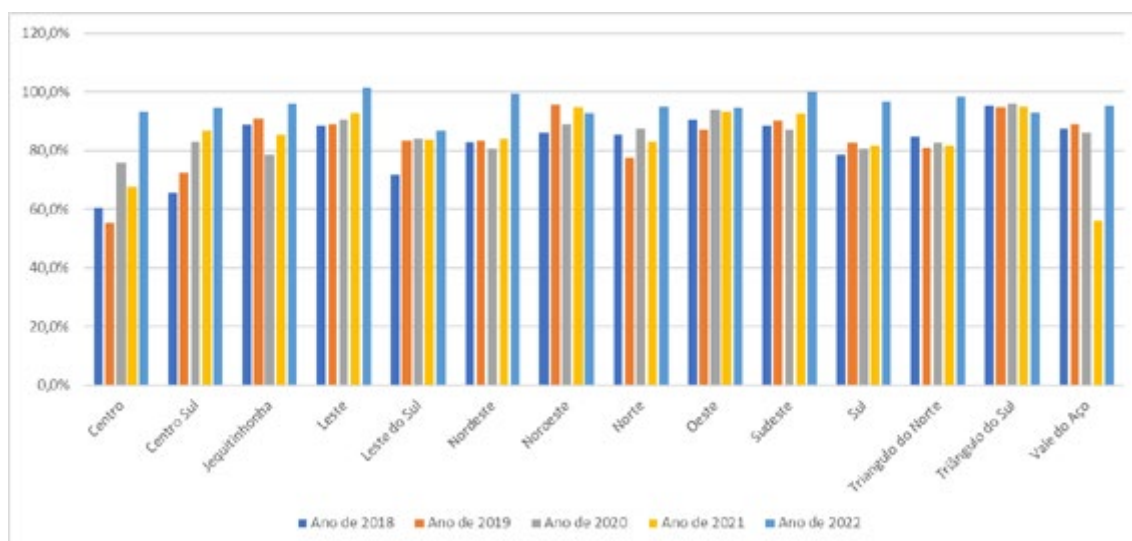
Cadastro das formas de abastecimento de água no Sisagua

O cadastramento das formas de abastecimento de água existentes no município permite conhecer o quantitativo populacional abastecido pelas distintas formas de abastecimento de água e, também, identificar a parcela da população sem acesso à água tratada. Além disso, é possível, por meio do cadastro, identificar os mananciais de abastecimento, o processo utilizado para o tratamento da água, os bairros que são abastecidos por cada forma de abastecimento, dentre outras informações.

Destaca-se que a alimentação do Sisagua depende da disponibilização de informações cadastrais e relatórios da operação dos sistemas ou soluções alternativas, por parte dos prestadores de serviço de abastecimento público de água, às referências do Vigiaqua. Além disso, existe a limitação do sistema considerando o atraso da atualização dos dados de população e a relação habitantes por domicílio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em Minas Gerais, observou-se um aumento do percentual da cobertura de abastecimento entre os anos 2018 (76,5%) e 2022 (95,2%). Situação semelhante foi verificada em todas as macrorregiões dos estados (Figura 8). Ressalta-se que as macrorregiões Leste, Sudeste (100%) e Nordeste (99,4%) apresentaram os maiores percentuais de cobertura no ano de 2022. Enquanto nas macrorregiões Leste do Sul, Noroeste e Triângulo do Sul foram observados os menores percentuais nesse mesmo ano.

Figura 8 - Série histórica do percentual de Cobertura de Abastecimento por Macrorregião de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2018 a 2022



Fonte: Elaborado pela DVAST-SES/MG a partir do banco de dados do SISAGUA (2023).

O aumento do percentual demonstra o comprometimento do estado e municípios na identificação e cadastros das formas de abastecimento, permitindo caracterizar por ano de referência a cobertura de abastecimento de água para consumo humano do município, segundo aspectos referentes ao tipo de forma de abastecimento, tipo de captação (superficial ou subterrânea) e etapas de tratamento da água, bem como identificar a população abastecida.

É importante ressaltar que a ausência de informações de cadastro lançadas e/ou atualizadas no SISAGUA inviabiliza o lançamento dos dados de controle e/ou vigilância para essas formas de abastecimento de água. Essa falta de informação dificulta a realização da análise de situação de saúde da população e a avaliação dos riscos relacionados ao abastecimento de água para consumo humano de forma completa; e, conseqüentemente, a proposição de medidas de vigilância e controle adequadas e em tempo oportuno.

Monitoramento dos parâmetros Coliformes totais/*Escherichia coli* e Cloro Residual Livre

Dentre as ações de rotina do Vigiagua, inclui-se a execução dos planos de amostragem básicos, cujos parâmetros a serem analisados, o número de amostras e a frequência de monitoramento estão descritos na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (DN). Nesse contexto, cabe aos municípios definirem os respectivos planos de amostragem em consonância com as orientações descritas no documento supracitado.

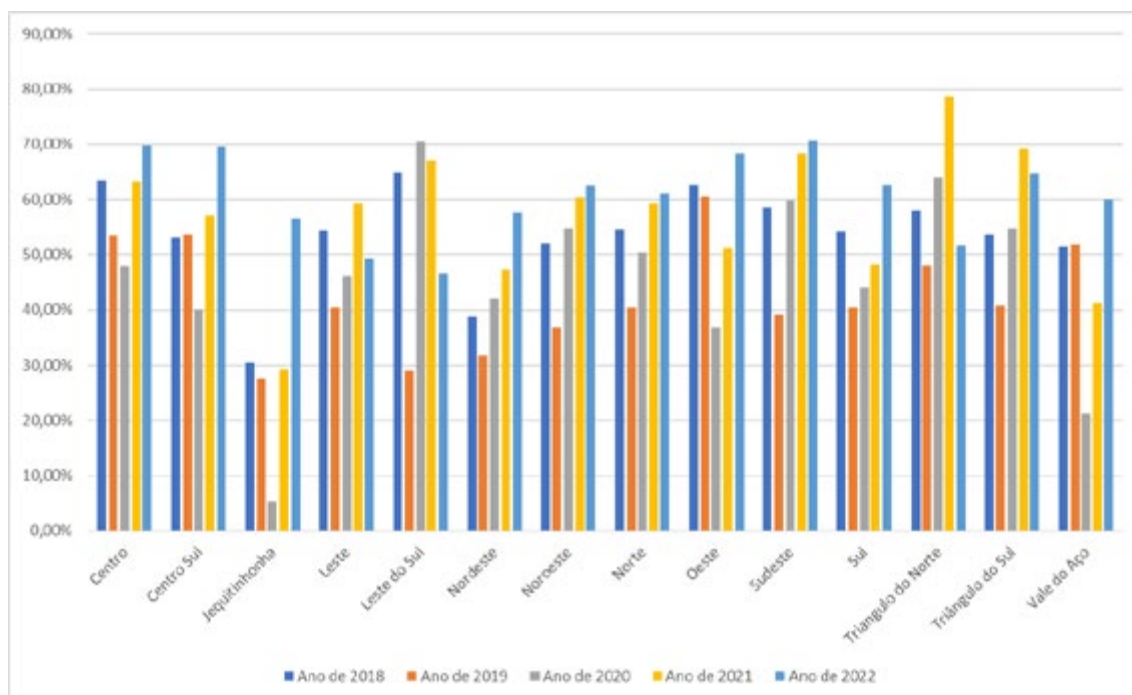
Destaca-se que a aferição do cumprimento do plano de amostragem possibilita que os gestores responsáveis pela Vigilância em Saúde Ambiental avaliem a situação dos municípios e direcionem os esforços para aperfeiçoar o monitoramento da qualidade da água, aumentando, por conseguinte, a capacidade do Vigiagua em inferir sobre a qualidade da água consumida pela população

As Figuras 9 e 10 apresentam a série histórica dos percentuais de cumprimento do quantitativo de análises preconizado na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Vigiagua entre os anos de 2018 e 2022, no que tange ao monitoramento dos parâmetros Coliformes Totais/*E. coli* e Cloro residual Livre.

Em relação ao Coliformes Totais/*E. coli*, observou-se no estado de Minas Gerais que o ano de 2022 apresentou o maior percentual de cumprimento das diretrizes (62,5%). O mesmo cenário foi verificado na maioria das macrorregiões, exceto nas macrorregiões Leste, Leste do Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul (Figura 9).

Salienta-se que as macrorregiões Centro (69,90%), Centro Sul (69,60%) e Sudeste (70,60%) apresentam maior percentual de cumprimento para este parâmetro no ano de 2022. Enquanto os menores percentuais de cobertura foram observados na Leste (49,30%), Leste do Sul (46,70%), Triângulo do Norte (51,70%).

Figura 9 - Série histórica do cumprimento da Diretriz Nacional- parâmetros Microbiológicos (Coliformes Totais e *Escherichia Coli*) por Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022

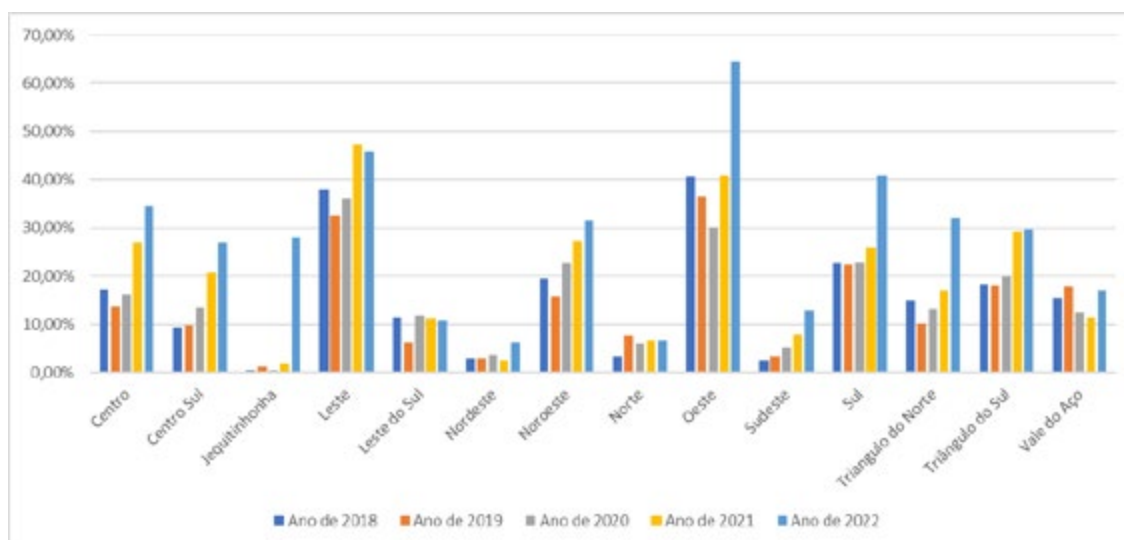


Fonte: Elaborado pela DVAST-SES/MG a partir do banco de dados do SISAGUA (2023).

Para o parâmetro Cloro Residual Livre (Figura 10), também foi observado em 2022 maior percentual de cumprimento, tanto no estado de Minas Gerais como na maioria das suas

macrorregiões, com destaque para as macrorregiões: Leste (101,5%), Triângulo do Norte (98,4%).

Figura 10 - Série histórica do cumprimento da Diretriz Nacional Cloro Residual Livre por Macrorregião de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2018 a 2022



Fonte: Elaborado pela DVAST-SES/MG a partir do banco de dados do SISAGUA (2023).

Conforme observado nas análises do cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Vigiagua (Figuras 7 e 10), apesar do aumento do percentual quando comparado os anos de 2018 e 2022, ainda há dificuldade em se cumprir o número mínimo de análises dos parâmetros relacionados ao Cloro Residual Livre e Coliforme Total/*E. coli*.

Vale ressaltar que as análises realizadas para o parâmetro Coliforme Total/*E. coli*” obtiveram o maior percentual de cumprimento quando comparado com o parâmetro Cloro Residual Livre, embora as análises para esses parâmetros dependem de disponibilidade laboratorial e envolvem fluxo um pouco mais complexo, em que cabe à Vigilância coletar, acondicionar e enviar as amostras coletadas para os laboratórios, além da posterior inserção dos resultados no sistema. Destaca-se que as análises de Cloro Residual Livre são análises realizadas in loco, sendo, portanto, de menor complexidade de execução.

Os resultados apresentados apontam fragilidade dos municípios, quanto ao cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância, que pode estar associada à falta de insumos e equipamentos necessários para a realização das análises desses parâmetros, ou mesmo de recursos humanos para realização dos procedimentos de elaboração do plano amostral, realização das coletas e análise.

Vigilância em Saúde das populações expostas a agrotóxicos (VSPEA)

Outro escopo de atuação e programa relacionado à exposição humana a contaminantes químicos é a Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA). Contudo, destaca-se que o acompanhamento e fomento deste Programa é de responsabilidade de duas áreas da Vigilância em Saúde - a Vigilância em Saúde Ambiental e a Vigilância em Saúde do Trabalhador - abarcando, assim, aspectos relacionados à contaminação da água, ar e solo aos agrotóxicos, assim como a exposição dos(as) trabalhadores(as) a essas substâncias químicas.

De acordo com o dossiê da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a exposição e o consumo de agrotóxicos podem causar uma série de problemas de saúde. As consequências descritas na literatura são diversas, incluindo sintomas agudos e crônicos. Os grupos mais vulneráveis a esses efeitos deletérios são os trabalhadores diretamente envolvidos com agrotóxicos, bem como as crianças, as grávidas, os lactentes, os idosos e os indivíduos com saúde debilitada.

Em relação ao monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano, destaca-se que esta é uma ação conjunta, prevista tanto no VSPEA quanto no Programa Vigiaqua. No estado de Minas Gerais, priorizam-se os municípios mais susceptíveis a essa contaminação, com vistas a identificar fatores de riscos à saúde e definir ações preventivas e corretivas. Considerando o escopo de ações de gerenciamento de riscos, de promoção da saúde e prevenção de agravos a serem desenvolvidas pelo SUS, destaca-se a ação desse monitoramento priorizando a coleta de amostras nas áreas com potencial exposição humana aos agrotóxicos.

Ante o exposto, a SES-MG é responsável por realizar assessoria técnica aos municípios prioritários e demais municípios que desenvolvam alguma ação relacionada ao Programa VSPEA, além do desenvolvimento de ações de qualificação profissional. Nesse sentido, são executadas ações de capacitação dos profissionais de saúde para detecção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento de intoxicados, bem como para o correto encaminhamento para unidades referenciadas; capacitação para a notificação no Sinan dos casos suspeitos ou confirmados de intoxicação exógena por agrotóxicos; capacitação de profissionais para a investigação de casos de intoxicação, assim como demais doenças e agravos com suspeita de relação com o trabalho; e, por fim, capacitação dos profissionais da vigilância para realização da coleta e análise dos dados de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos e água para consumo humano.

No cenário nacional, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu indicador no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 para garantir a implantação da VSPEA, definindo 10 municípios prioritários para a implantação das ações voltadas a este Programa. Em Minas Gerais, as ações da Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito do VSPEA estavam voltadas à vigilância da qualidade da água para o consumo humano, considerando a priorização destes 10 municípios. Contudo, em 2023 houve a publicação de uma Nota Técnica ampliando a priorização da implantação do VSPEA para 110 municípios mineiros, com ações já contempladas no Programa VigiMinas.

Cenário epidemiológico das Intoxicações Exógenas por Agrotóxico no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

O comportamento epidemiológico da exposição humana a agrotóxicos e dos agravos relacionados a essa exposição pode ser observado nos registros dos sistemas de informação do SUS, que registram e armazenam dados que, quando analisados, podem gerar, de forma sistematizada, oportuna e constante, informações que contribuem para a formulação de políticas públicas, tomada de decisões no processo de gestão de saúde, planejamento, execução, aprimoramento e avaliação das ações e impactos das intervenções de Vigilância em Saúde.

A qualidade das informações depende, sobretudo, da adequada coleta de dados sobre os agravos. Na esfera local, os dados devem ser primariamente verificados e inseridos nos sistemas para se transformarem em informação. Quanto mais eficiente e cuidadosas forem as ações de coleta, processamento e análise dos dados na esfera local, maior a oportunidade de controle sobre o evento e mais fidedignas, consistentes e completas são as informações.

Para a VSPEA, a notificação dos casos de intoxicação exógena por agrotóxicos no Sinan é imprescindível e propicia o monitoramento constante da saúde da população local. As informações iniciais das fichas de notificação devem ser inseridas no Sinan logo que se tome conhecimento dos casos, não sendo necessário aguardar o encerramento da investigação. Se houver novos dados coletados posteriormente, as fichas já inseridas deverão ser atualizadas a fim de qualificar a informação.

São descritos abaixo, os tipos de produtos que são utilizados para identificar as notificações de Intoxicação Exógena por Agrotóxico no Sinan, a partir do campo “Grupo do agente tóxico / classificação geral”:

Agrotóxicos agrícolas são os produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou implantadas, e de outros ecossistemas e, também, de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos

considerados nocivos. Podem ser encontrados na seguinte classificação: acaricidas, desfolhantes, estimuladores de crescimento, fumigantes, fungicidas, herbicidas, inibidores de crescimento, inseticidas, moluscicidas e nematicidas.

Agrotóxicos de uso doméstico são os produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados à aplicação em domicílio e suas áreas comuns, em edifícios e ambientes afins para controle de insetos e outros animais incômodos e nocivos à saúde. Incluem-se produtos de tratamento para piolhos em humanos.

Agrotóxicos/uso em saúde pública são os produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados à aplicação em campanhas de saúde pública, por profissionais de saúde ou profissionais especializados no controle de insetos e de outras “pragas” nocivas à saúde.

Raticidas são substâncias destinadas ao combate a ratos, camundongos e outros roedores, em domicílios, embarcações, recintos e lugares de uso público, contendo substâncias ativas, isoladas ou em associação, que não ofereçam risco à vida ou à saúde humana e dos animais úteis de sangue quente, quando aplicados em conformidade com as recomendações contidas em sua apresentação.

Produtos Veterinários toda substância química, biológica, biotecnologia ou preparação manufaturada, cuja administração aplicada seja de forma individual ou coletiva, isoladamente ou misturada com os alimentos e destinada à prevenção, ao diagnóstico, à cura ou ao tratamento das doenças dos animais; inclui os aditivos, suprimentos, promotores, melhoradores da produção animal, antissépticos, desinfetantes de uso ambiental ou de equipamentos, pesticidas; e todos os produtos que, utilizados nos animais e/ou no seu habitat, protejam, restaurem ou modifiquem suas funções orgânicas e fisiológicas. Nessa denominação também são incluídos os produtos destinados ao embelezamento dos animais e rações.

Esses agentes são utilizados em contextos diferentes, o que impacta nas estratégias de mitigação do risco que podem causar na saúde. Enquanto os Agrotóxicos Agrícolas são muito utilizados em processos produtivos e grande parte das notificações de Intoxicação por este agente tóxico são por exposição ocupacional, por outro lado, os Raticidas são produtos utilizados com frequência em tentativas de autoexterminio.

A Tabela 1 mostra a série histórica de casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas em Minas Gerais por Agente Tóxico. Foram notificados no Sinan 9.305 casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas durante o período de 2017 a 2021 por Agrotóxico Agrícola, Agrotóxico Doméstico, Agrotóxico de Saúde Pública, Raticida e Produto Veterinário. Este valor corresponde a 9,0% do total de notificações de Intoxicação Exógena. Percebe-se que o campo “Grupo do agente tóxico/Classificação geral”, foi marcado com “Ign/Branco” ou “Outro” em 11% das notificações de Intoxicação Exógena (Tabela 1). Esse e outros campos da notificação devem ser preenchidos qualificadamente, pois geram dados para subsidiar políticas públicas para a prevenção dos efeitos nocivos dos agrotóxicos à saúde humana. Além disso, é importante ressaltar que os campos “Ocupação” e “A exposição/contaminação pode ser considerado acidente de trabalho/ocupacional” devem ser preenchidos adequadamente, uma vez que permitem caracterizar os casos em que houve exposição ocupacional à agrotóxicos, assim como o campo “Evolução”, para ser possível calcular a letalidade e analisar a evolução dos casos de Intoxicação Exógena por agrotóxicos.

Tabela 1 – Casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por Agente Tóxico– Minas Gerais, 2017 a 2021

Agente Tóxico	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Agrotóxico agrícola	649	616	645	560	447	2.917
Agrotóxico doméstico	202	196	203	171	176	948
Agrotóxico saúde pública	30	41	62	26	23	182
Raticida	908	970	934	762	637	4.211
Produto veterinário	215	282	244	156	150	1.047
Medicamento	10.013	11.628	14.250	11.891	11.641	59.423
Prod. uso domiciliar	958	962	984	869	948	4.721
Cosmético	220	184	160	151	177	892
Prod. químico	480	469	415	411	437	2.212
Metal	9	42	49	28	26	154
Drogas de abuso	2.335	2.390	1.797	1.439	1.593	9.554
Planta tóxica	117	166	115	116	134	648
Alimento e bebida	1.100	1.088	926	701	821	4.636
Outro	583	713	651	601	491	3.039
Ign/Branco	1.359	1.429	1.841	1.776	1.862	8.267
Total	19.178	21.176	23.276	19.658	19.563	102.851

Fonte: SINAN Net. Atualização: Semana epidemiológica 27 (2022). Extração: 17/10/23.

Na Tabela 2, verificamos que as macrorregiões Centro, Sul e Triângulo Sul foram as que mais tiveram casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas por Agrotóxico Agrícola, Agrotóxico Doméstico, Agrotóxico/ Saúde Pública, Raticida e Produto Veterinário durante o período de 2017 a 2021. Os casos notificados em residentes dessas 3 macrorregiões representam 52,6% dos casos notificados em Minas Gerais neste período.

Tabela 2 – Intoxicações Exógenas por Agrotóxico Agrícola, Agrotóxico Doméstico, Agrotóxico de Saúde Pública, Raticida e Produto Veterinário notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – Minas Gerais, 2017 a 2021

Macrorregião de saúde	Casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas por Agrotóxico*	Percentual de casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas por Agrotóxicos relacionadas ao trabalho*	Coeficiente de incidência anual por 100 mil habitantes de intoxicação exógena por Agrotóxico*	Percentual de municípios silenciosos para a captação e registros de Intoxicações Exógenas por Agrotóxico**
Sul	1.884	29,9	41,1	17,5
Centro Sul	387	13,2	33,3	35,3
Centro	2.177	9,1	21,7	27,7
Jequitinhonha	111	9,9	14,2	44,0
Oeste	647	13,8	25,1	17,0
Leste	262	18,3	16,6	60,8
Sudeste	423	20,1	11,8	55,3
Norte	472	27,1	14,0	51,2
Noroeste	624	32,2	39,9	24,2
Leste do Sul	422	19,0	40,2	34,0
Nordeste	177	13,6	9,2	60,3
Triângulo do Sul	822	24,0	43,9	3,7
Triângulo do Norte	655	19,2	22,9	29,6
Vale do Aço	223	13,5	21,6	65,7
Minas Gerais	9.286	19,7	24,9	37,0

Obs: *Macrorregião de Residência; **Macrorregião de Notificação.

Fonte: SINAN Net. Atualização: Semana epidemiológica 27 (2022). Extração: 17/10/23.

O percentual dessas notificações em que houve exposição ocupacional foi de 19,7% em Minas Gerais. Enquanto nas macrorregiões Noroeste, Sul, Norte, Triângulo Sul e Sudeste, este percentual foi superior a 20%.

Em relação à incidência de intoxicação exógena por Agrotóxico Agrícola, Agrotóxico Doméstico, Agrotóxico de Saúde Pública, Raticida e Produto Veterinário no período de 2017 a 2021, este valor foi de 24,9 por 100 mil habitantes em Minas Gerais. Contudo nas macrorregiões de saúde Triângulo do Sul, Sul, Leste do Sul, Noroeste e Centro Sul este valor foi bastante superior: 43,9; 41,1; 40,2; 39,9 e 33,3 por 100 mil habitantes, respectivamente.

Entretanto, observa-se que grande parte dos municípios não notifica com frequência Intoxicações Exógenas pelos Agentes Tóxicos citados acima. Considerando o período de 2017 a 2021, 37% dos municípios de Minas Gerais não notificaram. Este percentual chega a ser superior a 60% dos municípios em algumas macrorregiões. Observando que mesmo num período de 5 anos uma parte considerável dos municípios não notificou nenhuma vez algum caso suspeito ou confirmado de Intoxicação Exógena pelos Agentes Tóxicos Agrotóxico Agrícola, Agrotóxico Doméstico, Agrotóxico de Saúde Pública, Raticida e Produto Veterinário é possível suspeitar que os serviços de saúde nesses municípios podem não estar sensíveis a este agravo ou podem não estar preenchendo a Ficha de Notificação de forma qualificada. Como foi visto na Tabela 1, o campo Agente Tóxico não é preenchido qualificadamente em parte das notificações de intoxicação exógena.

Já na Tabela 3, verificamos que, em Minas Gerais, O Agente Tóxico mais frequente nas notificações de Intoxicações Exógenas por agrotóxico no período de 2017 a 2021 foram os Raticidas e os Agrotóxicos Agrícolas. Observa-se um cenário semelhante nas macrorregiões. Porém, na macrorregião Centro, destaca-se o grande número de intoxicações por Raticidas, enquanto nas macrorregiões Sul e Triângulo Sul destaca-se o alto número de intoxicações por Agrotóxicos Agrícolas.

Tabela 3 – Casos suspeitos e confirmados de Intoxicações Exógenas por Agrotóxico Agrícola, Agrotóxico Doméstico, Agrotóxico de Saúde Pública, Raticida e Produto Veterinário segundo macrorregião de residência. Minas Gerais, 2017 a 2021.

Macrorregião de saúde	Agrotóxico Agrícola	Agrotóxico Doméstico	Agrotóxico Saúde Pública	Raticida	Produto Veterinário	Total
Sul	871	151	28	639	195	1.884
Centro Sul	116	28	8	176	59	387
Centro	295	234	66	1.345	237	2.177
Jequitinhonha	25	13	0	58	15	111
Oeste	163	65	6	317	96	647
Leste	53	31	6	141	31	262
Sudeste	134	37	23	185	44	423
Norte	217	59	15	147	34	472
Noroeste	272	82	8	181	81	624
Leste do Sul	148	28	5	217	24	422
Nordeste	43	18	1	79	36	177
Triângulo do Sul	321	97	12	295	97	822
Triângulo do Norte	210	87	3	289	66	655
Vale do Aço	43	16	1	132	31	223
Minas Gerais	2.911	946	182	4.201	1.046	9.286

Fonte: SINAN Net. Atualização: Semana epidemiológica 27 (2022). Extração: 17/10/23

Com base nos dados demonstrados, sabe-se que é importante verificar a sensibilidade dos serviços de saúde para as Intoxicações Exógenas por Agrotóxicos, uma vez que parte considerável dos municípios não tiveram notificações no período de 5 anos que foi analisado. Além disso, uma vez que casos suspeitos e confirmados de Intoxicação Exógena estejam sendo notificados é importante que a Vigilância Epidemiológica consiga investigar detalhadamente cada intoxicação e que estejam capacitados para identificar corretamente o Agente Tóxico, assim como para estabelecer ou descartar a relação da Intoxicação com o trabalho. Nos casos com suspeita de relação com o trabalho é imprescindível que o campo “Ocupação” e “CNAE” esteja preenchido de forma qualificada, para que sejam identificadas as ocupações e atividades econômicas de maior risco.

Por fim, é necessário traçar estratégias a nível local considerando o perfil produtivo e o perfil dos casos de Intoxicação Exógena notificados, analisando onde se concentram os casos relacionados ao trabalho para o planejamento de ações específicas que contemplem a complexidade de cada território.

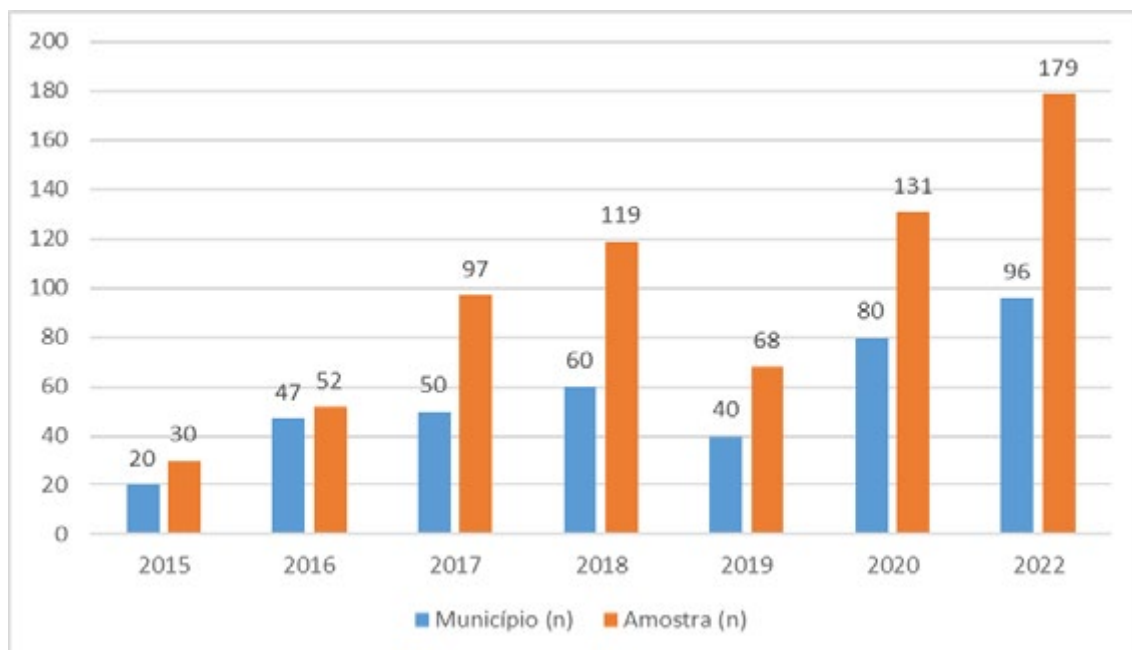
Monitoramento de Agrotóxico em Água

Tendo em vista o escopo de ações de gerenciamento de riscos, de promoção da saúde e prevenção de agravos a serem desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a ação de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano, priorizando a coleta de amostras nas áreas com potencial exposição humana aos agrotóxicos, considerando orientações sobre o tema.

Desse modo, considerando os potenciais riscos de contaminação das atividades agrícolas aos mananciais de abastecimento, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) por meio da Diretoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador planeja o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano, anualmente, junto ao Instituto Octávio Magalhães da Fundação Ezequiel Dias – LACEN/FUNED-MG e instruem sobre a sua execução.

Observa-se ao longo dos anos (Figura 11) que o monitoramento tem ampliado o quantitativo de municípios atendidos. Ressalta-se que são previstas duas coletas para cada município, sendo uma no período seco e outra no período chuvoso.

Figura 11 - Número de municípios e amostras realizadas no âmbito do monitoramento de agrotóxicos realizado pelo setor de Vigilância em Saúde, MG, 2015-2022

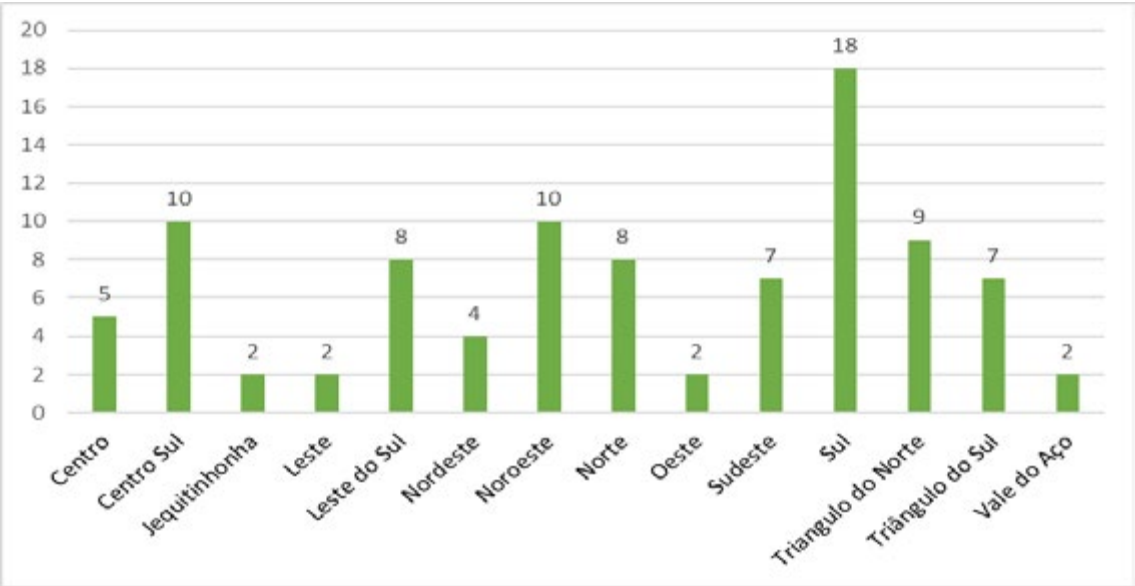


Fonte:Elaborado pela DVAST-SES/MG a partir do banco de dados do SISAGUA (2023)/Boletim 1º | VSPEA/MG.

O monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano para 2022 foi planejado para ocorrer em 96 municípios mineiros, considerados prioritários de acordo com os critérios técnicos de levantamento realizado junto às Unidades Regionais de Saúde; dados de área plantada; incidência de notificação por intoxicação exógena por agrotóxico; e resultados anteriores do controle de qualidade da água para consumo humano e municípios prioritários do Plano de Ação VSPEA no Estado. Contudo, destaca-se que 94 municípios participaram efetivamente do monitoramento, correspondendo a 98% do quantitativo proposto inicialmente.

A Figura 12 destaca o número de municípios por macrorregião de saúde que participaram do monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano. Ressaltasse que foram contempladas todas as macrorregiões de saúde, com destaque para as macrorregiões Sul (18), Noroeste (10) e Centro Sul (10).

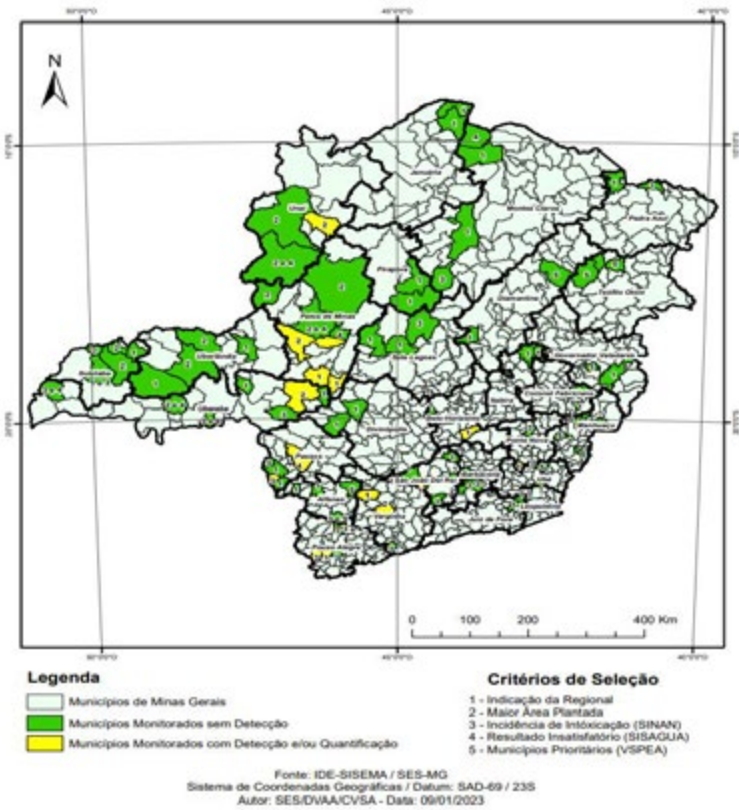
Figura 12 - Número de Municípios por Macrorregião de Saúde, Monitoramento de Resíduos de Agrotóxicos em Água para Consumo Humano- Minas Gerais/ 2022



Fonte: Elaborado pela DVAST-SES/MG a partir do banco de dados do SISAGUA (2023)/Boletim 1º | VSPEA/MG.

Nesse sentido, a Figura 13 apresenta os resultados do monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano, referente ao ano de 2022.

Figura 13 - Monitoramento de Resíduos de Agrotóxicos em Água para Consumo Humano - Minas Gerais / 2022



Ao todo, o LACEN-MG analisou 179 amostras, deste total, 16 amostras (9%) apresentaram valores detectados e/ou quantificados para um ou mais agrotóxicos. Entretanto, destaca-se que todas as amostras apresentaram resultados satisfatórios, com valores abaixo do VMP (Valor Máximo Permitido), conforme Portaria GM/MS nº 888, 04 de maio de 2021.

Das análises realizadas, observa-se que 16 (17%) municípios apresentaram resultados com valores detectados e/ou quantificados e 78 municípios (83%) sem detecção.

A macrorregião Sul apresentou maior número de municípios com valores detectados e/ou quantificados e as macrorregiões: Centro, Jequitinhonha, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudeste, Triângulo do Norte e Vale do Aço, não apresentaram municípios com valores detectados e/ou quantificados.

Diante desse cenário, ainda que os resultados sejam satisfatórios, para aqueles detectados e quantificados a vigilância em saúde das secretarias municipais deve acionar os prestadores de serviço de abastecimento de água para que tomem as providências de melhoria no tratamento da água. Caso a análise demonstre que o problema ocorre de forma sistemática, é preciso buscar soluções a partir da articulação com os demais setores envolvidos na bacia de contribuição, como órgãos de meio ambiente, prestadores de serviço e os produtores rurais.

Equipe de Elaboração

Alice Senra Cheib⁽¹⁾, Eliane Michelle da Silva Felipe⁽¹⁾, Letycia Souza Borges⁽¹⁾, Aline de Barros Souza Siveira⁽²⁾, Gabriela Lopes Marques⁽²⁾, Mariana Raquel de Almeida Gomes⁽²⁾, Talita Silva de Oliveira⁽²⁾, Fellipe Antônio Andrade chaves⁽³⁾, Edivaldo Cardoso⁽³⁾, Joice Rodrigues da Cunha⁽³⁾, Lucas Elias Gonçalves Peixoto Lelis de Oliveira⁽³⁾, Marcia Elivane Alves⁽³⁾, Matheus Vinicius Costa Neto⁽³⁾, Rosiane Aparecida Pereira⁽³⁾, Wenner Shaday Tavares⁽³⁾

1- Diretoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

2- Coordenação de Vigilância das Populações Expostas a Contaminantes e Desastres

3- Coordenação de Reparação em Saúde Ambiental e Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANM - Agência Nacional de Mineração. **Relatório Quantitativo de Barragens**. Disponível em: <<https://app.anm.gov.br/SIGBM/Publico/Estatistica>>. Acesso em: Outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde Brasília, 2005..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diagnóstico do abastecimento de água no Brasil em 2019. Boletim Epidemiológico. Brasília: MS; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 888 do Ministério da Saúde, de 04 de maio de 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-888-de-4-de-maio-de-2021-*321540185. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Brasília, 2016. 51p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Instrução Normativa Nº 36, de 4 de dezembro de 2020**. Estabelece procedimentos e critérios para o reconhecimento federal e para declaração de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos municípios, estados e pelo Distrito Federal. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-36-de-4-de-dezembro-de-2020-292423788>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Queimadas e incêndios florestais : atuação da vigilância em saúde ambiental**. Brasília, 2021a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/incendios_florestais_vigilancia_ambiental.pdf

CARSALADE, Flávio L. et al. **Mineração em Minas Gerais Território e Paisagem Cultural. I Seminário Internacional de Reconversão de Territórios**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/2082858/Minera%C3%A7%C3%A3o_em_Minas_Gerais_territ%C3%B3rio_e_paisagem_cultural>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

CEDEC MG - Coordenação Estadual de Defesa Civil de Minas Gerais. **Boletim Diário**. Disponível em: <<http://www.gabinetemilitar.mg.gov.br/boletim-diario>>. Acesso em: Outubro de 2023.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MINAS GERAIS - CBMMG. **Plano de Preparação e Resposta ao Período de Estiagem 2022**. Belo Horizonte, 2022

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MINAS GERAIS - CBMMG. **Terceira Seção do Estado Maior: Painel de Gestão Estratégica**. Site. Acesso em 18 de out. 2023.

DEFESA CIVIL DE MINAS GERAIS - CEDEC. **Plano de Emergência Pluviométrica 2021/2022**. Belo Horizonte, 2022.

DEFESA CIVIL DE MINAS GERAIS - CEDEC. **Plano de Emergência Pluviométrica 2023/2024**. Belo Horizonte, 2023.

FEAM – Fundação Estadual do Meio Ambiente. **Inventário de barragens do Estado de Minas Gerais: ano base 2023**. Disponível em: <<https://idesisema.meioambiente.mg.gov.br/webgis>>. Acesso em: Outubro de 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Preparação e Resposta ao Período de Seca e Estiagem**. Belo Horizonte, 2022.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES/MG. Boletim Monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano em Minas Gerais, 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES/MG. **Plano de Preparação e Resposta ao Período de Seca e Estiagem 2022**. Belo Horizonte, 2022

SOBREIRA, P. A.; FERREIRA, R. M.; CAMPOS, F. I. **Responsabilidade Socioambiental das Barragens de Rejeitos do Estado de Goiás**. Revista Republicana, Colombia, n. 21, p. 21-41, 2016.

Considerações finais

Nos últimos dez anos, foram observadas importantes mudanças demográficas e epidemiológicas no estado de Minas Gerais. Assim, enfatiza-se esta produção como parte do processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à vigilância em saúde. Ao fim, objetiva-se basilar o planejamento e a gestão das ações de saúde, contribuindo para identificação das principais fragilidades dos territórios.

Conforme apresentado, apesar dos dados demográficos desatualizados e das prevalentes desigualdades regionais, o estado apresenta um quadro geral de boas condições socioeconômicas. A atual situação socioeconômica pode ser constatada pela comparação com os demais estados da federação, bem como pela consideração da moderada, porém progressiva, melhora dos indicadores analisados.

O Brasil assim como outros países em desenvolvimento, enfrenta desafios relacionados à prevalente tripla carga de doenças. Constatou-se, nesta análise, o processo de transição demográfica, caracterizado pela redução das taxas de natalidade e de mortalidade no estado de Minas Gerais. O consequente envelhecimento populacional contribui para a sobrecarga do sistema de público de saúde, sobretudo, no que se refere ao aporte de pessoal e estrutural do sistema para lidar com aumento das condições crônicas. No entanto, há uma transição epidemiológica tardia, de forma que o país ainda não foi capaz de superar o impacto das doenças infecciosas, além de uma grande incidência de mortalidade por causas externas.

Tais desafios se agravaram nos últimos anos. A pandemia da COVID-19 alterou todo o contexto de saúde observado no período anterior, inclusive, modificando a principal causa de morte no estado. As consequências da pandemia da COVID-19 serão observadas, pelo menos, ao longo da década atual.

Ainda assim, existem repercussões indiretas que precisam ser consideradas. Este cenário posto implicou em realocação de recursos físicos, humanos e financeiros, cujas consequências relacionadas às desigualdades na oferta de serviços de saúde e iniquidades em saúde precisam ser consideradas, sobretudo no que tange ao enfrentamento de doenças negligenciadas. A sobrecarga do sistema de saúde resultou em fragilidades nos processos de assistência e vigilância de outras doenças e agravos. Para mais, as medidas adotadas, tais como isolamento social e as demais condições sanitárias impostas para o enfrentamento da doença, afetaram significativamente as rotinas de atenção, promoção e prevenção à saúde. No entanto, tais medidas foram comprovadamente fundamentais para o controle das curvas de incidência, principalmente na fase crítica da pandemia, bem como para a redução da mortalidade dos mineiros por COVID-19.

Assim, mais do que nunca, é importante reforçar a relevância dos processos da linha de cuidado. A prevenção é primordial para garantir a qualidade da Saúde Pública. Neste ímpeto, torna-se fundamental a sensibilização da população, dos profissionais de saúde e gestores quanto aos fatores de risco, bem como promover a realização de exames diagnósticos. A adoção dessas medidas de prevenção tende a diminuir a incidência de agravos e doenças, além de contribuir para diagnósticos precoces.

Em paralelo, torna-se necessário construir e aprimorar políticas públicas de saúde que favoreçam a oferta de tratamentos oportunos e adequados aos usuários. No caso das condições crônicas, por exemplo, percebe-se que, em algumas doenças estigmatizadas, os tratamentos ofertados têm contribuído para melhora da qualidade de vida, interrupção da cadeia de transmissão e a consequente redução dos anos potenciais de vida perdidos.

No que tange à Vigilância em Saúde, a notificação de doenças e agravos é um dos grandes pilares que foi fragilizado por conta da pandemia da COVID-19. Assim, observado o aumento de subnotificações, é fundamental a consistência e completude dos dados, de forma que as notificações possam identificar de maneira oportuna os maiores riscos e fragilidades, no intuito de subsidiar o planejamento das intervenções em saúde. A vigilância ativa é ainda mais crucial no que se refere às doenças com risco de emergências em saúde pública. Os eventos de interesse epidemiológico precisam ser sistematicamente monitorados e analisados, de forma a identificar, em cada território a possibilidade da ocorrência de surtos.

As emergências em saúde pública, tais como a pandemia de COVID-19, exigem um grande esforço do sistema de saúde pública em identificar os riscos, traçar estratégias, implementar fluxos de trabalho e organizar redes de atenção, que permitam o enfrentamento da doença. Por vezes, são doenças inusitadas, em que prevalece a dúvida da definição do caso ou do agente etiológico. Neste contexto, esses novos fluxos implementados passaram a incorporar a rotina de trabalho da saúde. A vigilância laboratorial desempenha um grande papel nesse processo, na medida em que são fundamentais a confirmação etiológica e monitoramento contínuo do comportamento dos agravos de relevância coletiva.

Este documento permitiu compreender também o importante papel da vigilância sanitária, quanto à segurança dos produtos e serviços de saúde ofertados à população mineira. Considerando a complexidade das ações que envolvem as práticas de vigilância sanitária na atualidade, deve-se ampliar a concepção de risco como algo a ser medido, com o objetivo de compreender os fatores de risco, grau de risco, potencial de risco e gerenciamento de risco. Dessa maneira, as ações de vigilância sanitária abrangem, cada vez mais, novos objetos em seu campo de atuação, ampliando a possibilidade de compartilhar as competências junto aos órgãos e instituições de outros setores, para além do setor saúde, que também desenvolvem ações de controle sanitário.

Em suma, esta análise de situação de saúde se apresenta como meio de subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências. As informações trazidas corroboram para a educação em saúde da população e fomenta a capacitação dos profissionais de saúde, sendo estas ferramentas importantes de promoção à saúde. Conhecer a realidade dos territórios e atuar de maneira oportuna é fundamental, sobretudo, para o processo de tomada de decisão pelos gestores de saúde, dada a realidade do estado de Minas Gerais, que se compõe de regiões que ainda apresentam fortes fragilidades sociais e econômicas.

3.2. Regionalização da Política de Saúde

“O presente capítulo se propõe a apresentar uma síntese com os principais pontos do Plano Diretor de Regionalização (PDR), das análises de situação de saúde e dos Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde, que compõem o Planejamento Regional Integrado (PRI). Os documentos completos referentes ao PDR e ao PRI, podem ser acessados por meio do link: <https://www.saude.mg.gov.br/gestor/regionalizacao>”

3.2.1. Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Estado de Minas Gerais é caracterizado por grandes divergências 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 853 municípios.

Para mitigar 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 a 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 principalmente, no acesso dos cidadãos ao serviço de saúde adequado.

Neste sentido, o PDR/MG organiza a descentralização da assistência no território do estado por meio de uma carteira de serviços, que estabelece os procedimentos que deveriam ser ofertados de acordo com o nível de regionalização (municipal, micro ou macrorregional), a fim de construir uma base para estruturação e implementação dos serviços em redes.

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 elencos, ou seja, a tipologia define quais procedimentos devem ser atendidos em qual nível de regionalização, município, micro e macrorregião de saúde.

Nestes termos, orienta futuros planos de investimentos e necessidades de habilitação de prestadores, priorizando e orientando regiões e seus polos com base principalmente em indicadores de resolubilidade hospitalar e ambulatorial e cobertura de serviços. Para que seu caráter orientador seja mantido, são necessárias revisões periódicas do instrumento que possuem previsão de ocorrer bianualmente, de acordo com a última deliberação do PDR publicada em outubro de 2023. As discussões para a atual proposição do PDR se iniciaram em 2022, por meio de uma comissão constituída entre a SES-MG e o COSEMS, com prazo definido para a revisão em 2023. Este ano foi escolhido de forma a permitir que as bases de dados utilizadas (de 2022) não fossem impactadas pela pandemia de Covid-19, que eventualmente alterou fluxos e deslocamentos de pacientes entre territórios durante seus momentos mais intensos.

Dessa forma, os estudos e análises se iniciaram em 2023, com foco em análises de resolubilidade hospitalar e participação dos municípios nesta resolubilidade. Também foram analisadas as especialidades relevantes para cada nível de atenção, as habilitações consideradas relevantes para as regiões, a capacidade hospitalar atual e possíveis melhorias nesta estrutura. Além da utilização de diversos painéis interativos como novidade no processo, a revisão 2023 do PDR considerou a resolubilidade ambulatorial de todas as regiões como um critério das análises realizadas, o que a diferenciou em relação a outras revisões. Reforça-se que não se deixou de analisar o tempo de deslocamento para atendimento dos usuários em cada território, critério fundamental nas análises do Plano Diretor de Regionalização.

Outra novidade instituída pela Comissão SES/COSEMS, durante a revisão do PDR 2023, foi a criação de pactos de aprimoramento de desempenho das regiões e de polos microrregionais de saúde, para os que apresentaram indicadores abaixo do desejado durante os

estudos. Nestes pactos, os atores envolvidos se comprometeram a melhorar seus indicadores até a próxima revisão do PDR, prevista para ocorrer em 2025, por meio de metas claras e objetivas, visando garantir a existência de microrregiões e das polaridades dos municípios.

Ademais, a Subsecretaria de Regionalização se comprometeu a realizar e divulgar relatórios quadrimestrais de desempenho da função assistencial exercido pelos territórios definidos no PDR/SUS-MG, que serão divulgados nas instâncias colegiadas e conterão informações importantes para que as regiões se organizem, percebam, e solucionem questões importantes para a regionalização e acesso dos cidadãos à saúde.

Por fim, ficaram estabelecidas pendências, que são pontos que deverão ser analisados cuidadosamente na próxima revisão do Plano Diretor de Regionalização.

3.2.2. O Desenho Territorial dos Consórcios Interfederativos de Saúde – CIS

O Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser definido como o maior arranjo de coordenação interfederativa para implementação de políticas públicas no Brasil. Neste contexto, a expansão de acesso aos serviços de saúde impacta na diretamente na necessidade de reestruturação do sistema, principalmente quanto à descentralização maciça das responsabilidades para execução das políticas públicas de saúde nos municípios brasileiros (Silva e Ferreira, 2022).

O gerenciamento das políticas públicas de saúde no âmbito municipal, principalmente os municípios de pequeno porte, enfrenta desafios para garantir a prestação de todos os serviços necessários aos usuários em todos os níveis de assistência. Estas dificuldades possuem motivos diversos, como a abrangência territorial, estrutura física deficiente e/ou insuficiente, capacidade operacional, técnica e de gestão, população com alta vulnerabilidade, escassez de recursos humanos e financeiros (Silva e Ferreira, 2022).

A configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial a prestação dos serviços de saúde e consequentemente garantir a longitudinalidade do cuidado. Para tanto, é imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade operacional de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a oferta de serviços e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município de residência ou em outros locais que se configurem como as referências regionais. Atualmente, estes serviços regionais são ofertados de forma expressiva pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

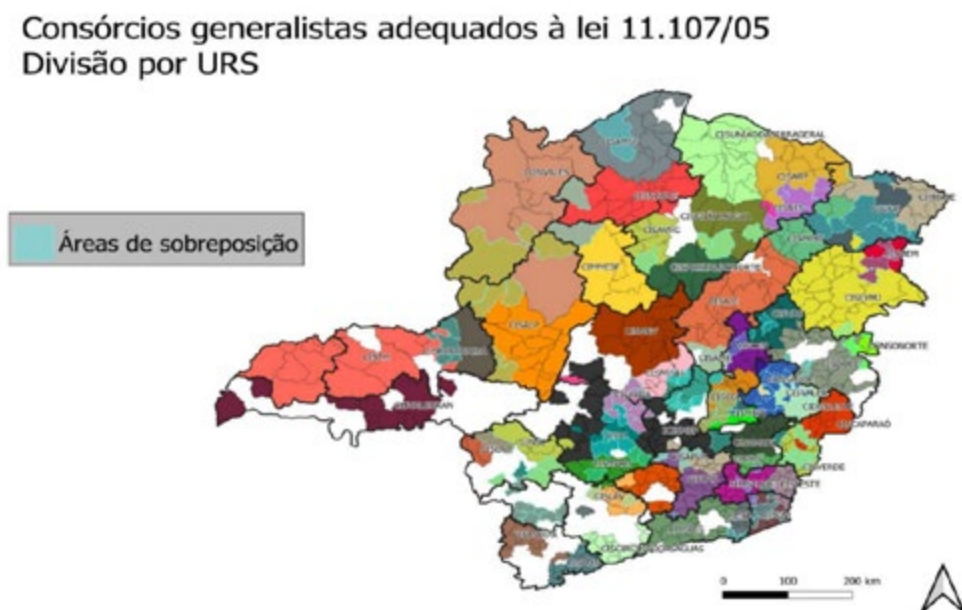
Os CIS possuem grande representatividade na oferta de serviços públicos de saúde, uma vez que, possuem qualificações capazes de maximizar a eficiência operacional, sendo uma prerrogativa que dinamiza a administração dos serviços de saúde, garantindo bases jurídicas seguras aos atos da administração pública relativas à execução das políticas públicas de saúde.

Os CIS possuem qualificações capazes de maximizar a eficiência operacional dos seus entes consorciados, nesta conjuntura, o gerenciamento das políticas e programas de saúde da SES-MG através dos CIS, oportuniza aos municípios a ampliação da oferta de serviços de saúde aos usuários, consequentemente garante ao usuário a integralidade da assistência, de forma equânime, em tempo hábil, com vistas a longitudinalidade do cuidado e fortalecimento das redes de atenção à saúde.

Em Minas Gerais do total de 853 municípios, 810 possuem cobertura de serviços de saúde prestados pelo CIS, o que representa 77% da população mineira conforme dados populacionais do Censo Demográfico realizado em 2022 (IBGE, 2022). Nesta seara, o território mineiro possui 56 CIS generalistas adequados a Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005 e 9 ainda inadequados à legislação. Os CIS generalistas possuem abrangência regional e objetivam a prestação de serviços assistenciais, sobretudo a realização de procedimentos de média complexidade ambulatorial.

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

Figura 11 - Disposição Territorial dos CIS de Minas Gerais



Fonte: Subsecretaria de Regionalização, 2023.

Os CIS temáticos, por sua vez, possuem abrangência macrorregional e objetivam o gerenciamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), componente da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais.

Atualmente o território mineiro possui 12 CIS temáticos que executam a política de SAMU, assistindo 728 municípios e representando a cobertura populacional de 85% do território.

Dentre as políticas e programas da SES-MG gerenciados pelo CIS, há:

- Edital de Média Complexidade Ambulatorial nº 01/2021: tem como objetivo fomentar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade ambulatorial, a fim de promover a assistência especializada fortalecida, ampliada e qualificada, com maior eficiência e celeridade, garantindo assim a referência e contrarreferência correta do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Possui credenciado 10 consultas e 87 procedimentos de média complexidade, com 20 CIS credenciados;
- FarmaCIS: tem como objetivo a estruturação da aquisição, armazenamento e/ou distribuição, por meio de incentivo financeiro para aquisição de equipamentos, veículos e outros bens listados e a contratação de profissional farmacêutico para atuar diretamente no processo de gestão regional de medicamentos;
- Transporta-SUS/MG: operacionalização da Política de Transporte Eletivo em Saúde, parte do recurso financeiro destinado a essa política contempla o Transporte Intermunicipal, voltado para o gerenciamento dos CIS, assim direcionando para a administração e compra de veículos (micro-ônibus) de transporte urbano e rural;
- Vacimóvel: para aquisição de veículos com o objetivo de ampliar a cobertura vacinal no Estado através da vacinação extramuros. O Vacimóvel tem o potencial de ampliar a cobertura vacinal nos municípios ao facilitar a mobilização das equipes de vacinação e a regularização da situação vacinal de comunidades inteiras, aplicando todas as doses oferecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI);

- VANT (veículos aéreos não tripulados): criação do projeto de caráter transitório para incorporação do uso de novas tecnologias, como os drones para vigilância de *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor da dengue, Zika e chikungunya, enquanto uma ferramenta capaz de identificar focos para ações de eliminação desses criadouros do vetor transmissor;
- Rede logística para Vigilância Laboratorial: tem como objetivo a implantação de Centrais de Distribuição de amostras e transporte, voltados a vigilância laboratorial;
- PROCONSORCIO – Investimento na infraestrutura dos CIS: projeto para incentivo financeiro aos consórcios públicos de saúde, referente a melhoria da infraestrutura de imóveis, e aquisição de equipamentos médicos assistenciais, destinados ao fortalecimento das ações de saúde no âmbito do SUS/MG. Este projeto tem como finalidade ampliar, estruturar e aperfeiçoar os serviços ofertados à população a partir do desenvolvimento dos consórcios intermunicipais em saúde (CIS), tendo em vista o fortalecimento da regionalização da assistência à saúde e a potencialização das redes de atenção à saúde.

3.2.3. Planejamento Regional Integrado

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é uma iniciativa que se origina das Resoluções CIT nº 23, de 17 de Agosto de 2017 e SES-MG nº37, de 22 de março de 2018, que estabelecem as diretrizes e critérios para a Regionalização e o PRI do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa abordagem visa aprimorar a organização da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população de forma mais eficiente e eficaz.

O PRI como parte do planejamento ascendente, expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através do Projeto Regionalização PROADI-SUS, conta com o apoio do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC no desenvolvimento do PRI em Minas Gerais.

O projeto se divide em 6 fases, sendo:

- 1ª Fase: Planejamento das ações estruturantes para o desenvolvimento do projeto;
- 2ª Fase: Diagnóstico e análise situacional da regionalização e do PRI nas macrorregiões de saúde;
- 3ª Fase: Análise de situação de saúde e identificação de prioridades sanitárias nas macrorregiões de saúde;
- 4ª Fase: Análise e organização dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde para a Programação Macrorregional;
- 5ª Fase: Elaboração do Plano Regional de Macrorregião de Saúde (PRMS) e aprimoramento da governança macrorregional;
- 6ª Fase: Monitoramento do Plano Regional de Macrorregião de Saúde (PRMS) e avaliação do PRI.

O projeto também conta com a colaboração de profissionais da SES-MG nível central, SES-MG nível regional, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), Gestores Municipais de Saúde e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Minas Gerais para garantir uma abordagem ampla e bem coordenada. Espera-se que, nos

próximos anos, o PRI contribua significativamente para a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde em Minas Gerais, refletindo positivamente na vida da população atendida.

Em seguida, apresenta-se um breve resumo de cada uma das macrorregiões do estado e os principais resultados alcançados através do PRI.

Macro Centro

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Centro é composta por 10 microrregiões de saúde, sendo elas: Belo Horizonte/Nova Lima/Santa Luzia, Betim, Contagem, Curvelo, Guanhães, Itabira, João Monlevade, Ouro Preto, Sete Lagoas e Vespasiano/Lagoa Santa. Possui como Polo Macrorregional o município de Belo Horizonte e como Polos Macrorregionais Complementares os municípios de Sete Lagoas, Itabira, Betim e Contagem.

A macro Centro possui 101 municípios, com uma população total de 6.376.066 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 56.225,50 km², resultando em uma densidade demográfica de 113,40 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por três Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Belo Horizonte, Itabira e Sete Lagoas.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Centro, incluindo a falta de serviços de emergência, problemas na atenção à saúde da mulher, escassez de leitos de UTI neonatal, carência de especialidades médicas e falhas no planejamento de redes de saúde. A prioridade sanitária estabelecida foi a implementação do programa Saúde em Rede em todos os municípios, visando resolver a falta de espaços para monitoramento, avaliação e qualificação dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde, considerando o atual cenário epidemiológico e pós-pandemia.

Macro Centro Sul

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Centro Sul é composta por 04 microrregiões de saúde, sendo elas: Barbacena, Congonhas, Conselheiro Lafaiete e São João Del Rei. Possui como Polo Macrorregional o município de Barbacena.

A macro Centro Sul possui 51 municípios, com uma população total de 770.043 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 15.810,80 km², resultando em uma densidade demográfica de 48,70 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por duas Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Barbacena e São João Del Rei.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou seis principais desafios de saúde na macro Centro Sul, incluindo baixo acesso a diagnóstico para neoplasias, baixa resolubilidade da Atenção Primária em Saúde (APS), fragilidade das ações de Vigilância em Saúde, déficit de leitos, Dificuldade na regulação de leitos e Dificuldade no acompanhamento das demandas judiciais. Por fim, a prioridade sanitária definida foi ampliar e garantir o acesso ao diagnóstico para neoplasia na macrorregião Centro Sul.

Macro Jequitinhonha

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Jequitinhonha é composta por 04 microrregiões de saúde, sendo elas: Araçuaí, Diamantina/Itamarandiba, Serro e Turmalina/Minas Novas/Capelinha. Possui como Polo Macrorregional o município de Diamantina.

A macro Jequitinhonha possui 31 municípios, com uma população total de 385.590 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 27.718 km², resultando em uma densidade demográfica de 13,91 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Diamantina.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Jequitinhonha, incluindo baixa cobertura vacinal, não realização de procedimentos cardiovasculares, vazios assistenciais na odontologia, documentação incorreta para solicitação na farmácia e falta de referenciamento para Centro Estaduais de Atenção Especializada (CEAE). A prioridade sanitária definida pelo GTM foi adequar os serviços de cardiologia para ampliar a capacidade operacional instalada (equipamentos, recursos humanos, orçamentário), de forma a reduzir a fila de espera da Macrorregião de Saúde com o maior número de execução dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Macro Leste

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Leste é composta por 04 microrregiões de saúde, sendo elas: Governador Valadares, Mantena, Peçanha/São João Evangelista/Santa Maria do Suaçuí e Resplendor. Possui como Polo Macrorregional o município de Governador Valadares.

A macro Leste possui 51 municípios, com uma população total de 643.031 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 22.425,30 km², resultando em uma densidade demográfica de 28,67 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Governador Valadares.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou seis principais desafios de saúde na macro Leste, incluindo Neoplasias e rede de cuidados, Mortalidade materno/infantil neonatal, Doenças transmissíveis e crônicas, Carência em Neurologia, Ortopedia e acidentes de trânsito e Falta de serviços oftalmológicos. Ficou definida como a prioridade sanitária da macro Leste Reduzir a mortalidade materno infantil, através de uma reorganização de toda a Rede materno Infantil (APS, média, alta complexidade e vigilância em saúde).

Macro Leste do Sul

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Leste do Sul é composta por 03 microrregiões de saúde, sendo elas: Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa. Possui como Polos Macrorregionais os municípios de Ponte Nova e Manhuaçu.

A macro Leste do Sul possui 53 municípios, com uma população total de 690.204 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 15.168,50 km², resultando em uma densidade demográfica de 45,50 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por duas Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Manhuaçu e Ponte Nova.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Leste do Sul, incluindo a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária, Fragilidade na Rede de Saúde Mental, dificuldade no processo de contratação de profissionais da saúde, defasagem da tabela SUS e alto risco de reintrodução de doenças imunopreveníveis. Após análise e discussão pelo grupo, ficou definida a seguinte prioridade sanitária: Estruturar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno Infantil (Rede Cegonha) com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS).

Macro Nordeste

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Nordeste é composta por 08 microrregiões de saúde, sendo elas: Águas Formosas, Almenara/Jacinto, Itambacuri, Itaobim, Nanuque, Padre Paraíso, Pedra Azul e Teófilo Otoni/Malacacheta. Possui como Polo Macrorregional o município de Teófilo Otoni.

A macro Nordeste possui 57 municípios, com uma população total de 774.768 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 51.384,30 km², resultando em uma densidade demográfica de 15,08 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é

composta por duas Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Pedra Azul e Teófilo Otoni.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Nordeste, incluindo hospitais e leitos não resolutivos na região, equipes de APS incompletas, altos índices de internação por condições sensíveis à atenção básica, falta de acesso a atenção ambulatorial e razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil elevadas. A prioridade sanitária definida foi estruturar a Rede de Urgência e Assistencial Hospitalar com serviços de Média e Alta Complexidade na área de Neurologia/Neurocirurgia para a MR Nordeste, fortalecendo o território e reduzindo os vazios assistenciais.

Macro Norte

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Norte é composta por 12 microrregiões de saúde, sendo elas: Bocaiúva, Brasília de Minas, Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba/Monte Azul, Januária, Manga, Montes Claros, Pirapora, Salinas, São Francisco e Taiobeiras. Possui como Polo Macrorregional o município de Montes Claros.

A macro Norte possui 86 municípios, com uma população total de 1.612.749 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 122.880 km², resultando em uma densidade demográfica de 13,12 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por três Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Januária, Montes Claros e Pirapora.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou três principais desafios de saúde na macro Norte, incluindo baixo percentual de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, baixa cobertura de exame citopatológico e baixa proporção de eSB em relação às eSF. Por fim, foi definida seguinte prioridade sanitária: Estruturar a linha do cuidado às doenças cardiovasculares na Macro Norte.

Macro Noroeste

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Noroeste é composta por 04 microrregiões de saúde, sendo elas: João Pinheiro, Patos de Minas, São Gotardo e Unaí/Paracatu. Possui como Polo Macrorregional o município de Patos de Minas.

A macro Noroeste possui 33 municípios, com uma população total de 712.909 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 79.594,30 km², resultando em uma densidade demográfica de 8,96 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por duas Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Patos de Minas e Unaí.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou que o grande desafio da Macro é estruturar em seu território os serviços necessários para garantia do acesso e integralidade na assistência. Dito isso, o PRI surge como uma possibilidade de se racionalizar e priorizar o investimento em saúde nas adequações da Rede Assistencial, bem como organizar as ações e serviços de saúde, de forma ascendente, com participação ativa dos atores do território na discussão para o fortalecimento da macrorregião de saúde. A prioridade sanitária definida foi implantar e estruturar a rede de atenção à saúde (Linha de cuidado da Traumatologia).

Macro Oeste

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Oeste é composta por 08 microrregiões de saúde, sendo elas: Bom Despacho, Campo Belo, Divinópolis, Formiga, Itaúna, Lagoa da Prata/Santo Antônio do Monte, Oliveira/Santo Antônio do Amparo e Pará de Minas/Nova Serrana. Possui como Polo Macrorregional o município de Divinópolis.

A macro Oeste possui 53 municípios, com uma população total de 1.288.118 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 28.136,50 km², resultando em uma densidade demográfica de 45,78 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Divinópolis.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Oeste, incluindo baixa qualidade e vazio parcial da assistência ao pré-natal, baixa resolubilidade e falta de acesso a Atenção Hospitalar na média e alta complexidade, baixa resolubilidade na APS, ausência de uma política unificada de Atenção Especializada Ambulatorial que atenda às linhas de cuidado das doenças crônicas mais prevalentes e à linha de cuidado da Gestação de Alto Risco e Baixa Homogeneidade vacinal em crianças de até 1 ano. Como prioridade sanitária ficou definido estruturar e qualificar a Rede Assistencial ao Pré-Natal, Parto e Puerpério (tanto alto risco quanto risco habitual) na Macrorregião Oeste.

Macro Sudeste

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Sudeste é composta por 09 microrregiões de saúde, sendo elas: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora, Leopoldina/Cataguases, Lima Duarte, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá. Possui como Polo Macrorregional o município de Juiz de Fora e como Polo Macrorregional Complementar o município de Muriaé.

A macro Sudeste possui 94 municípios, com uma população total de 1.596.974 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 24.664,80 km², resultando em uma densidade demográfica de 64,75 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por quatro Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Juiz de Fora, Leopoldina, Ubá e Manhuaçu.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Sudeste, incluindo baixa resolubilidade na Atenção Primária, baixa resolubilidade dos hospitais de médio porte, Altas taxas de mortalidade infantil, dificuldade na contratualização de prestadores para atendimento ambulatorial para atender toda a demanda apresentada e dificuldade no acesso aos leitos de internação. A prioridade sanitária definida foi estruturar e qualificar a Rede Assistencial às doenças crônicas com ênfase na cardiovascular.

Macro Sul

A macrorregião de saúde Sul, pactuada no Plano Diretor de Regionalização de 2019, possuía um total de 14 microrregiões de saúde, 154 municípios e uma população total de 2.797.993 habitantes (IBGE, 2022). No quesito administrativo, a macrorregião Sul (PDR/2019) continha quatro Unidades Regionais de Saúde.

Neste contexto que se deu início o Planejamento Regional Integrado na região, sendo formado o Grupo de Trabalho Macrorregional e definindo-se os principais problemas de saúde e a prioridade sanitária. Porém, na Revisão do PDR em 2023, a referida macrorregião foi dividida em três novas macros, sendo: Sudoeste, Sul e Extremo Sul.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Sudoeste é composta por 06 microrregiões de saúde, sendo elas: Alfenas/Machado, Cássia, Guaxupé, Passos, Piumhi e São Sebastião do Paraíso. Possui como Polos Macrorregionais os municípios de Alfenas e Passos.

A macro Sudoeste possui 51 municípios, com uma população total de 891.550 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 24.156 km², resultando em uma densidade demográfica de 36,91 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por duas Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Alfenas e Passos.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Sul é composta por 05 microrregiões de saúde, sendo elas: Lavras, São Lourenço, Três Corações, Três Pontas e Varginha. Possui como Polo Macrorregional o município de Varginha.

A macro Sul possui 50 municípios, com uma população total de 891.396 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 16.612,70 km², resultando em uma densidade demográfica de 53,66 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Varginha.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Extremo Sul é composta por 03 microrregiões de saúde, sendo elas: Itajubá, Poços de Caldas e Pouso Alegre. Possui como Polos Macrorregionais os municípios de Pouso Alegre e Poços de Caldas.

A macro Extremo Sul possui 53 municípios, com uma população total de 1.009.047 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 13.412,70 km², resultando em uma densidade demográfica de 75,23 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Pouso Alegre.

Como dito anteriormente, no Planejamento Regional Integrado foram definidos os mesmos problemas de saúde e prioridade sanitária para as três macrorregiões, sendo definido em conjunto pelo Grupo de Trabalho Macrorregional. Foram definidos cinco principais problemas de saúde, incluindo baixa resolubilidade da APS na linha de cuidado às condições crônico degenerativas, subfinanciamento e regulação ineficaz dos serviços de média complexidade na linha de cuidado às condições crônico degenerativas, aumento da demanda de medicamentos judicializados, dificuldade de acesso e regulação à ortopedia de alta complexidade e dificuldade de acesso e regulação aos serviços de cirurgia endovascular. A prioridade sanitária definida foi estruturar e organizar a rede de atenção à saúde, na linha de cuidado de hipertensão e diabetes, com organização da regulação do acesso e garantia de financiamento tripartite como diretrizes básicas.

Macro Triângulo do Norte

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Triângulo do Norte é composta por 03 microrregiões de saúde, sendo elas: Ituiutaba, Patrocínio/Monte Carmelo e Uberlândia/Araguari. Possui como Polo Macrorregional o município de Uberlândia.

A macro Triângulo do Norte possui 27 municípios, com uma população total de 1.318.243 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 42.783,80 km², resultando em uma densidade demográfica de 30,81 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por duas Unidades Regionais de Saúde, sediadas nos municípios de Uberlândia e Ituiutaba.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou seis principais desafios de saúde na macro Triângulo do Norte, incluindo dificuldade de acesso ao atendimento das demandas de alta complexidade (cardiologia), dificuldade de acesso ao atendimento das demandas de alta complexidade (oncologia), dificuldade de acesso ao atendimento das demandas de alta complexidade (ortopedia), baixa resolubilidade da Atenção Básica, com ênfase para hipertensão e diabetes, PPI desatualizada e insuficiente e dificuldade de interação entre as equipes, referência e contra referência, nos casos de sífilis. Como prioridade sanitária ficou definido reorganizar a oferta/acesso dos serviços de oncologia de alta complexidade com vistas a diminuir o tempo da primeira consulta/tratamento, capacitar os profissionais da rede com os fluxos e protocolos, monitorar/acompanhar os encaminhamentos.

Macro Triângulo do Sul

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Triângulo do Sul é composta por 03 microrregiões de saúde, sendo elas: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba. Possui como Polo Macrorregional o município de Uberaba.

A macro Triângulo do Sul possui 27 municípios, com uma população total de 787.105 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 35.534,80 km², resultando em uma

densidade demográfica de 22,15 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Uberaba.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Triângulo do Sul, incluindo dificuldade de acesso à rede de oncologia, ambulatorial e hospitalar, dificuldade de acesso na atenção hospitalar, insuficiência de profissionais em algumas especialidades médicas, subfinanciamento e subdimensionamento da PPI e falta de assistência às pessoas portadoras de deficiência. A prioridade sanitária definida foi reorganizar os fluxos da rede de oncologia buscando alternativas para fortalecer a contratualização em oncologia.

Macro Vale do Aço

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/2023), a macrorregião de saúde Vale do Aço é composta por 03 microrregiões de saúde, sendo elas: Caratinga, Coronel Fabriciano/Timóteo e Ipatinga. Possui como Polo Macrorregional o município de Ipatinga.

A macro Vale do Aço possui 35 municípios, com uma população total de 790.925 habitantes (IBGE, 2022). Sua extensão territorial é de 10.021,40 km², resultando em uma densidade demográfica de 78,92 hab/km². Quanto a questão administrativa, a macrorregião é composta por uma Unidade Regional de Saúde, sediada no município de Coronel Fabriciano.

No Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo de Trabalho Macrorregional identificou cinco principais desafios de saúde na macro Vale do Aço, incluindo Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) insuficiente, linha de cuidado Materno Infantil com baixa investigação de óbitos, baixa resolubilidade em atendimento da especialidade cabeça e pescoço, baixa resolubilidade das questões de saúde relacionadas a oftalmologia e dificuldade de execução financeira dos recursos estaduais. Após discussões, o grupo definiu como prioridade sanitária estruturar a Rede Psicossocial (serviços ambulatoriais e hospitalares) para atendimento da atual demanda, além do financiamento e capacitação para os serviços existentes.

3.3. Gestão do Sistema Único de Saúde

3.3.1. Planejamento e Financiamento em Saúde

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 como 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, conforme características abaixo:

PMDI: 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.

PPAG (Quadrienal): Norteador 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.

LDO (Anual): 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.

LOA (Anual): 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.

Em 2023, foi elaborada a proposta de PPAG para o período de 2024 a 2027. O PPAG proposto pela SES-MG apresenta uma estrutura de programas e ações revisada. Esta revisão buscou alinhar o Planejamento Orçamentário ao Planejamento Estratégico e à Nova Estrutura Organizacional da Secretaria, oferecendo uma melhor organização e clareza sobre a distribuição dos recursos, produtos e metas pactuadas.

A estrutura proposta pela SES-MG para o novo PPAG foi enviada à Assembleia Legislativa de Minas Gerais, podendo sofrer alterações até o final de 2023. A proposta apresenta a seguinte configuração:

Programa 59 - Apoio à gestão do SUS

Ação 2023 - POLÍTICAS E AÇÕES DE TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

Ação 2024 - GESTÃO REGIONAL EM SAÚDE

Ação 2026 - SATISFAÇÃO RECONHECIMENTO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Ação 2027 - PROGRAMA ESTADUAL DE MUNICIPALIZAÇÃO

Ação 4458 - PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

Programa 60 - Atenção Primária à Saúde

Ação 4125 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ação 4126 - PROMOÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS DE EQUIDADE

Ação 4127 - ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ação 1022 - SAÚDE EM REDE

Programa 61 - Atenção Especializada

Ação 4132 - APOIO E FORTALECIMENTO DA REDE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Ação 4129 - APOIO E FORTALECIMENTO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ação 4130 - APOIO E FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Ação 4131 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Programa 58 - Política Hospitalar

Ação 4121 - POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ação 4122 - POLÍTICAS PRÉ E PÓS HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ação 4123 - ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Ação 1020 - IMPLANTAÇÃO DOS HOSPITAIS REGIONAIS

Programa 62 - Acesso a Serviços de Saúde

Ação 4133 - ATENDIMENTO ÀS MEDIDAS JUDICIAIS

Ação 4134 - ACESSO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ação 4135 - ACESSO ELETIVO

Ação 4136 - SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ação 4137 - PROGRAMAÇÃO, CONTRATAÇÃO E PROCESSAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Programa 064 - Assistência Farmacêutica

Ação 4149 - POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ação 4148 - ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Programa 63 - Vigilância em Saúde

Ação 4146 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

Ação 4144 - VIGILÂNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

Ação 4145 - VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E IMUNIZAÇÃO

Ação 4147 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ação 4143 - ASSESSORAMENTO E GERENCIAMENTO DE POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ação 1021 - VACINA MAIS MINAS

Programa 705 - Apoio às Políticas Públicas

Ação 2500 - ASSESSORAMENTO E GERENCIAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Ação 2087- RESERVA PARA ATENDIMENTO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS VINCULADAS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Financiamento do Sistema Único de Saúde (2024-2027)

Para além do planejamento financeiro-orçamentário do Estado, no âmbito do SUS, a promoção do acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde se dá por meio do financiamento tripartite, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Esse financiamento advém de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados e dos municípios, bem como de outras fontes (Brasil, 1988). A Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, estabelece os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, sendo que, no caso dos Estados e do Distrito Federal, fixa em doze por cento do produto da arrecadação dos impostos descritos na própria emenda. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição e estabelece os parâmetros da aplicação em ações e serviços públicos de saúde, trazendo quais ações e serviços podem ser considerados no cálculo do mínimo constitucional, bem como os limites relacionados a sua execução.

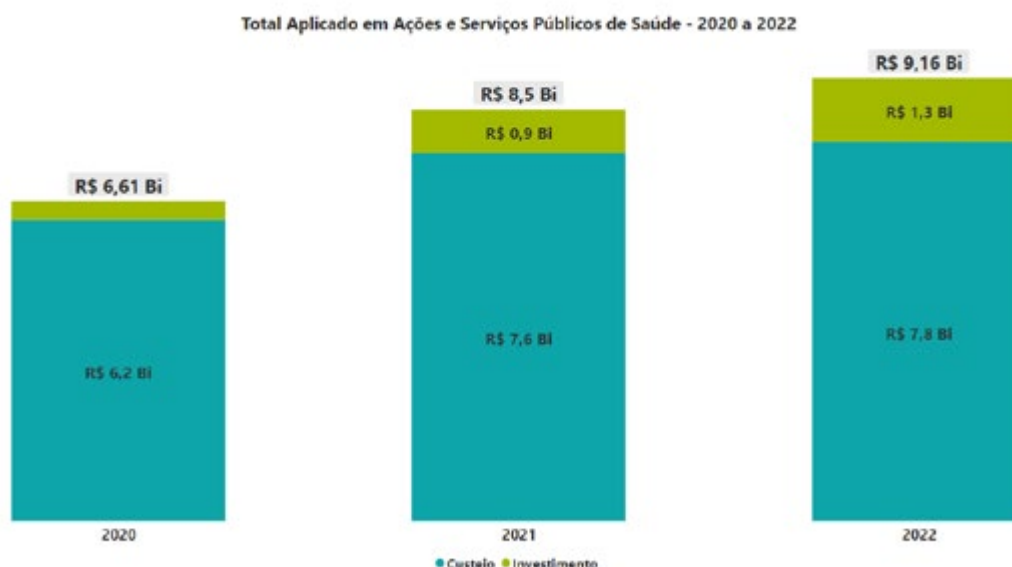
Nesse sentido, o estado de Minas Gerais instituiu o Fundo Estadual de Saúde (FES), por meio da Lei Nº 11.983 de 14 de novembro de 1995, que tem por objetivo criar condições financeiras e de administração de recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, executados ou coordenados pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS-MG.

A execução desses recursos, por sua vez, pode ser realizada diretamente ao prestador de serviços e ações de saúde ou por transferências aos fundos municipais de saúde. Nesse contexto, é importante esclarecer que existem municípios que assumiram a gestão dos prestadores de serviços de média e alta complexidade em seu território e, dessa maneira, recebem diretamente, em seus respectivos fundos municipais, os recursos financeiros transferidos pelo FES. Assim, esses municípios assumem a autonomia administrativa e financeira para a seleção, cadastramento, contratação, programação, regulação, controle, avaliação e pagamento de prestadores de serviços públicos e privados. Este processo é guiado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021, observando-se a nova redação do art. 2º, trazida pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.497, de 19 de agosto de 2021. Por outro lado, para os municípios que não assumiram a gestão dos seus prestadores, via de regra as transferências do FES são realizadas diretamente às entidades prestadoras de serviços e ações de saúde nesses territórios.

Em uma visão geral, por meio do FES, entre 2020 e 2022, o total de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, conforme métrica adotada pelo Art. 24 da Lei

Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 foi crescente ano após ano, conforme gráfico abaixo:

Figura 12 - Total Aplicado em Ações e Serviços de Saúde – 2020 a 2022

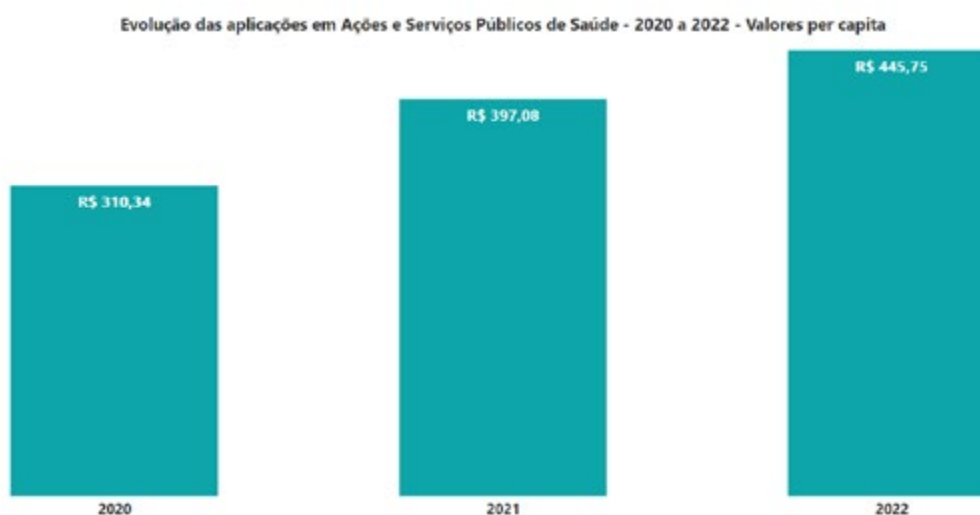


Fonte: Elaboração própria com dados do RREO 6º Bimestre 2020-2022

O gráfico acima demonstra que, durante o período analisado, houve um aumento substancial na aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), saindo de 6,61 bilhões de reais em 2020 para 9,16 bilhões em 2022, totalizando quase 40% de aumento. Além do incremento mencionado, é possível identificar um aumento percentual em despesas de investimento em relação às despesas de custeio, passando de 6% em 2020 para 14% em 2022, conforme gráfico acima.

Vale destacar que, entre 2020 e 2022, também houve um aumento do valor per capita das aplicações financeiras em ASPS, representado por um crescimento de mais de 43% no período em questão, conforme gráfico abaixo.

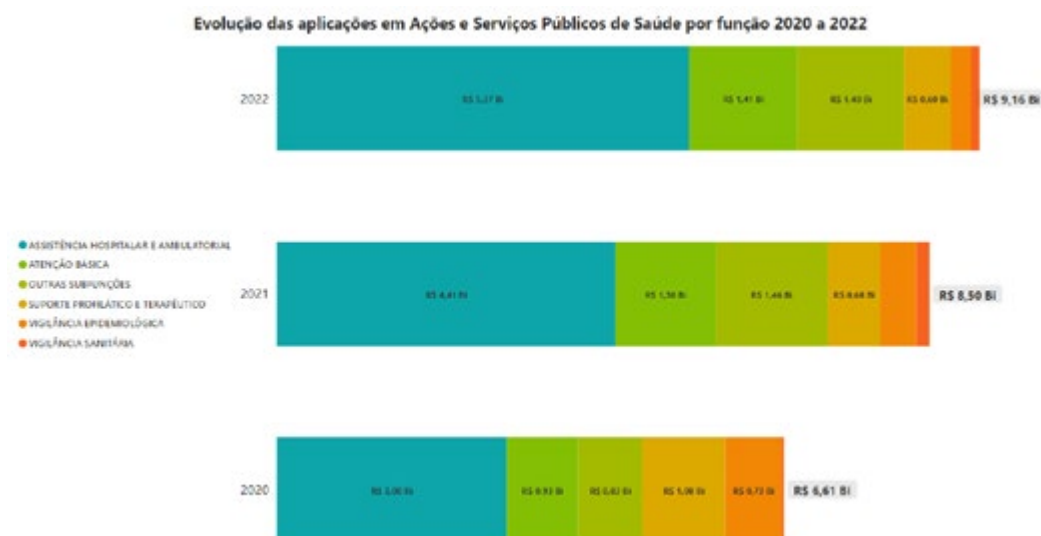
Figura 13 - Evolução das aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde – 2020 a 2022 – Valores per capita



Fonte: Elaboração própria com dados do RREO 6º Bimestre 2020-2022 e do IBGE (população*).

Nessa esteira, com o objetivo de compreender melhor a dinâmica dessa despesa, é possível analisá-la pela perspectiva das subfunções de saúde, quais sejam: Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico e Outras Subfunções, conforme segue:

Figura 14 - Evolução das aplicações em Ações e Serviços Públicos por função 2020 a 2022

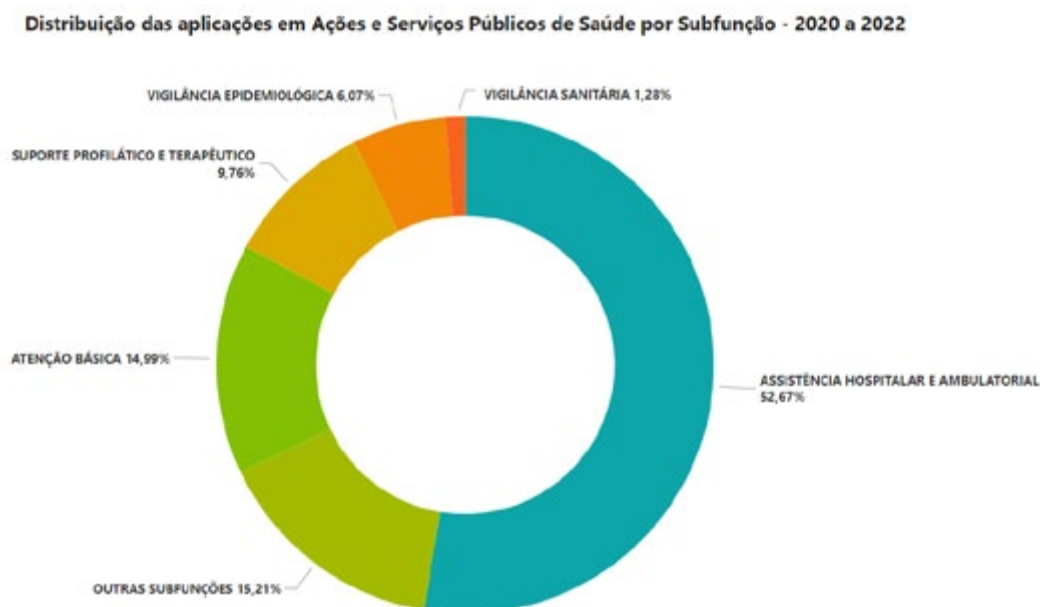


Fonte: Elaboração própria com dados do RREO 6º Bimestre 2020-2022.

Pode-se perceber um aumento na execução de quase todas as subfunções ao longo do período analisado, com um foco principal na Assistência Hospitalar e Ambulatorial e na Atenção Básica.

Analisando o período como um todo (2020-2022) o comportamento da despesa por subfunção apresentou a seguinte distribuição:

Figura 15 - Distribuição das aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde por função – 2020 a 2022.



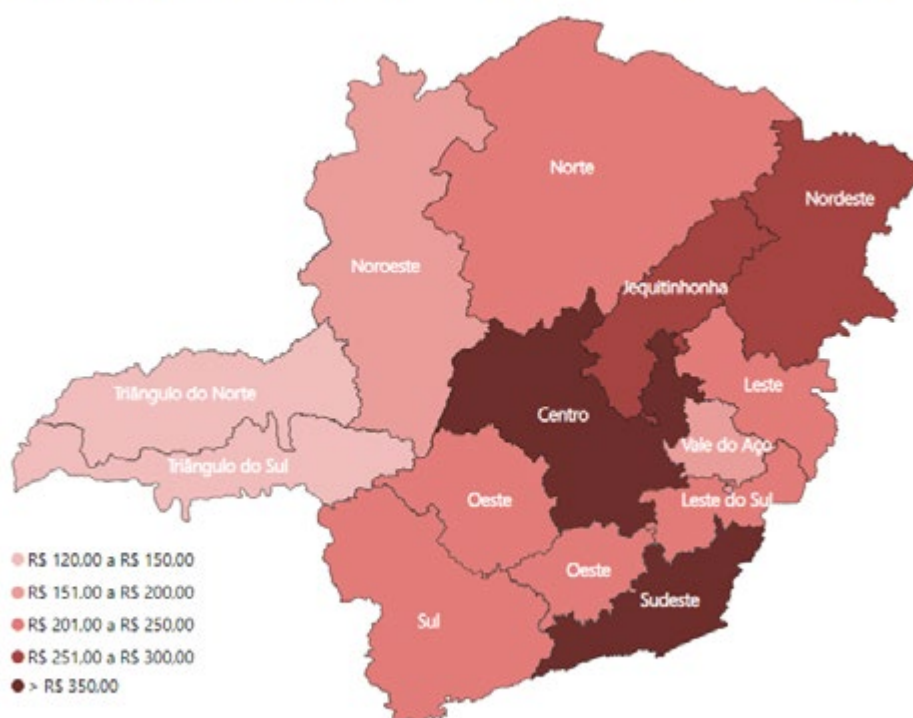
Fonte: Elaboração própria com dados do RREO 6º Bimestre 2020-2022.

Por fim, cabe ressaltar que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem envidado esforços para promover a qualidade do gasto público em saúde, de maneira que os resultados reais do financiamento estadual possam ser percebidos na ponta, traduzido em ampliação do acesso e melhoria dos serviços de saúde prestados.

No que diz respeito à metodologia de alocação dos recursos do Fundo Estadual de Saúde, esta é definida pelo Decreto nº48.600, de 10 de abril de 2023, pela Resolução SES/MG nº8.879, de 17 de julho de 2023 e demais legislações aplicáveis. O Decreto dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais, inclusive, para os Fundos Municipais de Saúde. As transferências, sobre as quais dispõe o decreto, são realizadas através de Termo de Adesão ou Termo de Compromisso.

No mapa abaixo é possível observar os valores per capita aplicados em ações e serviços públicos de saúde entre 2020 e 2022, por Macrorregião de saúde.

Média das Aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde - 2020 a 2022
Valores per capita por Macrorregiões de Saúde (recursos estaduais e federais)



Ao observar os dados por Macrorregião de Saúde, verifica-se que as Macrorregiões Triângulo do Norte e Triângulo do Sul apresentam os menores valores médios de aplicações em ASPS (R\$ 120,00 a R\$ 150,00), enquanto as Macrorregiões Centro e Sudeste se destacam pelos maiores valores médios (> R\$ 350).

3.3.2. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

O Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de Minas Gerais (PGTES/MG) está em fase de elaboração com previsão de conclusão para dezembro de 2023. Diante disso, ele não pode ser inserido integralmente no PES 2024-2027, considerando o período de elaboração deste ser prévio à conclusão do PGTES/MG. Dada a sua relevância e em comum acordo entre os atores, compreendendo a importância que a educação tem no processo de formação e na fixação de profissionais por meio da gestão do trabalho, e ainda no fomento e na assistência da saúde, foi definido este capítulo do Plano Estadual de Saúde para contemplar essa temática.

A Educação na Saúde engloba uma série de conceitos de desenvolvimento cujo público-alvo são os profissionais ou os estudantes em saúde, como a Educação Permanente em Saúde, a Educação Continuada, a Formação Profissional em Saúde e a própria Educação na Saúde.

Em 2023, o Ministério da Saúde identificou a necessidade de realizar esforços para a criação de um Plano de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde estadual. Como parte desse esforço, em maio de 2023, ocorreu uma oficina da Região Sudeste do país, que buscava dar início às discussões sobre o tema. Além disso, o Ministério fomentou as equipes de diversos atores representativos das áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos Estados para a elaboração destes planos estaduais com um curso ministrado pela Universidade Federal da Bahia. Em Minas Gerais, entre os atores, estão o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, o Distrito Sanitário Especial Indígena, a Secretaria Estadual de Saúde, com representantes de diversas áreas técnicas, e a Escola de Saúde Pública.

No âmbito da construção do PGETES, os atores representando os territórios e municípios identificaram os maiores problemas da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e foi criada, à luz de uma metodologia aplicada pela Universidade Federal da Bahia, uma matriz onde fosse demonstrado o problema geral, os problemas específicos, e a busca de soluções por objetivo geral e objetivos específicos. Estes, definiram os principais objetivos do PEGTES, divididos em eixo Gestão do Trabalho, Gestão da Educação e na sua dimensão de Governança, conforme segue:

GESTÃO DA EDUCAÇÃO

Dimensão de Governança e Capacidade de Governo

Objetivo Geral

Fomentar a regionalização da política de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS em Minas Gerais e seus espaços de governança.

Dimensão de Gestão da Educação em Saúde

Objetivo Geral

Implementar a política de educação na saúde no estado de forma articulada e contínua

GESTÃO DO TRABALHO

Dimensão de Governança e Capacidade de Governo

Objetivo Geral

Fomentar a regionalização da política de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS em Minas Gerais e seus espaços de governança.

Dimensão de Gestão do Trabalho em Saúde

Objetivo Geral

Aprimorar o planejamento e dimensionamento da força de trabalho no SUS em Minas Gerais.

Com estes objetivos traçados, a análise situacional caminhou por entender os dados provenientes de bases de dados oficiais, disponibilizadas pelo Caderno de Informações | MG – PGTES2, elaborado pelo Ministério da Saúde.

O grupo de atores, sob posse do Caderno de Informações identificou durante oficinas de trabalho que as "informações possuem limitações para fazer priorização e identificar as invisibilidades, planejamentos e intervenções" e que "para intervenções mais qualificadas e assertivas, [seria] necessário conjugar essas informações com diagnóstico assistencial, epidemiológico e demográfico".

Atualmente é possível identificar em funcionamento os seguintes espaços de governança da Educação Permanente em Saúde: CIES Estadual e Câmara Técnica de Educação Permanente do Conselho Estadual de Saúde (CES). O CIES Estadual se constitui como um espaço de articulação entre gestores municipais e estaduais das áreas da saúde e educação, instituições formadoras e o controle social, tendo seu Regimento Interno publicizado pela Resolução SES-MG nº 2.579, de 24 de novembro de 2010.

De dentro da CIES, foi aprovado o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) através da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.859, de 5 de dezembro de 2018. Este plano previa a ativação de atores em EPS nos territórios que fosse capaz fortalecer as referências técnicas de EPS das Unidades Regionais e dos Municípios no papel na governança regional da EPS, atuando na articulação entre os diversos atores da gestão, serviço, ensino e comunidade e entre os municípios. Isso significa dizer que a PEEPS tem entre as suas estratégias de implementação a regionalização. Vale observar que não foi possível realizar a avaliação e o monitoramento do PEEPS, ou seja, não existe mensuração do seu impacto nos territórios.

Portanto, considerando os dados do CNES e a avaliação e o monitoramento do PEEPS, o grupo de atores compreende que a falta de informações e dados é, por si só, uma informação valiosa para a tomada de decisão futura pelo PGTES.

Considerando que o diagnóstico não trouxe informações sobre a implementação das redes e as estratégias atualmente utilizadas pelos municípios para a qualificação dos profissionais e nem sequer se as instituições de ensino têm tido capacidade gestora para lidar com os desafios do mundo do trabalho na saúde, este desconhecimento sobre Educação na Saúde aponta ainda para a necessidade de retomada das ações de educação que seriam implementadas no PEEPS, e a sua realização com maior consistência.

Desta forma, dentre os objetivos do PGTES, o maior deles, junto ao Plano Estadual de Saúde, é qualificar a estratégia estadual que pretende dar tônica aos movimentos territoriais, fomentando que os próprios municípios tenham capacidade gestora de identificar e sanar dificuldades de educação e gestão do trabalho.

3.3.3. Ética e Integridade

O caminho para uma gestão eficiente e para a boa governança é contínuo. Nesse sentido, a integridade e a ética configuram-se como instrumentos fundamentais para o alcance dos objetivos estratégicos das instituições.

Integridade e ética são princípios basilares importantes na construção de um serviço público de qualidade, voltado aos anseios dos cidadãos que buscam nos serviços públicos os acessos aos direitos constitucionais, sobretudo de saúde, nos quais a integridade e ética desempenham papéis fundamentais no servir. Esses pilares são essenciais para promover o espírito de confiança da sociedade perante a instituição pública, bem como para garantir o funcionamento e a eficácia do Estado.

Compreende-se por ética, a área da filosofia que se dedica às ações e ao comportamento humano, em seus princípios que orientam as ações humanas e a capacidade de avaliar essas ações.

Enquanto os Planos de Integridade buscam sistematizar ações de governança, gestão de riscos, controles internos, gestão de pessoas, transparência, entre outras, já desenvolvidas, em

desenvolvimento ou que poderão ser desenvolvidas para fortalecimento do ambiente de integridade nos órgãos e entidades da Administração Pública, envolvendo, inclusive, ações relacionadas à ética.

Nesse sentido, a ética profissional traz em si, um conjunto de valores e princípios que buscam nortear e contribuir na melhoria do profissional e representam imperativos de sua conduta, de comportamentos e ações do servidor público, no exercício de suas funções. É a partir destes valores que se desenvolvem o rol de ações da integridade, como por exemplo:

- Transparência;
- Responsabilidade;
- Imparcialidade;
- Conflito de Interesses;
- Legalidade.

Alinhado a uma tendência mundial de fortalecimento da Integridade, foi instituído, por meio do Decreto nº 47.185, de 13 de maio de 2017, o Plano Mineiro de Promoção da Integridade – PMPI, o qual busca contribuir para um ambiente de integridade na Administração Pública junto a públicos do corpo funcional, da sociedade e parceiros institucionais e comerciais. Com um forte caráter preventivo, o foco do PMPI é fazer com que o poder público apresente os resultados esperados pela população de forma integral, democrática e eficiente, mantendo-se focado no atendimento do interesse público.

De maneira complementar, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em consonância com o Decreto 46.644/2014, que dispõe sobre o Código de Conduta Ética do Agente Público e da Alta Administração Estadual, instituiu a Comissão de Ética/SES-MG por meio da Resolução SES-MG nº 8651, de 17 de março de 2023, tendo seu regimento interno regido pela Deliberação nº 01, de 04 de outubro de 2022.

Buscando atender às diretrizes do PMPI, em 2018 foi lançada a primeira versão do Plano de Integridade desta SES-MG com o objetivo de desenvolver os pilares da ética, da probidade e do respeito às normas nas relações entre o setor público e o setor privado no Estado de Minas Gerais.

Deste modo, entre 2019 e 2021 foi lançada a segunda versão do Plano de Integridade desta SES-MG (atualização) sob uma perspectiva mais madura do PMPI, momento no qual o Grupo de Trabalho (GT) constituído para a sua revisão focou na realização de ações específicas e executáveis de fomento à integridade, que repercutissem em benefícios aos agentes públicos e às pessoas que se relacionam com a Secretaria.

Cumprir ressaltar que o trabalho de revisão do Plano de Integridade foi suspenso durante o período do enfrentamento à emergência em saúde pública decorrente do novo Coronavírus (COVID-19). Com a retomada das atividades do Grupo de Trabalho (GT), tornou-se evidente a necessidade de criação de uma instância para monitorar as ações do Plano de Integridade e apoiar as unidades na consecução das ações, que culminou na instituição do Comitê de Governança, Integridade, Riscos e Controles (CGIRC).

O Comitê de Governança, Integridade, Riscos e Controles (CGIRC), lançou em março de 2022 a terceira versão do Plano de Integridade desta SES-MG (atualização), versão esta que permanece vigente até os dias atuais.

De maneira mais específica, esta última versão do plano teve como objetivo atualizar e implementar o PI-SES-MG, publicado em 2018. Para tanto, o Grupo de Trabalho (GT) instituído seguiu as orientações do Guia de Integridade Pública da Controladoria Geral CGE/MG e considerou os 8 (oito) eixos propostos pelo Guia: Eixo I: Governança e Comprometimento da Alta Administração; Eixo II: Planejamento Estratégico/Gestão Estratégica; Eixo III: Controles Internos e Gestão de Riscos; Eixo IV: Conflito de Interesses e Nepotismo; Eixo V: Gestão de Pessoas; Eixo VI: Código de Ética e Comissão de Ética; Eixo VII: Canal de Denúncias; Eixo VIII: Transparência Pública e Controle Social.

Para um novo diagnóstico, o Grupo de Trabalho (GT) elaborou e aplicou um questionário semiestruturado, contendo questões objetivas e uma questão aberta para sugestões e

opiniões dos respondentes, contemplando todos os eixos propostos, possibilitando uma análise quantitativa e qualitativa do resultado

Os resultados obtidos permitiram observar vários aspectos relacionados a cada Eixo, embasando as discussões do Grupo de Trabalho (GT) e foram propostas ações de melhoria.

Por fim, em março de 2023, foi feito o **“Relatório de Cumprimento das Ações”** o PI-SES-MG que apresentou o resultado do monitoramento das ações do Plano de Integridade da SES-MG, durante o ano de 2022, relatando as entregas realizadas no período, seus responsáveis, os prazos de conclusão e as atividades realizadas no âmbito de cada eixo do Plano de Integridade.

Já no que se refere, especificamente, às atribuições e iniciativas da Comissão de Ética insta mencionar que entre as competências da Comissão de Ética tem-se a orientação e aconselhamento ao agente público no tratamento com os demais trabalhadores do serviço público, com o patrimônio público e adoção de medidas que visem a prevenção de desvios éticos.

Dentre as ações que buscam apresentar e disseminar a cultura ética na Secretaria, a Comissão dispõe de um sítio eletrônico (<https://www.saude.mg.gov.br/comissao-de-etica>) onde divulga informações importantes para os servidores da Secretaria, tais como:

- Os membros Integrantes que compõem a Comissão de Ética;
- O Regimento Interno da Comissão;
- Orientações para o agente público sobre presentes;
- Cartilha contendo orientações sobre Conflito de interesse e nepotismo;
- Dos princípios e valores éticos fundamentais que regem a conduta do servidor;
- Formulário de representação conta falta ética na Secretaria;
- Pesquisa de Diagnóstico, no qual a Comissão de Ética busca conhecer o olhar do servidor quanto a Ética na Secretaria;
- Todas as Resoluções publicadas, que dispõe sobre a Constituição da Comissão de Ética, no âmbito da SES-MG.

Para além das ações internas, a Comissão de Ética da SES-MG, por intermédio de sua presidente e secretária-executiva participaram do aniversário de um ano da publicação do Decreto nº 48.417, de 16 de maio de 2022, que trata sobre situações de conflito de interesses no âmbito do Poder Executivo, durante Seminário realizado em 1/6/2023, no Auditório do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.

Ademais, buscando a inovação e desburocratização nas consultas envolvendo Conflito de Interesses, a Comissão de Ética da SES-MG apresenta no sítio eletrônico institucional da SES-MG <https://www.saude.mg.gov.br/comissao-de-etica>, CARTILHA SOBRE CONFLITO DE INTERESSE E NEPOTISMO com o objetivo de informar e orientar os agentes públicos da SES-MG acerca do tema.

Por fim, entre as ações que objetivam atender os eixos do Plano de Ação Ética SES-MG-2023, seguem as ações que foram e serão desenvolvidas durante todo ano de 2023, com o objetivo de divulgação da Comissão de Ética, e seus assuntos pertinentes.

Dentre as ações continuadas, destacam-se:

- Treinamento Introdutório para Trabalhadores da SES-MG;
- Articulação com o Conselho de Ética Pública do Estado de Minas Gerais - CONSET para solução de dúvida e orientações diversas;
- Promoção de análise e encaminhamentos pertinentes em relação às denúncias éticas que aportarem no e-mail da Comissão de Ética;
- Atualização das informações da Comissão de Ética no site da SES-MG;
- Boletim de Ética da SES-MG;
- Capacitação sobre Nepotismo;
- Capacitação do Núcleo de Correção Administrativa (NUCAD) sobre assiduidade processo administrativo.

No que se refere às perspectivas de futuro no âmbito da integridade nesta SES-MG, foi realizado recentemente novo diagnóstico acerca das ações da terceira versão do PI-SES-MG e, a partir do mesmo, estão sendo propostas novas ações que irão compor a 4ª atualização do plano cuja previsão de lançamento é dezembro do ano de 2023. Insta mencionar que, para além das ações contínuas executadas pela Comissão de Ética, estão previstas diversas ações relacionadas à ética na 4ª atualização do Plano de Integridade.

3.4. Organização e Distribuição dos Serviços de Saúde

3.4.1. Regulação Assistencial em Minas Gerais

Conforme a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022, que aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, são dimensões da regulação, integradas entre si: (I) a Regulação do Acesso à Assistência; (II) a Regulação de Sistemas de Saúde; e (III) a Regulação da Atenção à Saúde.

A Regulação do Acesso à Assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e abrangendo, ainda, a atuação médica, que, em exercício da função de autoridade sanitária, trabalha apoiando-se em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Em conformidade com a Política Nacional de Regulação (Portaria nº 1.559/2008), a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade das cidadãs e cidadãos por meio de atendimento às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV - estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, conforme fluxos e protocolos pactuados. A regulação de urgência e emergência das referências intermunicipais é de responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação da construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

Como parte fundamental das diretrizes estabelecidas para o Sistema, o Complexo Regulador, organizado entre a Central de Regulação de Consultas e Exames (ambulatorial), a Central de Regulação de Internações Hospitalares (hospitalar) e a Central de Regulação de Urgências (pré-hospitalar e urgências) é a estrutura que operacionaliza as ações de regulação do acesso. Em Minas Gerais, o modelo adotado é o Complexo Regulador Regional, sob gestão e gerência compartilhadas entre a Secretaria de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado.

Ademais, são estratégias para a governança e a gestão da informação do processo regulatório estadual em Minas Gerais:

- O estabelecimento das Centrais Regionais de Regulação Assistencial (CRRAs), estruturas que funcionam de forma ininterrupta, com a presença de Médicos

Reguladores Plantonistas e 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. Além disso, as unidades contam com operadores/tele digitadores nos turnos diurno e noturno. Ainda, as CRRAs devem estar disponíveis para comunicação e interface necessárias com o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU 192), componente da Rede de Urgência e Emergência, essenciais ao atendimento pré-hospitalar;

- A utilização do SUSfácilMG, ferramenta estadual de regulação assistencial, ou sistema que vier a substituí-lo, responsável por operacionalizar e gerir informações do processo regulatório em tempo real entre os estabelecimentos de saúde solicitantes, as CRRAs e os prestadores. A ferramenta conta com os módulos para regulação da urgência e emergência e para regulação do acesso eletivo e ambulatorial, sendo este último ainda subaproveitado no âmbito do Sistema. Vale destacar que, embora o SUSfácilMG tenha sido desenvolvido por iniciativa da Administração Pública Estadual e seja mantido com recursos exclusivos dessa esfera governamental, a plataforma é disponibilizada a todos os municípios mineiros que optem por utilizá-la para realizarem suas próprias atividades regulatórias, posto que o registro de informações no SUSfácilMG no módulo eletivo é realizado pelos municípios. Entretanto, no atual cenário nem todos os municípios a adotaram como ferramenta exclusiva.

Estratégia em Regulação Eletiva

No âmbito do SUS/MG, a regulação dos procedimentos eletivos, bem como a gestão das filas de acesso, a priorização dos casos e o agendamento de consultas, procedimentos, exames e cirurgias dessa natureza é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de modo que os pedidos médicos solicitados nos municípios não são encaminhados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para regulação e agendamento.

Cabe destacar que a SES-MG tem se articulado no sentido de incentivar o devido preenchimento do SUSfácilMG pelos municípios, de forma a qualificar e atualizar os dados de fila por procedimentos eletivos. A Secretaria tem analisado a fila informada no SUSfácilMG com base em critérios técnicos e levantado eventuais informações desatualizadas. Também foi elaborada nota técnica de apoio e orientação aos municípios, em que se reitera a necessidade de atualização dos dados e se informa o fluxo correto de preenchimento e de atualização da fila no sistema. Além disso, a Secretaria tem realizado agendas com as Unidades Regionais de Saúde e municípios, para reforçar o fluxo adequado de atualização das informações e prestar apoio para o uso do SUSfácilMG.

Transporte Sanitário Eletivo e Tratamento Fora do Domicílio

No Sistema Único de Saúde, a universalidade, a equidade e integralidade do cuidado são princípios norteadores na oferta do serviço prestado a cidadã e cidadão. Da mesma forma, a regionalização é um princípio importante na organização da rede de atenção à saúde. A perspectiva de regionalização da saúde baseia-se, entre outros aspectos, na importância da economia de escala, melhoria da qualidade e acesso.

Assim, os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência. Nesse sentido, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas de maneira que, para obter atendimento de média e alta complexidade o(a) paciente, em muitos casos, precisa se deslocar para fora do seu domicílio de residência.

Nesse cenário, propiciar o deslocamento da cidadã ou cidadão torna-se um componente importante no acesso à rede assistencial, uma vez que possibilita a interligação dos pontos de atenção, permitindo que o usuário tenha acesso aos serviços de saúde de forma integral. Essa ação é estratégica em um estado como Minas Gerais, de grande extensão territorial e municípios com realidades socioeconômicas distintas.

Na perspectiva de atenção ao deslocamento do paciente para tratamento eletivo, a SES possui duas ações importantes, o Tratamento Fora do Domicílio e a Política Transporta SUS, descritas a seguir:

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº1, de 22 de fevereiro de 2022, Seção XII, Capítulo II, em substituição a Portaria Ministerial Secretaria de Assistência à Saúde nº55 de 24 de fevereiro de 1999 e tem por objetivo fornecer auxílio a pacientes em tratamento na rede pública ou conveniados pelo SUS em serviços assistenciais fora do domicílio (outro município ou outro estado), desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir.

As despesas permitidas pelo TFD são relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.

Em Minas Gerais, tal regulamentação é disposta pelo Manual de Procedimentos do TFD, aprovado pela Resolução SES-MG nº 532, de 01 de dezembro de 2000. Conforme disposto no Manual, é restrita a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) a análise e autorização para realização do tratamento fora do domicílio exclusivamente quando os pacientes necessitem se deslocar para outros Estados, esgotada a possibilidade de atendimento em território mineiro, desde que as redes sanitárias de seus municípios de residência estejam sob gestão estadual.

Nesses casos, são custeadas as despesas de deslocamento para o(a) paciente e acompanhante, por meio de concessão de passagem aérea ou rodoviária, conforme a indicação dos parâmetros de avaliação. 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, no Distrito Federal e outros.

Se, no entanto, o(a) paciente demandante de tal auxílio for domiciliado em município detentor da gestão dos serviços de saúde localizados em seu território, a responsabilidade pelo TFD será da Administração Pública Municipal, ainda que haja necessidade de deslocamento interestadual. O trânsito intermunicipal em território mineiro, para tratamentos solicitados em caráter eletivo, sempre será da responsabilidade dos municípios.

O Transporta SUS-MG, por sua vez, é a Política de Transporte Eletivo em Saúde do estado de Minas Gerais. Ela possui como objetivo qualificar e ampliar o serviço de transporte eletivo em saúde, viabilizando o acesso das cidadãs e cidadãos mineiros de forma segura e equânime aos pontos de atenção da rede assistencial do estado em tempo e local oportuno para a realização de procedimentos de caráter eletivo, no próprio município de residência (transporte intramunicipal) ou em outro município (transporte intermunicipal), nas regiões de saúde de referência, conforme pactuado. A política possui como estratégias:

- I - fortalecimento da capacidade municipal na organização e promoção do Transporte Eletivo em Saúde, por meio do apoio estadual no cofinanciamento dos serviços no seu território, de forma a ampliar a capacidade de atendimento dos municípios às demandas de serviço de Transporte Eletivo em Saúde;
- II - promoção de arranjos intermunicipais para otimização, aumento da eficiência e ganhos de escala nos serviços de Transporte Eletivo em Saúde de forma regionalizada;
- III - fomento à qualificação técnica e tecnológica das equipes responsáveis pela gestão dos transportes intramunicipais e intermunicipais de forma a garantir o aumento dos serviços ofertados.

A política foi implementada em outubro de 2022, em substituição ao Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), por meio da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.983, de 26 de outubro de 2022. Em linhas gerais, essa normativa definiu diretrizes para o transporte eletivo em saúde, a competência das Secretarias Municipais de Saúde no planejamento, organização e sua disponibilização, a competência da Secretaria Estadual de Saúde no cofinanciamento e

acompanhamento da política e a possibilidade de participação dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS).

Em atendimento a estratégia I citada acima, foram repassados em 2022 recursos de custeio do transporte eletivo em saúde intramunicipal e intermunicipal, beneficiando todos os municípios mineiros dos 853 municípios do estado.

No atendimento a estratégia II, desenvolveram-se os Sistemas Regionais de Transporte Eletivo em Saúde, como forma de estabelecer relações de cooperação, de modo regionalizado, para prestação do serviço de transporte eletivo em saúde intermunicipal, de forma a complementar o serviço próprio do município, quando houver. Para essa ação, foi definido, em 2023, um plano de expansão a partir da proposta de um parâmetro municipal de alocação de recursos para aquisição de micro-ônibus de transporte sanitário por meio dos CIS para atendimento aos municípios do estado que aderirem ao programa. Para os próximos quatro anos há a perspectiva de avanços nas estratégias I e II amparadas no acompanhamento dos indicadores e na busca pelo aprimoramento da política. No âmbito dos Sistemas Regionais de Transporte Eletivo em Saúde, há a previsão de atendimento aos 853 municípios do estado. Para tal, está prevista uma etapa anual de adesões e o compromisso estadual com financiamento da aquisição de micro-ônibus para o atendimento gradual, conforme previsão orçamentária, das adesões contempladas.

Com relação à estratégia “III - fomento à qualificação técnica e tecnológica das equipes responsáveis pela gestão dos transportes intramunicipais e intermunicipais de forma a garantir o aumento dos serviços ofertados”, a SES/MG vem trabalhando para implementá-la de maneira adequada, dentro do escopo da política.

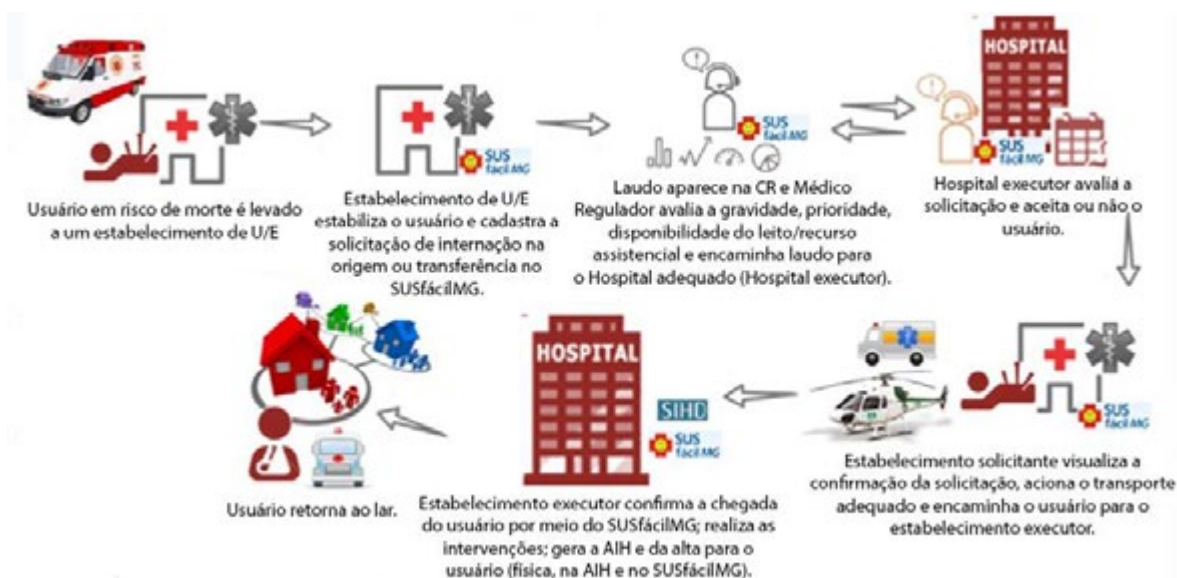
A Regulação do Acesso de Urgência e Emergência

Com relação ao fluxo de urgência e emergência, a Regulação do Acesso à Assistência é ferramenta crucial para o diagnóstico e avaliação da situação de saúde, por meio da qual torna-se possível acompanhar, planejar, intervir e otimizar a utilização dos serviços para atender plenamente às cidadãs e aos cidadãos, subsidiando decisões sobre macropolíticas regionais e intersetoriais. Para tanto, possui as seguintes finalidades:

- I - viabilizar o acesso aos leitos hospitalares e recursos assistenciais nas situações de urgência e emergência no âmbito da Rede Assistencial de Saúde do SUS/MG;
- II - assegurar o cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e da integralidade; e
- III - fortalecer a cooperação dos gestores dos serviços de saúde.

A imagem abaixo ilustra o Fluxo de Internações de Urgência e Emergência em Minas Gerais:

Figura 16 - Sistema Estadual de Regulação Assistencial – Fluxo U/E.

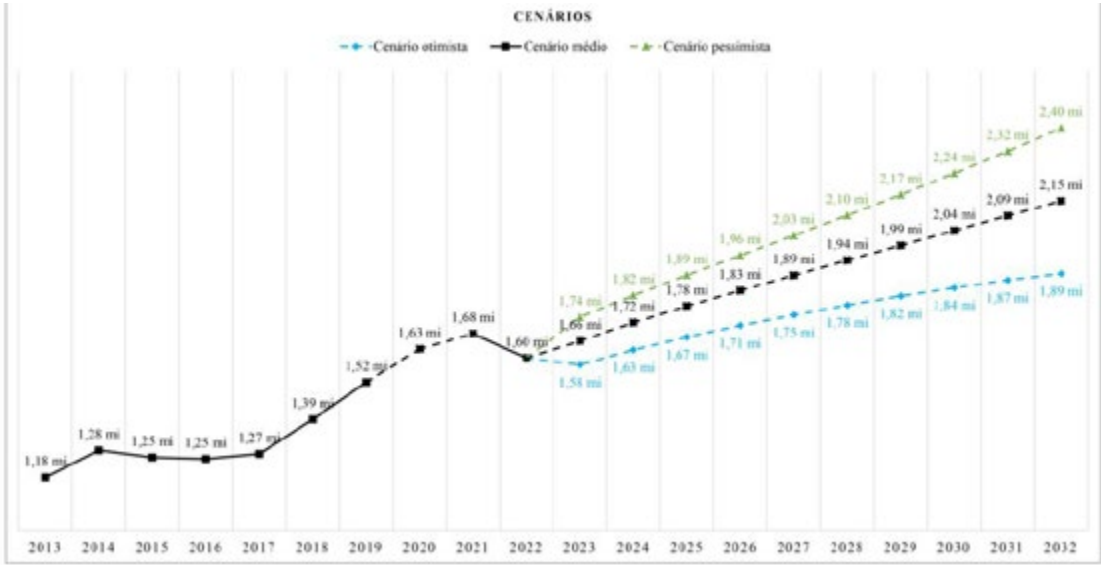


Fonte: Anexo II da Resolução SES-MG nº 8.340, de 21 de setembro de 2022.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial compreende a avaliação da demanda assistencial como um instrumento de monitoramento da disponibilidade e distribuição dos serviços de saúde, bem como da eficiência da atividade regulatória, de forma garantir o acesso à assistência qualificada no estado.

Nesse sentido, a Figura 17, apresentada abaixo, ilustra a projeção da demanda por acesso junto ao SUSfácilMG de 2023 a 2032, traduzida pelas solicitações de internação registradas junto à ferramenta. Para tanto, foram trabalhados os dados correspondentes ao comportamento apresentado pelo indicador entre os anos de 2013 e 2022, considerando ainda uma projeção do total de solicitações de internação registradas para os anos de 2020 e 2021, de modo a desconsiderar os efeitos produzidos pela pandemia do coronavírus, quando foi registrada uma redução considerável em relação à 2019, fugindo da tendência esperada. Observa-se que em cinco anos (2027), maior intervalo de confiança revelado pela projeção, as solicitações poderão variar entre 1,75 milhão até 2,03 milhões, isto é, até 26,6% maior que o registrado em 2022.

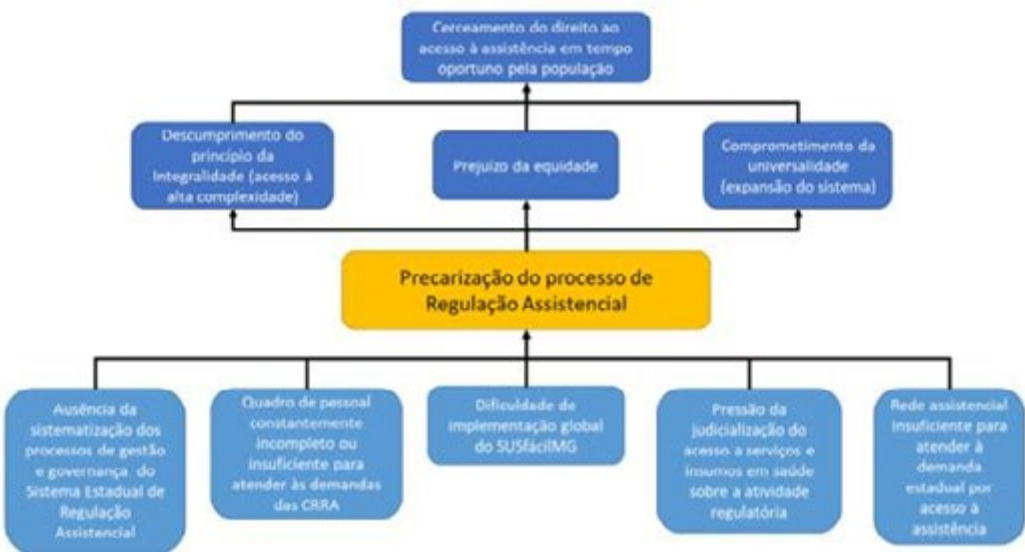
Figura 17 - Projeção das Solicitações de Internação do SUSfácilMG de 2023 a 2032, organizada segundo cenários.



Fonte: Assessoria de Tecnologia e Informação da SES-MG, a partir de dados do SUSfácilMG (2013 a 2022), abril de 2023. Nota: o modelo apresentado apresenta um percentual de erro que começa em 5,0% em 2023 e chega a 11,8% em 2032, revelando uma redução progressiva da confiabilidade da projeção, posta a extensão do intervalo projetado à medida que este se distancia dos dados reais trabalhados (2022).

Como consequência, observa-se que o aumento da demanda no fluxo regulatório tem se traduzido em uma crescente pressão sobre o Sistema Estadual de Regulação Assistencial desde a sua criação em 2006. A Figura 18 ilustra os principais desafios enfrentados pelo Sistema Estadual de Regulação Assistencial atualmente, indicando as suas principais causas e consequências.

Figura 18 - Árvore de Problemas - Precarização do processo de Regulação Assistencial.



Fonte: Diretoria de Regulação do Acesso de Urgência e Emergência da SES-MG, 2022.

Diante deste cenário, compreende-se a necessidade de qualificar o processo regulatório, de modo a acolher a demanda em expansão e promover a assistência adequada ao(à) paciente, atendendo às finalidades do fluxo elencadas anteriormente. Nesse sentido, a estratégia para o desenvolvimento da Política de Regulação do Acesso, junto ao fluxo de urgência e emergência, está apoiada sobre dois pilares principais, quais são: (I) qualificação do fluxo de regulação do acesso; e (II) transformação digital.

A qualificação do fluxo de regulação do acesso de urgência e emergência

O estabelecimento de processos e parâmetros claros e objetivos constitui etapa fundamental para o ciclo da política pública, sobretudo para seu monitoramento. Nesse sentido, a SES/MG pretende reestruturar os processos de governança e gestão das Centrais Regionais de Regulação Assistencial, buscando maior eficácia e transparência no desempenho de suas atividades, de modo a otimizar e qualificar o acesso à atenção secundária e terciária à saúde ao usuário do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Almeja-se alcançar maior transparência e modernidade junto à atividade regulatória, zelando por um bom ambiente de trabalho, propício ao acesso à assistência em tempo oportuno pela população, por meio do desempenho da função reguladora orientada pelas grades de referência pactuadas junto à cada região, elemento fundamental ao sucesso da atividade.

De forma complementar, para o atendimento de urgência e emergência em tempo oportuno e com base nos princípios da universalidade e equidade, torna-se necessário envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar (atenção primária à saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Bombeiro e Resgate), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um dos atores encarregados, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Nesse sentido, o fortalecimento do Complexo Regulador Regional perpassa pela integração das pastas de regulação do acesso de urgência e emergência e gestão da Política do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192), estratégia que está em desenvolvimento na SES/MG.

Ainda, destaca-se o papel da pasta na discussão, qualificação e fortalecimento das Linhas de Resposta Rápida, quais são: as Linhas de Cuidado do AVC, do IAM e do Trauma, prioritárias junto à Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Para tais, serão instituídos protocolos estaduais de regulação para acesso ao recurso assistencial necessário, estabelecidos de forma conjunta entre o serviço de regulação pré-hospitalar e as CRRA, permitindo, ainda, o acompanhamento de indicadores de qualidade da assistência e desfecho clínico.

Neste contexto, trabalha-se também a Linha de Cuidado de Assistência ao Paciente Queimado, instituída em Minas Gerais a partir da publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.957, de 17 de outubro de 2022, e Resolução CIB-SUS/MG nº 8.494, de 07 de dezembro de 2022, nos quais foram definidos os Centros de Tratamento de Queimados (CTQ), bem como os fluxos assistenciais e regulatórios, considerando os critérios de elegibilidade destes pacientes.

Somado a isso, a pasta trabalha realizando, diariamente, o acompanhamento e a gestão das solicitações de internação dos pacientes queimados no fluxo de urgência e emergência, cadastrados na ferramenta estadual de regulação SUSfácilMG, com a finalidade de monitorar os casos e divulgar a fila única no âmbito do Sistema Estadual de Regulação Assistencial. Compreende-se que o monitoramento contribui com a identificação de desafios associados ao acesso à assistência pelo paciente, fomentando atividades de reorganização e fomento da rede, essenciais à garantia do acesso equânime e em tempo oportuno.

Como consequência das ações de fortalecimento e qualificação, transparência e, consequentemente, o acesso à informação, espera-se contribuir com a redução da judicialização do acesso a leitos hospitalares à saúde em MG. De forma ativa, espera-se ainda, trabalhar formas de mitigar o volume de casos judicializados no estado via Ação Civil Pública, em especial as que não foram transitadas em julgado, buscando revertê-las. Almeja-se a construção de um diálogo efetivo junto aos magistrados para garantia de um SUS mais igualitário, que assegure a equidade no acesso.

A transformação digital no fluxo de regulação do acesso:

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, a transformação digital é uma realidade irreversível e os seus benefícios devem ser um direito de todos. Neste sentido, apresenta 8 princípios orientadores da transformação digital no setor da saúde, quais são:

- **Conectividade Universal:** Assegurar conectividade universal no setor da saúde até 2030;
- **Bens públicos digitais:** Co-criar produtos de saúde pública digitais para um mundo mais justo;
- **Saúde digital inclusiva:** Acelerar rumo à saúde digital inclusiva, com ênfase nos mais vulneráveis;
- **Interoperabilidade:** Implementar sistemas de informação e saúde digitais interoperáveis, abertos e sustentáveis;
- **Direitos humanos:** Transversalizar os direitos humanos em todas as áreas da transformação digital na saúde;
- **Inteligência Artificial:** Participar de cooperação global em inteligência artificial e em qualquer tecnologia emergente;
- **Segurança da informação:** Estabelecer mecanismos de confiança e segurança da informação para o ambiente digital de saúde pública;
- **Arquitetura da saúde pública:** Projetar uma arquitetura de saúde pública para a era da interdependência digital.

Em consonância a esses princípios, propõe-se o fortalecimento da Política de Regulação do Acesso Assistencial por meio da transformação digital.

Atualmente, a ferramenta SUSfácilMG, instituída em 2006, apresenta tecnologia defasada e não contempla as necessidades e complexidades atuais da saúde pública no território mineiro. Como consequência, observam-se desafios na promoção da interoperabilidade entre demais sistemas de regulação municipais, o desconhecimento de filas por procedimentos eletivos e a falta de integração entre os módulos pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial. Dessa forma, tem-se um processo regulatório pouco integrado, prejudicando o acesso à informação, a gestão eficiente do acesso à assistência e, consequentemente, a internação em tempo oportuno do(a) paciente.

Deste modo, almeja-se o desenvolvimento de ferramenta informatizada de regulação assistencial no âmbito do SUS-MG com uso de inteligência artificial, que contemple o fluxo de regulação do acesso de urgência e emergência pré e interhospitalar, eletivo hospitalar e ambulatorial, incluindo o acionamento de transportes e funcionalidades que atendam as demandas da regulação da atenção à saúde, zelando pela integralidade do cuidado junto ao fluxo de acesso à assistência de média e alta complexidade.

Ao desenvolver uma ferramenta que permite centralizar e acompanhar as todas as informações relativas à jornada do paciente, espera-se proporcionar a otimização do fluxo de regulação, qualificando o acesso ao histórico do paciente e favorecendo o diagnóstico preciso e o encaminhamento adequado e em tempo oportuno aos serviços buscados. Como consequência, espera-se alcançar a simplificação do fluxo de acesso à assistência em nível secundário e terciário, em especial à assistência preventiva e não paliativa, reduzindo a agudização das condições clínicas do paciente, promovendo, enfim, à ampliação da racionalidade do gasto em saúde, assumindo uma resposta proativa e não reativa às demandas assistenciais da regulação.

De forma complementar, verifica-se que o SUSfácilMG apresenta uma extensa base de dados que reúne informações relevantes acerca da demanda por serviços assistenciais de média e alta complexidade em Minas Gerais, bem como sobre o aproveitamento da oferta pelo cidadão mineiro, dada a disponibilização de dados acerca dos locais de internação, transferências, AIH, etc., informações relevantes ao acompanhamento e avaliação da execução desses serviços, bem como à identificação de desproporções entre a necessidade e oferta, objetivos do sistema. No

entanto, a ausência de indicadores de monitoramento objetivos e estruturados, aliado ao tamanho das bases, dificulta a tomada de decisão em tempo oportuno.

Deste modo, evidencia-se a necessidade de se elaborar uma estrutura de Monitoramento e Avaliação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, por meio da implementação do Observatório da Demanda por Acesso à Assistência, incluindo o desenvolvimento de indicadores e painéis públicos, de modo a permitir o acompanhamento confiável e em tempo real da atividade regulatória, favorecendo o processo de tomada de decisão, além de cumprir, enfim, com a função da política enquanto ferramenta crucial ao diagnóstico e avaliação da situação de saúde, como apresentado junto à Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 22 de setembro de 2022.

Por fim, cabe destacar que a estratégia de transformação digital transborda os limites do fluxo de regulação de urgência e emergência, constituindo-se enquanto estratégia de desenvolvimento de todo o fluxo de regulação do acesso em Minas Gerais, contemplando a assistência ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar e, ainda, o acionamento dos transportes, atendendo à estratégia III do Transporta SUS, anteriormente apontada neste documento .

3.4.2. Capacidade Instalada

Os dados referentes à capacidade instalada são oriundos das bases de dados públicas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), cuja última extração é referente à competência de agosto de 2023. O CNES é o sistema oficial do Ministério da Saúde (MS) que trata da realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não (WikiCNES).

O Estado de Minas Gerais possui, atualmente, 53.234 estabelecimentos de saúde ativos e cadastrados na base de dados do CNES. Deste total, 14.376 estabelecimentos prestam atendimento ao SUS no Estado de Minas Gerais (estabelecimentos da administração pública e contratados) e a gestão destes prestadores é distribuída conforme Tabela 11:

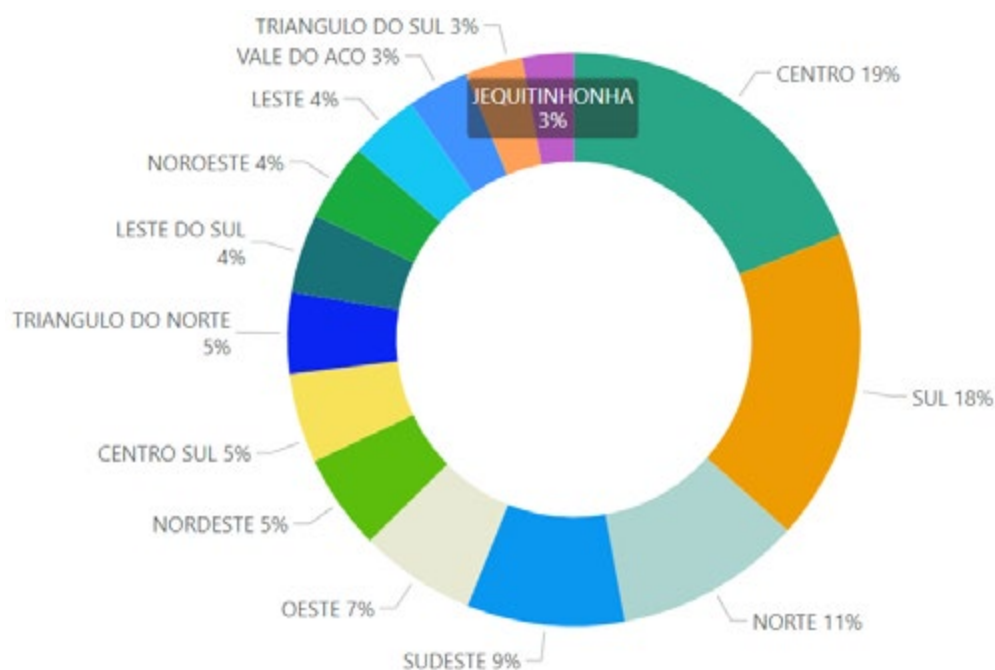
Tabela 11 - Total de estabelecimentos SUS por tipo de gestão do prestador.

TIPO DE GESTÃO	QUANTIDADE
MUNICIPAL	12.833
DUPLA	838
ESTADUAL	705
TOTAL	14.376

Fonte: DATASUS/SCNES

A distribuição percentual destes estabelecimentos por macrorregião pode ser conferida no Figura 19:

Figura 19 - Estabelecimentos SUS por macrorregião em Minas Gerais



Fonte: DATASUS/SCNES

Entre os prestadores da rede SUS, observa-se maior número de estabelecimentos relacionados à atenção ambulatorial (12.963), sendo 4.862 exclusivamente relacionados à atenção básica, 757 relacionadas à gestão do SUS, estadual e municipal, e serviços da vigilância sanitária.

No tocante aos estabelecimentos hospitalares, 536 são classificados no CNES como hospitais, mas 656 unidades ofertam internações, sendo contida aqui a modalidade leito-dia.

O número de leitos disponíveis para o SUS totaliza 32.856, distribuídos por tipo, como demonstrado no Figura 20:

Figura 20 - Leitos SUS em Minas Gerais por especialidades.



Fonte: DATASUS/SCNES

Os leitos hospitalares por macrorregião podem ser visualizados na Tabela X, que apresenta a proporção de leitos SUS conforme população estimada em Minas Gerais (2021). Os dados foram estratificados em leitos complementares (tratam-se de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de Cuidados Intermediários - UCI) habilitados pelo Ministério da Saúde e leitos por especialidades (cirúrgico, clínico, obstétrico, pediátrico, outras especialidades) informados pelo gestor local.

Tabela 12 - Proporção de leitos SUS conforme população estimada em Minas Gerais (2021).

<i>Macrorregião de Saúde</i>	<i>População estimada (2021)</i>	<i>Leitos Complementares SUS</i>	<i>Leitos/ 10.000 hab*</i>	<i>Leitos SUS por especialidades</i>	<i>Leitos/ 1.000 hab*</i>
Centro	6.727.252	1.511	2,25	8.429	1,25
Centro Sul	798.326	143	1,79	1.258	1,58
Jequitinhonha	408.352	90	2,20	718	1,76
Leste	693.209	108	1,56	963	1,39
Leste do Sul	699.214	136	1,95	937	1,34
Nordeste	835.346	85	1,02	1.375	1,65
Noroeste	714.167	107	1,50	702	0,98
Norte	1.700.450	281	1,65	2.071	1,22
Oeste	1.313.161	174	1,33	1.308	1,00
Sudeste	1.693.470	401	2,37	3.005	1,77
Sul	2.842.451	566	1,99	4.046	1,42
Triângulo do Norte	1.327.105	310	2,34	1.900	1,43
Triângulo do Sul	806.172	139	1,72	1.144	1,42
Vale do Aço	853.248	179	2,10	726	0,85
Total Geral	21.411.923	4.230	1,98	28.582	1,33

Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos do SCNES e IBGE.

*Proporção realizada com o total da população estimada para o estado e leitos SUS. Não foram contabilizados os leitos NÃO SUS. Também não foi excluída a população que atualmente possui plano de saúde hospitalar.

A média de número de leitos observada no estado de Minas Gerais, considerando aqueles credenciados para atendimento ao SUS, é de 1,98 leitos complementares para cada 10 mil habitantes e 1,33 leitos por especialidades para cada 1.000 habitantes.

O cadastro de profissionais no CNES permite o registro do mesmo profissional em mais de um estabelecimento de saúde nas situações em que o profissional possuir mais de um vínculo. Atualmente, Minas Gerais possui 478.317 vínculos ativos de profissionais de saúde cadastrados no Sistema Nacional como prestadores de serviços ao SUS/MG (considera-se profissionais que possuem apenas um vínculo e profissionais com múltiplos vínculos).

Ao considerar apenas o quantitativo de indivíduos, sem analisar a quantidade de vínculos que o indivíduo possui, Minas Gerais possui 337.833 profissionais que atendem ao SUS, os quais são distribuídos e apresentados na tabela abaixo. Cerca de 43% são profissionais de nível superior, dos quais 39.353 são profissionais médicos que atendem ao SUS cadastrados no CNES na competência analisada.

Tabela 13 - Quantidade Total de Profissionais SUS por nível de ocupação em Minas Gerais.

<i>Ocupação/ Nível</i>	<i>Quantidade</i>
Ocupações de Nível Superior	112.274
Ocupações de Nível Técnico e Auxiliar	87.034
Ocupações de Nível Elementar	40.727
Ocupações Administrativas	58.445
Profissionais Médicos	39.353

Fonte: DATASUS/SCNES.

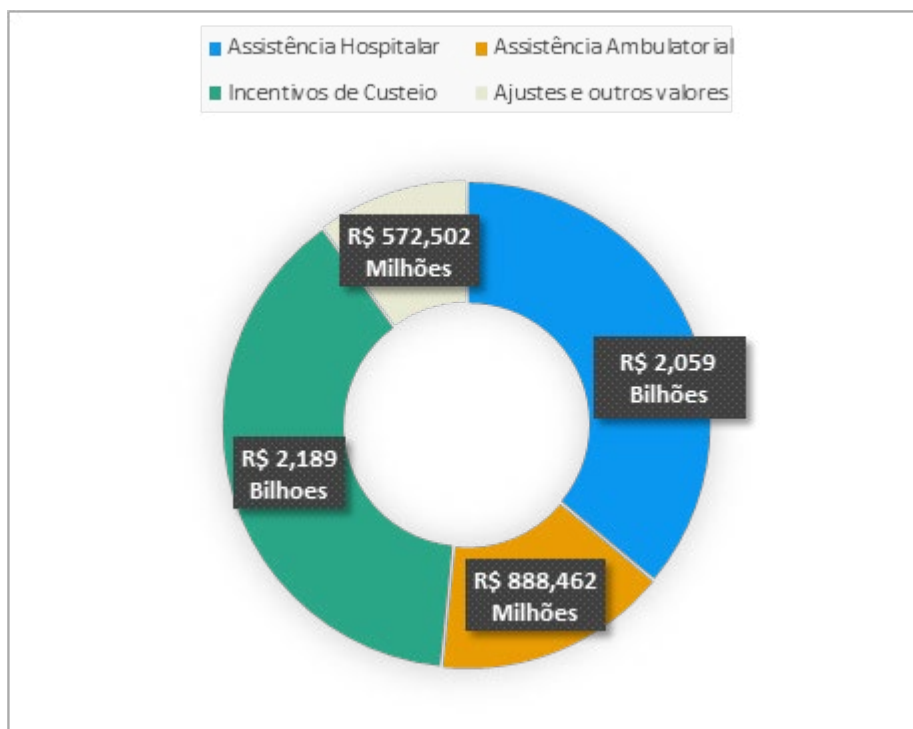
(*) Sem considerar múltiplos vínculos profissionais.

3.4.3. Produção físico-financeira da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (PPI/MG e Produção financiada pelo FAEP)

Programação Pactuada Integrada – PPI/MG

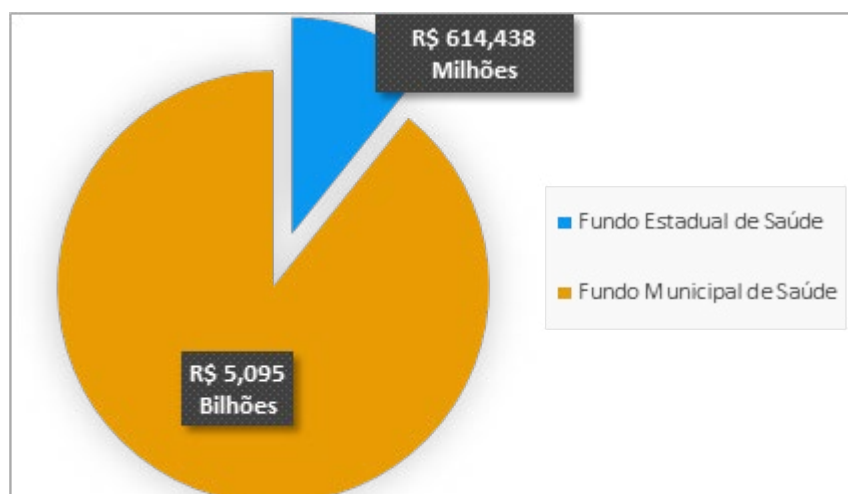
A Programação Pactuada Integrada em Minas Gerais (PPI/MG) tem características próprias e vem sendo construída como um modelo pioneiro e diferenciado no contexto brasileiro. Primeiramente, cumpre delimitar que o recurso financeiro sob o qual a PPI realiza a programação corresponde ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, de origem federal, que na competência de setembro de 2023, representa o valor de R\$ 5,709 bilhões por ano. Cabe ressaltar que este recurso sofre alterações mensais. Esses recursos são destinados ao custeio da produção realizada pelos prestadores de serviços de saúde, ou ao 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 (Figuras 21 e 22).

Figura 21 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: setembro/2023).



Fonte: Diretoria de Programação Pactuada Integrada – SES-MG.

Figura 22 - Composição proporcional do teto PPI/MG (competência: setembro/2023).



Fonte: Diretoria de Programação Pactuada Integrada – SES-MG.

A programação na PPI-MG se dá por meio da definição de uma origem (Estado, macrorregião, microrregião ou município), podendo ocorrer ou não a especificação do prestador para qual o recurso foi destinado. A programação pode ser a nível de procedimento ou agrupada à nível de Forma de Organização, sendo sua organização orientada pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Ainda sobre a organização da PPI, tem-se que ela se difere da SIGTAP por deter um grupo para programações especializadas, chamado de grupo 9. É nele em que as especificidades da PPI-MG estão inseridas, diferindo-se da lógica da Tabela Unificada do SUS.

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 eletrônico da PPI, que permite um acompanhamento minucioso de todo processo de pactuação entre os gestores, bem como a consulta das atualizações dos valores recebidos pelos municípios a partir de novas alocações ou retiradas de recursos federais. O site da PPI é atualizado mensalmente e fornece funcionalidades para informar aos municípios mineiros sobre qual será o recurso federal destinado a eles, a partir dos dados que o Ministério da Saúde fornece aos estados por meio do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade - SISMAC. O site da PPI dispõe também de alguns recursos de origem estadual que possuem programações transitórias na PPI, mas funcionam apenas à título de informação.

Ademais, a PPI-MG funciona como um mecanismo de efetivação do remanejamento de cotas físicas e financeiras entre os municípios mineiros, que ocorre mensalmente. Para proporcionar a possibilidade de alteração mensal aos 853 municípios, o estado disponibiliza o sistema GeraSUS, que permite aos gestores municipais solicitarem e aprovarem os remanejamentos entre si, das cotas de PPI que lhes competem enquanto origem. Neste sistema, 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 física 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. Essa última iniciativa visa permitir uma lógica mais próxima à dinâmica de Redes de Atenção à Saúde, aperfeiçoando o atual modelo de programação, embasado no arranjo por procedimentos e forma de organização.

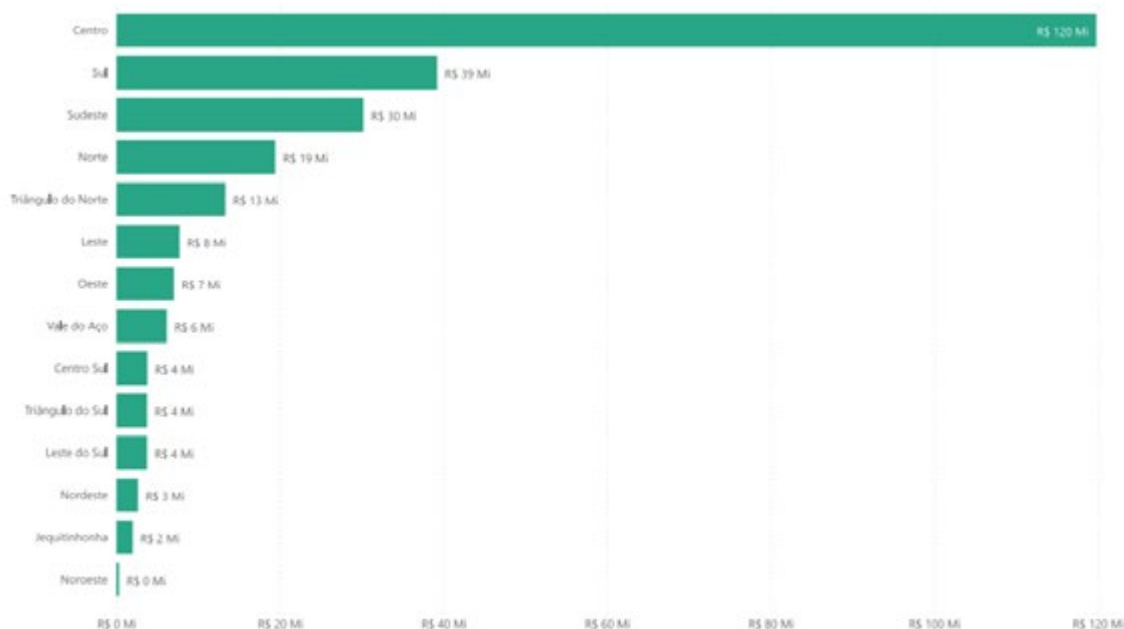
Dado o contexto multicausal e complexo no qual se inserem as políticas de saúde, a melhoria da gestão dos recursos disponíveis para o SUS, relacionada ao monitoramento e avaliação, destaca-se como aspecto fundamental para verificar a coerência entre as estratégias adotadas e a realidade de intervenção. Nesse sentido, a SES/MG tem se organizado para adotar novas tecnologias gerenciais capazes de introduzir rotinas mais eficientes e uma melhor destinação/utilização dos recursos.

Produção aprovada com financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC)

Além do limite financeiro de média e alta complexidade que compõe a PPI, o recurso federal é utilizado nesses níveis de atendimento para custeio de procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. O pagamento para esse tipo de produção onera o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), cuja transferência é realizada aos gestores conforme a produção aprovada no processamento mensal do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIASUS) e Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD).

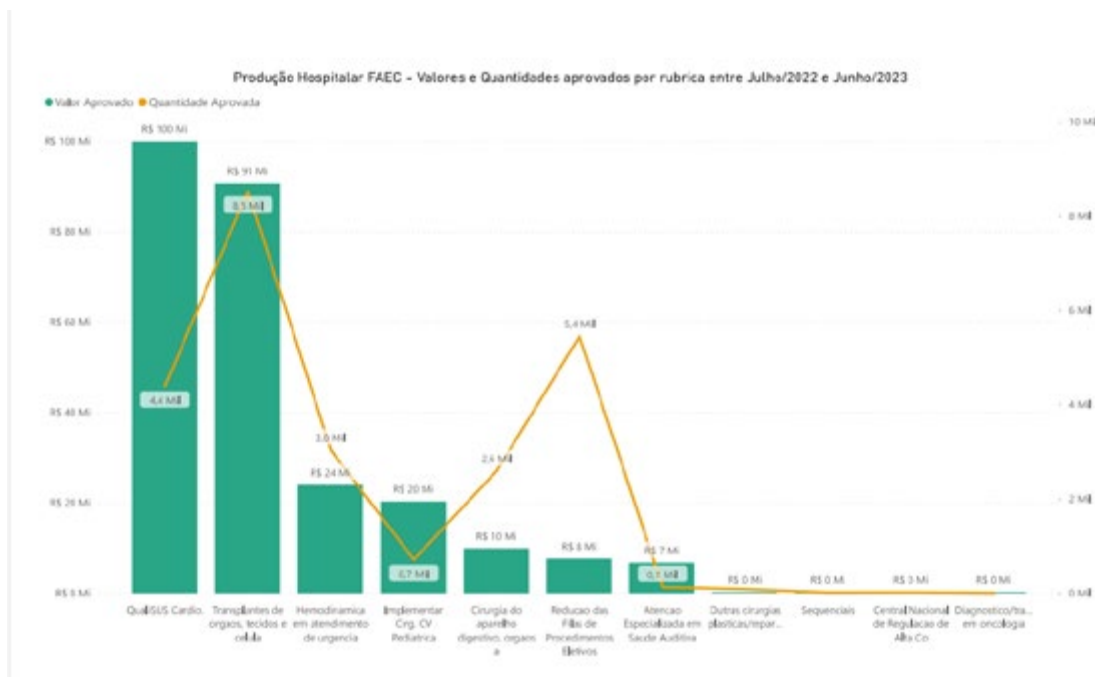
A seguir, apresentamos os valores hospitalares e ambulatoriais aprovados entre julho/22 e junho/23, por subtipo FAEC. A produção hospitalar nesse período totaliza 24.938 procedimentos no valor de R\$ 258.835.906,66. Observa-se na figura 23 que cerca de 46% da produção FAEC é realizada na macrorregião de saúde Centro e, no Gráfico 6, percebe-se que uma concentração da produção nas rubricas relacionadas à cardiologia (procedimentos migrados para o FAEC e incentivos recentemente criados pela Portaria SAS/MS nº 1.197, de 11 de julho de 2017) e transplantes, cujos procedimentos são essencialmente custeados pelo FAEC.

Figura 23 - Produção Hospitalar FAEC – Valores aprovados por macrorregião de saúde de atendimento entre Julho/2022 e Junho/2023.



Fonte: Tabwin/DATASUS.

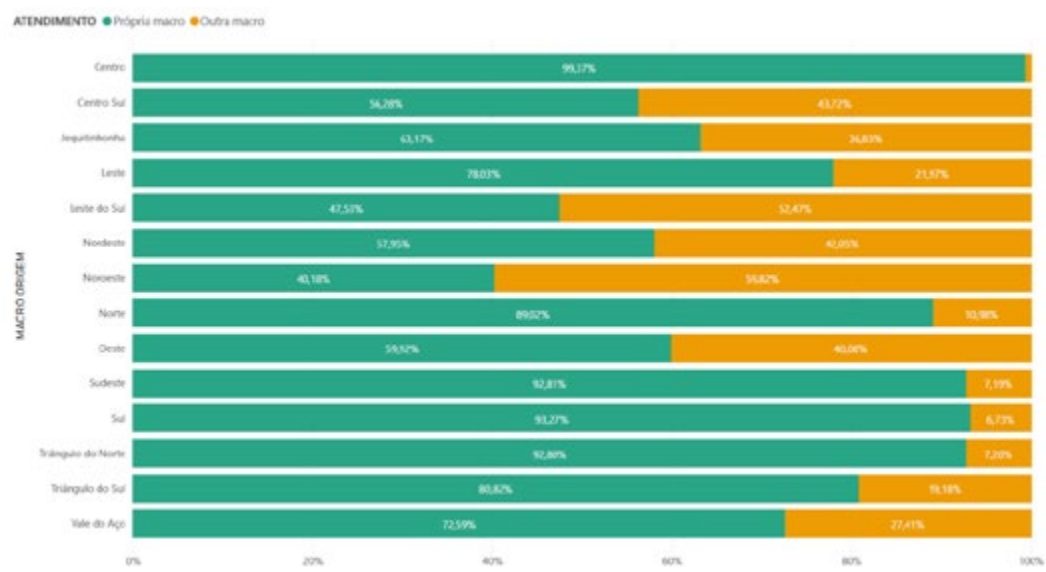
Figura 24 - Produção Hospitalar FAEC – Valores e Quantidades aprovados por rubrica entre Julho/2022 e Junho/2023.



Fonte: Tabwin/DATASUS.

No figura 25, apresenta-se o percentual de atendimento considerando a residência do paciente. Observa-se que seis macrorregiões de saúde (Centro, Sul, Norte, Sudeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul) demonstram nível de atendimento da própria população acima de 80%. Três macrorregiões de saúde (Vale do Aço, Leste e Jequitinhonha) apresentam atendimento de seus residentes em nível regular, entre 60% e 80%. Em cinco macrorregiões de saúde (Oeste, Centro Sul, Nordeste, Noroeste e Leste do Sul), mais de 40% da população teve acesso aos procedimentos hospitalares FAEC somente em outras macros.

Figura 25 - Produção Hospitalar FAEC – Percentual de internações realizadas dentro e fora da macrorregião de saúde de origem entre Julho/2022 e Junho/2023.



Fonte: Tabwin/DATASUS.

Em Minas Gerais, além dos atendimentos prestados à população própria, observa-se, no período compreendido entre julho/2022 e junho/2023, uma produção hospitalar aprovada de R\$ 8.446.205,46, referente a procedimentos realizados para usuários não residentes no estado, concentrada na macrorregião Sudeste (58%), Centro (26%) e Norte (9%).

No SIASUS, os dados de produção ambulatorial apresentam 2.517.214 procedimentos aprovados, no valor total de R\$ 636.496.042,91. A rubrica com maior produção é a Nefrologia, que corresponde a 83% do total. Considerando o perfil de morbidade da população mineira, cada vez mais a terapia renal substitutiva é atendimento comum e todos os procedimentos relacionados são custeados pelo FAEC. Na tabela 14 tem-se a produção ambulatorial FAEC com os valores e quantidades aprovadas por rubrica entre julho/2022 e junho/2023.

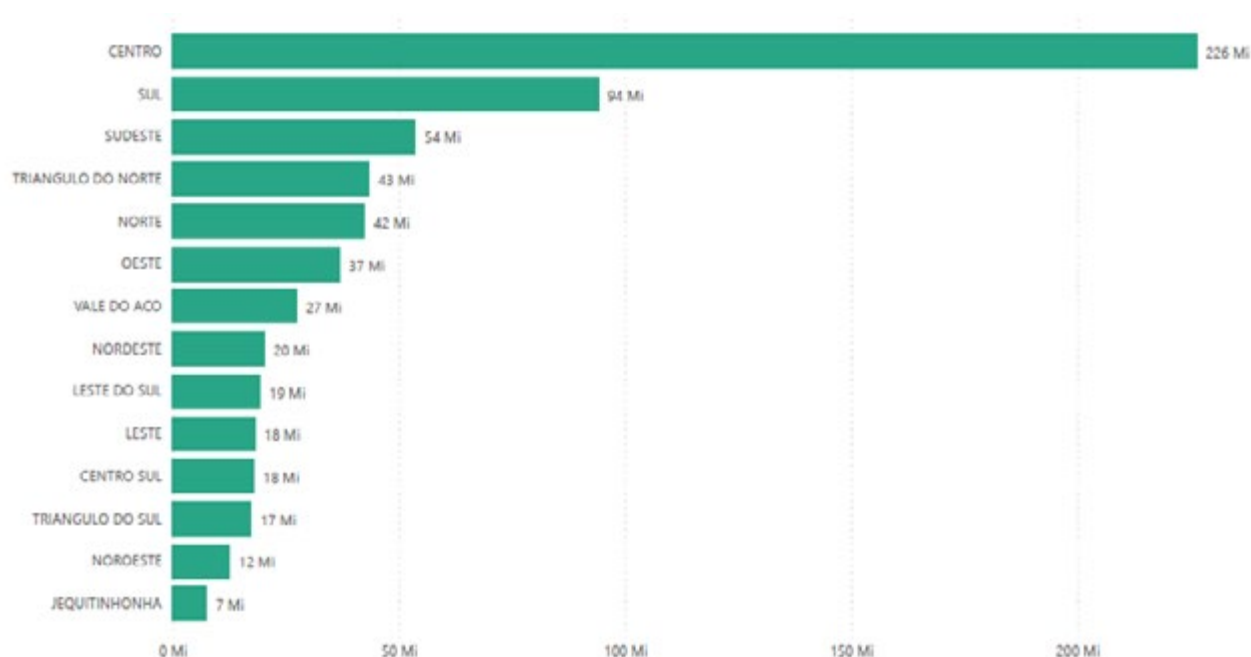
Tabela 14 - Produção Hospitalar FAEC – Valor Aprovado e Quantidade Aprovada por Rubrica entre Julho/2022 e Junho/2023.

DESCRIÇÃO	Quantidade aprovada	Valor aprovado
Nefrologia	2252264	R\$528.353.435,42
Diagnostico/tratamento em oncologia	6999	R\$35.110.556,64
Transplantes de orgaos, tecidos e celula	122057	R\$26.245.627,60
Transplante - Histocompatibilidade	13033	R\$13.423.090,00
Tratamento de Doenca Macular	42907	R\$10.803.947,36
Cadeiras de Rodas	19948	R\$10.773.040,60
Terapias Especializadas em Angiologia	21327	R\$7.694.490,60
Atencao Especializada em Saude Auditiva	3468	R\$1.087.141,27
Doencas Raras	1141	R\$666.600,00
Reabilitacao Pos-COVID-19	22812	R\$494.792,28
Diagnostico de trombofilia em gestante	2443	R\$281.285,00
OPME Nao Relacionados ao Ato Cirurgico	86	R\$101.535,76
Atendimento/acompanhamento de diagnostic	3919	R\$156.760,00
Cirurgia do aparelho digestivo, orgaos a	1475	R\$119.809,10
OPM para transplantes	775	R\$114.700,00
Redesignacao e Acompanhamento	1240	R\$48.863,06
Pre-cirurgico em Cirurgias Prioritarias	452	R\$25.565,12
Exames Sorologicos e Imunologicos	70	R\$3.696,97
Fisioterapia Cardiovascular	23	R\$146,05
Telemedicina em Urgencia	775	R\$0,00
Total	2517214	R\$636.496.042,91

Fonte: Tabwin/DATASUS.

Constatamos um alto registro de atendimentos ambulatoriais na região Centro (R\$ 226.286.076,90). Esse maior número pode ser explicado pela concentração de oferta de serviços de saúde na capital do estado. É possível visualizar os valores aprovados por macrorregião de saúde no período compreendido entre julho/2022 a junho/2023 na figura 26:

Figura 26 - Produção Hospitalar FAEC – Valores aprovados por macrorregião de saúde de atendimento entre Julho/2022 e Junho/2023.

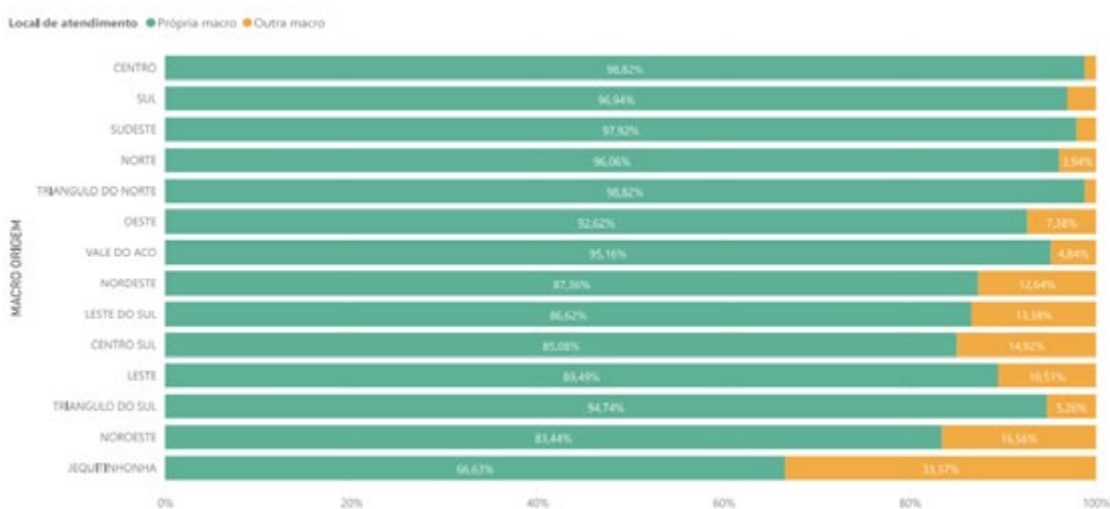


Fonte: Tabwin/DATASUS.

A figura 27 demonstra o percentual de atendimento ambulatorial FAEC considerando a residência do paciente. Observa-se que mais da metade da população obteve atendimento na sua macrorregião de residência em todas as 14 macrorregiões de saúde de Minas Gerais.

Esse desempenho é impulsionado pelos atendimentos da nefrologia, cuja categorização na carteira de serviços do Plano Diretor de Regionalização (PDR) estadual prevê atendimento na microrregião do paciente.

Figura 27 - Produção Hospitalar FAEC – Percentual de atendimentos realizados dentro e fora da macrorregião de saúde de origem entre Julho/2022 e Junho/2023.



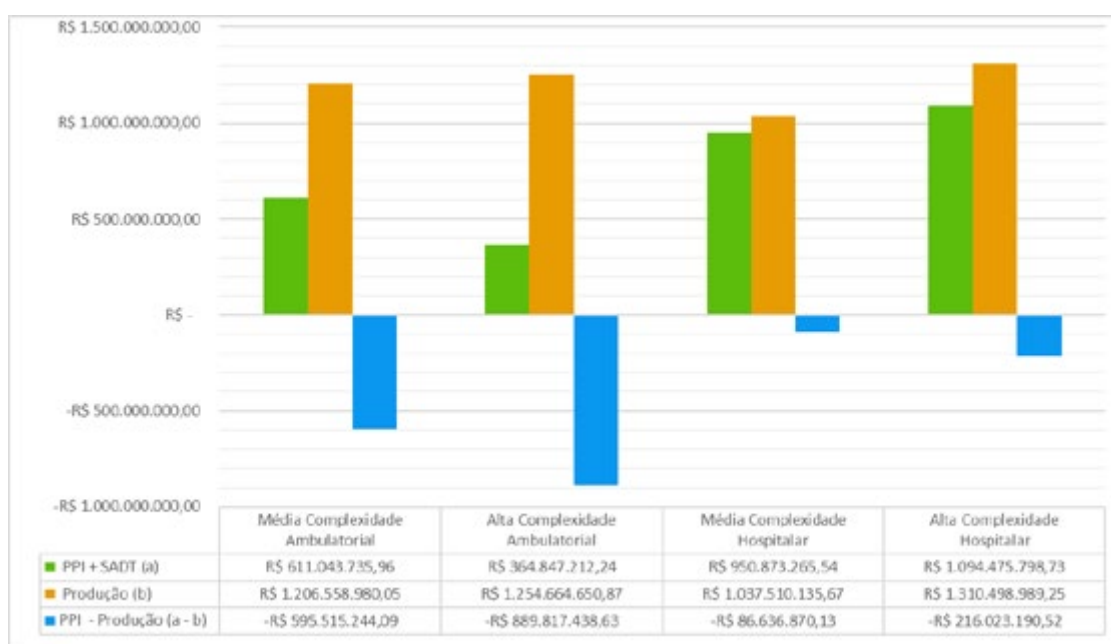
Fonte: Tabwin/DATASUS.

Os atendimentos aos pacientes provenientes de outros estados não foram considerados nessa figura, os quais totalizam R\$ 4.227.070,57 milhões de produção ambulatorial registrada no SIASUS.

Análise dos dados da PPI e da Produção

Sob o prisma da adequação da programação frente à realidade experimentada, tece-se considerações acerca de uma análise entre a PPI e os dados de Produção. Em linhas gerais, para todo o Estado de Minas Gerais, temos a seguinte situação:

Figura 28 - PPI x Produção Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar competências julho de 2022 a junho de 2023.



Fonte: Diretoria de Programação Pactuada Integrada – SES-MG

Tabela 15 - PPI - Informações adicionais acerca - incentivos e futuras programações das competências julho de 2022 a junho de 2023.

<i>Tipo de Programação</i>	<i>PPI</i>
Incentivos	R\$ 2.122.207.626,35
Futuras Programações	R\$ 345.185.598,39
Total	R\$ 2.467.393.224,74

Fonte: Diretoria de Programação Pactuada Integrada – SES-MG

Analisando os dados em questão, tem-se que o sistema ambulatorial expressa um descasamento entre a Produção e a Programação. Isso se dá, em resumo, por dois fatores: A programação ambulatorial na PPI foi realizada a nível de procedimento, ou seja, possui um nível de detalhamento muito específico, dificultando que se programe o uso do recurso de maneira precisa. Outro motivo se dá devido à mudança de lógica de financiamento do Ministério da Saúde, que passou a priorizar o repasse de recursos via incentivo. Dessa forma, os dados nos sugerem refletir sobre um aparente subfinanciamento dos sistemas de produção ambulatorial – com a programação de alta complexidade correspondendo à aproximadamente 30% do valor produzido e a média complexidade, em torno de 50%. Dessa forma, ainda que se tenha um aparente

subfinanciamento, os incentivos constituem parte importante do recurso MAC recebido pelo estado, resultando em um recurso disponível a maior do que o valor total produzido. Portanto, tem-se como desafio e janela de oportunidade uma aproximação de parâmetros ambulatoriais no que tange a relação programada e produzida.

Descentralização da gestão de prestadores de serviços de saúde de média e alta complexidade

A descentralização da gestão de prestadores de serviços de saúde de média e alta complexidade é um processo que consiste na assunção, por um determinado município, do Comando Único dos prestadores de serviços de saúde de média e alta complexidade em seu território, ou seja, é a transferência da gestão dos prestadores do Estado para o município. Dessa forma, o município assume a autonomia administrativa e financeira para a seleção, cadastramento, contratação, programação, regulação, controle, avaliação e pagamento de prestadores de serviços públicos e privados localizados em seu território. Esse processo é guiado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021, observando-se a nova redação do art. 2º, trazida pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.497, de 19 de agosto de 2021, e a Nota Técnica nº 13/SES/SUBREG-SCP-DPPI/2023.

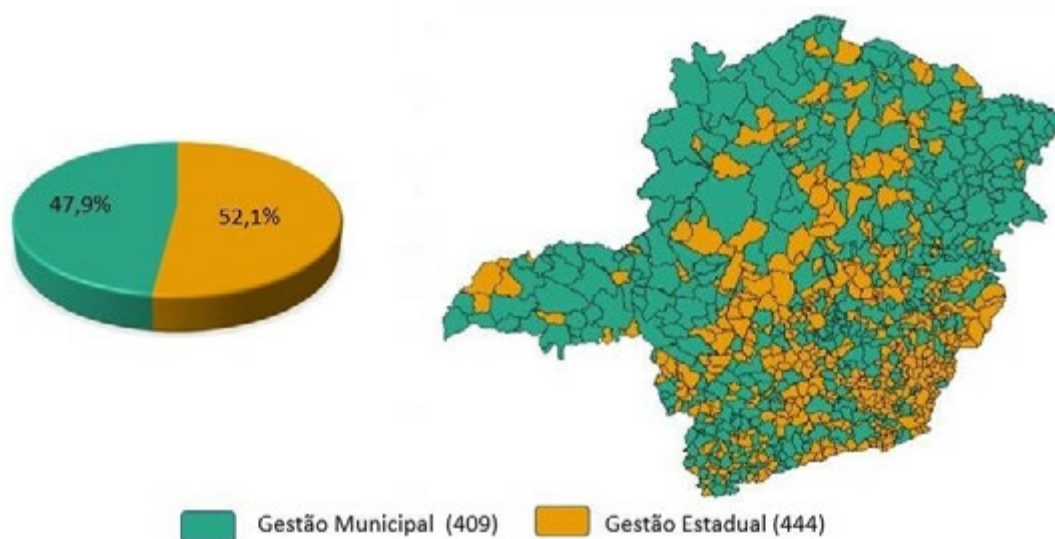
Conforme previsto na Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, independentemente da forma de gestão, cabe ao ente Estadual “cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS”. No cenário atual cabe ao Estado tanto executar os processos de trabalho relativos à gestão dos prestadores vinculados aos 444 municípios (19,8% da população), quanto desempenhar seu papel como ente responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle da prestação de serviços de saúde. Conforme normativas, o papel do Estado como executor deve ser transitório, até que o município apresente autonomia para apropriar-se da gestão.

Para assumir a gestão dos prestadores de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, os municípios interessados devem observar as responsabilidades sanitárias dispostas no Anexo III da Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Vale ressaltar que, independentemente do tipo de gestão, as responsabilidades sanitárias se mantêm a todos os municípios.

Em atendimento ao parágrafo único do artigo 2º da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021, os modelos de documentos previstos nos incisos II, III e IV neste artigo, bem como o detalhamento operacional do processo e as normativas referentes ao processo da descentralização da gestão de prestadores de média e alta complexidade, estão publicados no site institucional da SES-MG, no endereço eletrônico encontram-se disponíveis no endereço <https://www.saude.mg.gov.br/gestor/descentralizacao-da-gestao-de-prestadores>.

Considerando a situação em setembro/2023, dos 853 municípios de Minas Gerais, 444 municípios permanecem sob gestão estadual (52,75%) e 409 (47,24%) encontram-se sob gestão municipal. A distribuição dos municípios de acordo com a forma de gestão dos prestadores de saúde vigente – sob gestão municipal ou sob gestão estadual – pelo território mineiro pode ser vista no Mapa 2.

Figura 29 – Municípios de Minas Gerais, segundo o tipo de gestão, situação em setembro de 2023.



Fonte: SES-MG – Diretoria de Programação Pactuada Integrada.

Em setembro de 2023, o Teto MAC (recursos federais) do estado de Minas Gerais totalizou R\$ 5.709.964.124,62. A evolução anual deste processo de descentralização da gestão está sistematizada na Figura 30:

Figura 30 – Evolução anual da descentralização da gestão de prestadores MAC, de 1998 a setembro/2023 (em número de municípios).



Fonte: SES-MG – Diretoria de Programação Pactuada Integrada.

Observa-se um aumento expressivo nas descentralizações da gestão de prestadores MAC a partir de 2021, ano em que houve alteração das regras para solicitação do Comando Único, com a publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021. Desde então, o grupo gestor da Secretaria de Estado de Saúde e o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais estão direcionados ao forte apoio ao processo de descentralização.

A análise da distribuição da forma de gestão por Unidade Regional reforça esta heterogeneidade, como pode ser visto na Tabela 16. Todos os municípios da Unidade Regional de Pirapora já assumiram a gestão de seus prestadores, já as Unidades Regionais de Manhuaçu e Ubá são as que possuem maior proporção de municípios cujos prestadores de serviços de saúde permanecem sob gestão estadual.

Tabela 16 – Distribuição da Gestão por Unidade Regional de Saúde.

<i>Unidade Regional</i>	<i>Estadual</i>		<i>Municipal</i>		<i>Total</i>
	Nº	%	Nº	%	Nº
Alfenas	9	37,5%	15	62,5%	24
Barbacena	22	71,0%	9	29,0%	31
Belo Horizonte	13	33,3%	26	66,7%	39
Coronel Fabriciano	21	60,0%	14	40,0%	35
Diamantina	16	47,1%	18	52,9%	34
Divinópolis	39	73,6%	14	26,4%	53
Governador Valadares	26	51,0%	25	49,0%	51
Itabira	12	50,0%	12	50,0%	24
Ituiutaba	4	44,4%	5	55,6%	9
Januária	10	40,0%	15	60,0%	25
Juiz de Fora	29	78,4%	8	21,6%	37
Leopoldina	11	73,3%	4	26,7%	15
Manhuaçu	30	88,2%	4	11,8%	34
Montes Claros	29	53,7%	25	46,3%	54
Passos	14	51,9%	13	48,1%	27
Patos de Minas	11	52,4%	10	47,6%	21
Pedra Azul	1	4,0%	24	96,0%	25
Pirapora	0	0,0%	7	100,0%	7
Ponte Nova	24	80,0%	6	20,0%	30
Pouso Alegre	26	49,1%	27	50,9%	53
São João Del Rei	16	80,0%	4	20,0%	20
Sete Lagoas	23	65,7%	12	34,3%	35
Teófilo Otoni	3	9,4%	29	90,6%	32
Ubá	25	80,6%	6	19,4%	31
Uberaba	5	18,5%	22	81,5%	27
Uberlândia	2	11,1%	16	88,9%	18
Unaí	1	8,3%	11	91,7%	12
Varginha	22	44,0%	28	56,0%	50
Total	444	52,1%	409	47,9%	853

Fonte: Diretoria de Programação Pactuada Integrada – SES-MG

Quanto ao porte populacional dos municípios percebe-se que a gestão dos prestadores de saúde sob condução do Estado, em sua maioria, corresponde aos municípios de pequeno porte. Contudo, a população dos municípios que já assumiram o Comando Único congrega 17.386.588 habitantes, ou seja, cerca de 81,2% da população do Estado.

Tabela 17 – Distribuição da Gestão por porte populacional do município.

<i>Porte Populacional</i>	<i>Estadual</i>		<i>Municipal</i>		<i>Total</i>
	Nº	%	Nº	%	Nº
Até 10 mil hab	333	69,8%	144	30,2%	477
Entre 10 mil e 20 mil hab	81	43,3%	106	56,7%	187
Entre 20 mil e 50 mil hab	23	19,7%	94	80,3%	117
Entre 50 mil e 100 mil hab	4	10,3%	35	89,7%	39
Entre 100 mil e 200 mil hab	3	15,0%	17	85,0%	20
Entre 200 mil e 500 mil hab	0	0,0%	9	100,0%	9
Entre 500 mil e 1 milhão hab	0	0,0%	3	100,0%	3
Acima de 1 milhão hab	0	0,0%	1	100,0%	1
Total	444	52,1%	409	47,9%	853

Fonte: SES-MG; IBGE, 2021.

De forma geral, percebe-se que não existe homogeneidade na efetivação deste processo no Estado, sendo uma definição do ente municipal, que, inclusive, está sujeita a interferências políticas.

Refletir sobre a descentralização permite afirmar que os municípios mineiros se encontram em diferentes estágios e que esse processo tem sido determinado pela especificidade local e por avanços no processo de gestão de cada um. Predominam, portanto, características heterogêneas, que refletem as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas. Nesse cenário, a SES-MG e o Cosems estão comprometidos com estratégias para apoiar cada vez mais os municípios para que assumam a gestão de seus prestadores, atuando como plenos gestores de seus recursos e prestadores de saúde.

3.4.4. Judicialização

Com a recente reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e o crescimento da judicialização da Saúde, o então Núcleo de Judicialização da Saúde foi transformado em Superintendência de Judicialização da Saúde (SJUD). Conforme Decreto nº 48.661/2023, que dispõe sobre a organização da SES, é atribuição da SJUD empenhar esforços para o cumprimento eficaz e em tempo hábil das demandas judiciais que envolvam o fornecimento de medicamento, produtos para a saúde (correlatos/materiais), internação/transferência paciente do SUS, consulta avaliativa, produto nutricional, procedimentos (ambulatorial e cirúrgico) e outros serviços de saúde, nas quais o Estado de Minas Gerais é réu. Todas as ações judiciais recebidas na SJUD são cadastradas no sistema SIGJUD e distribuídas internamente para providências quanto ao cumprimento da obrigação.

Salienta-se que, a partir de 2019, a SJUD iniciou a migração de suas compras de medicamentos para a SEPLAG com o objetivo de auferir preços mais vantajosos, com notável ganho de escala, bem como reduzir os altos índices de fracasso/deserção dos certames licitatórios. Tal estratégia refletiu em aumento da execução orçamentária nesta categoria de despesa e, por conseguinte, nos níveis de cumprimento das decisões judiciais.

A fim de elevar os índices de cumprimento e reduzir os impactos negativos da judicialização foram desenvolvidas algumas estratégias relevantes como o “Projeto Sem Marca”, que consiste na compra de procedimentos médicos, medicamentos e insumos sem observância de marca, racionalizando os gastos com a judicialização da saúde, em consonância com os princípios

do Sistema Único de Saúde (SUS), da Administração Pública, bem como da gestão eficiente dos recursos econômicos disponíveis.

Além disso, com o aumento significativo da quantidade de itens demandados judicialmente e o crescente número de novos produtos, fez-se necessária a criação de uma linguagem única. Nesse sentido, a SJUD tem investido também na padronização técnica do descritivo de itens a fim de reduzir o tempo do ciclo de compras e aquisições além de estabelecer critérios de qualidade.

Cumpra esclarecer ainda, que, uma vez recebida a decisão judicial, a SJUD ensejará esforços para o efetivo cumprimento da obrigação e fornecerá, conforme demandado, subsídios técnicos à Advocacia Geral do Estado (AGE) para que a mesma atue na defesa do Estado.

Por fim, destacamos que a atuação da SJUD para reduzir a judicialização passa pelo estreitamento de relação com outros atores envolvidos no processo, tais como Defensoria Pública Estadual (DPE) e Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG). Nesse sentido, foram firmados acordos de cooperação que visam auxiliar esses atores no entendimento do SUS e suas portas de acesso aos objetos demandados, realização de eventos para discussão da judicialização da saúde no Estado e estudos para incorporação administrativa de medicamentos judicializados.

Ademais, a SJUD e a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) vêm desenvolvendo o projeto Processo de Incorporação e Migração de Medicamentos Judicializados, que consiste no levantamento dos itens com maior incidência de judicialização para que seja realizada análise sobre a pertinência de incorporá-los ao rol de medicamentos fornecidos administrativamente, bem como a migração dos pacientes para a via administrativa quando atendidos os critérios estabelecidos pelos protocolos clínicos vigentes.

Estas estratégias vêm sendo desenvolvidas no âmbito da SES/MG com vistas a mitigar os efeitos da judicialização no cenário da saúde.

3.5. Políticas e Ações em Saúde no SUS-MG

3.5.1. Atenção Primária à Saúde

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, 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 comunidade, trabalho em equipe, resolubilidade, equidade, intersetorialidade, 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 à saúde, o matriciamento, a participação social e a gestão participativa.

A Atenção Primária à Saúde é 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 APS é composta por várias equipes, dentre elas a equipe de Saúde da Família (eSF) e a equipe de Atenção Primária (eAP). A eSF é estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer uma

reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolubilidade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A eSF é composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade de medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal. Para a eSF, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde que a compõe.

A eAP foi instituída pela Portaria nº 2.539/2019, sendo composta, minimamente, por médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade, e enfermeiros, preferencialmente especialistas em saúde da família, cadastrados em uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS). As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária de 20 horas ou de 30 horas semanais.

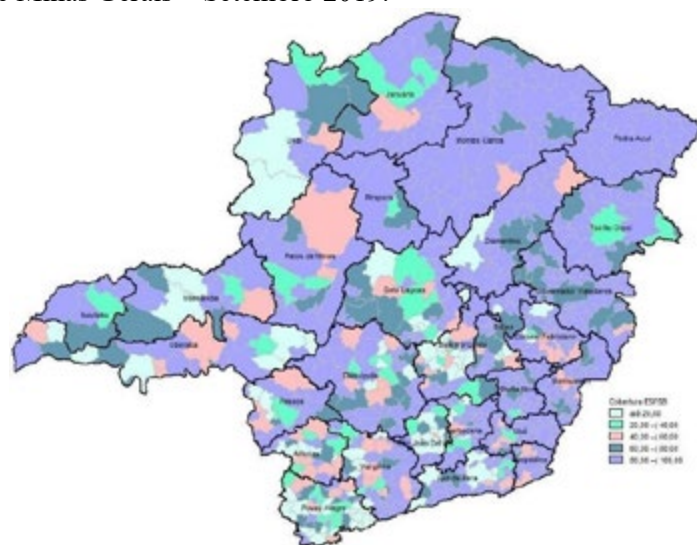
Atualmente, são 6.144 equipes de Saúde da Família e 267 equipes de Atenção Primária à Saúde financiadas pelo Ministério da Saúde nos municípios de Minas Gerais, conforme dados do E-Gestor AB, competência julho/2023. Atualmente, para fins de cálculo da cobertura da APS, o Ministério da Saúde leva em consideração o somatório da população cadastrada tanto pela eSF quanto pela eAP dividido pela estimativa populacional da localidade. Diante disso, a cobertura da Atenção Primária à Saúde no Estado de Minas Gerais atingiu 89,74% de cobertura em julho de 2023, considerando os dados do E-Gestor AB.

Além desses, a categoria profissional de ACS é considerada essencial para o processo de implementação do SUS, por fortalecer a integração entre os serviços de saúde da APS e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a territorialização do cuidado por meio da realização de ações de promoção e vigilância em saúde. Conforme descrito pela PNAB são atribuições do ACS: trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da APS vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; Informar as cidadãs e cidadãos sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; participar dos processos de regulação a partir da APS para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Também podem compor as equipes que atuam na atenção primária, as equipes de Saúde Bucal (eSB), com a composição básica de um cirurgião-dentista e um técnico e/ou auxiliar em saúde bucal (TSB/ASB), de acordo com a modalidade. As eSB podem se configurar com carga horária mínima semanal de 40 horas nas modalidades I e II; e com carga horária diferenciada de 20 ou 30 horas na modalidade I, com o financiamento estabelecido por meio da Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019.

O estado de Minas Gerais possui, conforme dados do e-Gestor AB na competência de julho de 2023, um total de 3.747 eSB de 40 horas semanais, e 297 eSB com carga horária diferenciada credenciadas e homologadas pelo Ministério da Saúde. As eSB credenciadas estão presentes em 815 municípios. Conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 31 - 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.

Considerando o atendimento das pessoas que vivem em locais de difícil acesso o estado tem, até julho de 2023, 11 municípios com Unidade Móvel Odontológica (UOM) credenciadas. Esse serviço é ofertado pelos profissionais com carga horária 40 horas semanais que compõem as eSB e compartilham carga horária semanal na UOM.

O SUS demanda o fortalecimento de estratégias já existentes, assim como, a criação de outras para lidar com os alertas dos cenários demográficos, epidemiológicos e as dificuldades de acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e de provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população na APS. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi).

As e-Multi são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que deverão atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde. Por meio de uma atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A estratégia e-Multi na APS, impulsiona o cuidado compartilhado e visa à superação da baixa integração com os demais serviços das redes locais. Dessa maneira, a APS incorpora saberes e práticas de especialistas fortalecendo a atenção interprofissional no SUS, sendo, portanto, fundamental para assegurar o cuidado integral da população, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde na Atenção Primária.

Atualmente o Estado de Minas Gerais possui 156 e-Multi credenciadas, distribuídas em 125 municípios, destes, 13 estão na modalidade da e-Multi Ampliada, 39 na modalidade e-Multi Complementar e 104 na modalidade e-Multi Estratégica. Para o ano de 2024 está previsto um aumento expressivo desse número de equipes que dependerá do credenciamento dessas equipes pelo Ministério da Saúde.

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, destaca-se o trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR) que 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. O Estado de Minas Gerais possui 21 equipes de Consultório na Rua implantadas em 19 municípios do Estado, conforme Tabela 18:

Tabela 18 – Distribuição das eCR em 19 municípios do Estado de Minas Gerais.

<i>Municípios</i>	<i>Nº de eCR</i>
BARBACENA	1
BELO HORIZONTE	4
CONTAGEM	1
DIVINÓPOLIS	1
GOVERNADOR VALADARES	1
IBIRITÉ	1
IPATINGA	1
JANAÚBA	1
MONTES CLAROS	2
MURIAÉ	1
PASSOS	1
POUSO ALEGRE	1
POÇOS DE CALDAS	1
SÃO LOURENÇO	1
TEÓFILO OTONI	1
UBERABA	1
UBERLÂNDIA	1

Fonte: Elaboração própria a partir dados do e-Gestor/AB.

De modo a contribuir para a consecução do atendimento da APS e suas equipes, a SES-MG também realiza o repasse quadrimestral do financiamento da APS aos municípios mineiros por meio da Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PEFAPS), instituída pela Resolução SES-MG nº 7.627, de 03 de agosto de 2021, que tem por escopo apoiar no financiamento das ações e serviços de atenção primária à saúde, observando, no que se refere ao aspecto assistencial, as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

As transferências intergovernamentais de que trata essa Resolução, transferidas como despesas correntes, são repassadas quadrimestralmente, diretamente do Fundo Estadual de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), em observância a 3 (três) componentes fixos e 2 (dois) componentes variáveis.

Os componentes fixos se referem ao Incentivo Per Capita, às Ações de Gestão dos Serviços dos Serviços de Atenção Primária à Saúde e ao Apoio Multiprofissional:

- O Incentivo financeiro Per Capita tem como objetivo o aporte regular de incentivos financeiros para os serviços de atenção primária à saúde que considera a população municipal e fator de alocação
- O componente Ações de Gestão dos Serviços de Atenção Primária à Saúde visa contribuir para o aprimoramento e qualificação da gestão de APS e do processo de trabalho nas UAPS, de forma que cabe à gestão municipal identificar possíveis potencialidades e fragilidades no funcionamento e organização das ações e serviços, a fim de implementar medidas para melhoria das ações executadas no território.
- O Apoio Multiprofissional objetiva fomentar um atendimento integral por meio da presença de diferentes formações, aumentando a capacidade das equipes em identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde das cidadãs e cidadãos.
- Os componentes variáveis se referem ao Percentual de Equipes de Saúde Bucal (eSB) em Relação às Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção

Primária (eAP) e à Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família (eSF).

- O Percentual de Equipes de Saúde Bucal em relação às Equipes de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária tem o objetivo de fomentar a vinculação das eSB às eSF e eAP, fortalecendo e ampliando o acesso da população a este cuidado, de maneira que as ações de saúde bucal sejam desenvolvidas de forma compartilhada com as demais equipes de APS.
- E a Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família visa fomentar o aumento da população coberta pelas equipes de saúde da família.

Para regular o horário de atendimento e funcionamento da APS foi implementado, em todo país, o Programa Saúde na Hora, instituído pela Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) em horário estendido.

Atualmente, o programa está presente em 132 municípios, com pelo menos um estabelecimento de saúde com adesão. Um total de 456 estabelecimentos (UBS ou USF) estão funcionando com horário ampliado, sendo 70 deles na modalidade UBS ou USF 60 horas, 157 na modalidade UBS ou USF 60 horas com saúde bucal e 229 na modalidade UBS 60 horas simplificado na competência de julho/2023.

Com o intuito de fortalecer a oferta de serviços e a qualificação da assistência à população, a Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, instituiu o incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde, para os profissionais de Medicina, Odontologia e Enfermagem. Em Minas Gerais, na competência de julho/2023, 09 municípios fazem jus ao incentivo financeiro do Programa de Formação Profissional, sendo 86 médicos, 39 enfermeiros e 39 cirurgiões dentistas residentes.

Minas Gerais possui 51 equipes do tipo Ampliada que atendem 20 horas semanais, 12 equipes do tipo Ampliada que atendem 30 horas semanais, 2 equipes do tipo Essencial que atendem 20 horas semanais, 25 equipes do tipo Compartilhada com a ESF/ESB que atendem 6 horas semanais, 7 equipes do tipo Complementar de Saúde Psicossocial que atendem 20 horas semanais e 11 equipes do tipo Complementar de Saúde Psicossocial que atendem 30 horas semanais. Conforme o nome, as equipes do tipo Complementar de Saúde Psicossocial atuam como uma equipe adicional às equipes do tipo Essencial e Ampliada.

Considerando o elevado número de equipes de atenção básica que atuam no âmbito do SUS - MG e a complexidade dos cenários demográficos e epidemiológicos, bem como a necessidade de assimilar e atualizar os sistemas envolvidos no atendimento à população e a abrangência dos serviços prestados, a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.560/21 instituiu o projeto Saúde em Rede. Este projeto tem como objetivo aprimorar os processos de trabalho, a formação e a promoção de ações de educação em saúde.

O Saúde em Rede representa um programa de educação permanente que permite o desenvolvimento da competência das equipes no planejamento e organização da assistência à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade. Isso é feito com base em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. O projeto compreende uma variedade de ações educacionais presenciais e à distância, que se baseiam em metodologias ativas, visando ao aprimoramento das competências em termos de conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para a organização e a melhoria dos processos assistenciais. No encerramento do projeto, está prevista a adaptação de sua metodologia, visando a manutenção de suas ações no território e a continuidade de seus benefícios.

Quanto à infraestrutura, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são necessárias à realização das ações de atenção primária nos municípios. Esclarece-se, todavia, que 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.

Nesse contexto, o estado de Minas Gerais vem realizando esforços no intuito de mitigar os problemas existentes, seja pela estrutura inadequada das UBS ou pela necessidade de construção e novas UBS. Publicou-se a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.841, de 14 de junho de 2022, que aprova a atualização do programa físico para as UBS tipo I, II e III e as Unidades Básicas de Saúde de Apoio (UBS-Apoio). A referida publicação aborda o detalhamento dos ambientes, com seu quantitativo e dimensionamento mínimo, estabelecendo que as UBS cumpram as normas sanitárias e de estrutura recomendadas. Ressalta-se que esta publicação visa garantir a padronização das normas para a construção de UBS, de modo a propiciar ambientes adequados para atender tanto os cidadãos quanto os profissionais de saúde que ali atuam.

Além da regulamentação da ambiência física, a SES-MG tem como objetivo estratégico aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária universal e um cuidado humanizado, que perpassa necessariamente por qualificação/ampliação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde dos municípios mineiros. Sendo assim, a SES-MG tem contribuído a partir de duas frentes: retomada das obras que estavam paralisadas e construção de novas obras de UBS. Com isso, a consecução das estratégias impacta diretamente no aumento da cobertura da APS, cujo objetivo é alcançar a integralidade de 100% de cobertura, e assim propiciar maior qualidade do atendimento aos cidadãos.

Para além das iniciativas de ampliar a cobertura da APS, a SES está estruturando iniciativas de Saúde Digital, com vistas a qualificar e aumentar a resolubilidade da Atenção Primária, melhorar os fluxos de encaminhamento entre a APS e a Especializada, fortalecer o diagnóstico precoce e as linhas de cuidado prioritárias (Câncer de Colo do Útero, Mama, Materno-infantil e Câncer de próstata), por meio de estratégias como a telemedicina teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico e teleconsulta.

Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

A Equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com relação direta aos conceitos de igualdade e justiça social. Construída a partir da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento das 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 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 ofertada 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 políticas específicas que tenham 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:

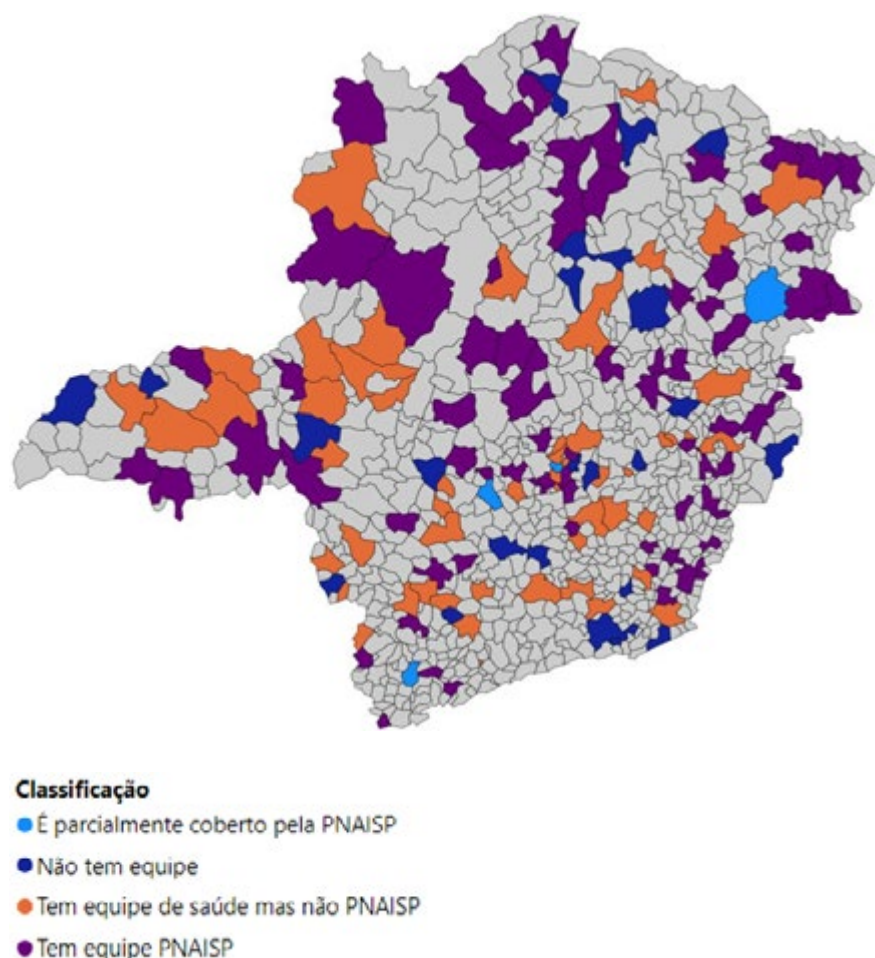
- O Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, órgão colegiado de caráter consultivo, que tem a finalidade de formular e propor diretrizes de ação governamental, em âmbito estadual, voltadas para o combate à discriminação, para a promoção da saúde integral e defesa dos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- O Comitê Técnico de Saúde Integral 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;
- 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;

Destaca-se como principais entregas destes espaços de discussão intersetoriais e participativos a construção e publicação da Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, aprovada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.202, de 14 de agosto de 2020 e a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Quilombola, aprovada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.991, de 09 de novembro de 2022. É importante destacar que tais políticas contribuem para avanços quanto às articulações intra e intersetoriais, principalmente no que se refere à sensibilização e organização dos serviços de saúde, nos três níveis de atenção possibilitando a concretização da atenção integral à saúde destas populações.

Em relação à população privada de liberdade, Minas Gerais instituiu o cofinanciamento para a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde Prisional (PNAISP) destinado aos municípios com equipes credenciadas e em funcionamento, entendendo como fundamental a manutenção dessas equipes, como forma de garantir o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade. O recurso financeiro está disposto na Resolução SES-MG nº 7.913, de 09 de dezembro de 2021, alterada pela Resolução SES-MG nº 8.430, de 09 de novembro de 2022. Para fazerem jus ao incentivo, os municípios precisam seguir uma série de condições que garantam o funcionamento das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), sendo a principal delas a publicação de portaria de credenciamento pelo Ministério da Saúde, ordenador e responsável da política. Minas Gerais, no cenário nacional, possui resultados que colocam o estado em posição de destaque, uma vez que a condução da política se dá de forma ordenada, seguindo os preceitos de organização do SUS, no que tange a responsabilização de cada ente federado em relação aos níveis de atenção, de forma que as equipes de Atenção Primária Prisional sejam de responsabilidade dos municípios, conforme disposto na PNAB.

Por meio da PNAISP o estado mantém o funcionamento de equipes de Atenção Primária Prisional para o atendimento específico das pessoas privadas de liberdade, com atenção às unidades prisionais (UP), numa perspectiva intramuros. Minas Gerais possui uma população carcerária de 61.077 pessoas e 108 equipes homologadas de acordo com os dados do Ministério da Saúde, dispostos no E-Gestor AB disponibilizado em julho e outubro de 2023, respectivamente. A distribuição consta na figura abaixo:

Figura 32 - Cobertura das eAPP em Minas Gerais.



Fonte: E-Gestor AB - Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais, 2023.

O mapa considerou apenas os municípios com unidades prisionais em seu território. Municípios parcialmente cobertos são aqueles com eAPP habilitada cuja composição conta com profissionais da APS e profissionais estaduais da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública.

No que tange às ações voltadas para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a SES-MG, em parceria com a SEJUSP-MG, tem trabalhado buscando a habilitação dos municípios com a presença de unidades socioeducativas em seu território na Política Nacional de Atenção integral a Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), buscando ampliar o acesso à saúde para esses adolescentes, com vistas a sua ressocialização à sociedade, entendendo que esse processo possui grande contribuição da área saúde, uma vez que se observa a incompletude institucional, a territorialização e se considera que adolescentes são pessoas em formação, devendo ser orientadas com cuidado, entendendo que a privação de liberdade é um agravante no processo saúde-doença. Atualmente, no ano de 2023, MG possui 10 municípios habilitados na política, com possibilidade de habilitar mais 10. Para realizar um acompanhamento próximo aos municípios, a SES-MG participa de monitoramento semestral, organizado pelo Ministério da Saúde, que identifica as necessidades e avanços da PNAISARI no estado.

Para os próximos anos, planeja-se a continuidade dos monitoramentos realizados junto ao grupo e comitês técnicos e a elaboração/atualização de planos operativos, processos fundamentais para a qualificação da rede de atenção à saúde na oferta de serviços assistenciais os quais considerem as especificidades destas populações. Planeja-se também o acompanhamento

da implantação das Políticas de Saúde Integral da População LGBTQ+ e Saúde Integral da População Negra, adicionalmente ao aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação do acesso à saúde das populações historicamente vulneráveis, bem como qualificações destinadas às equipes de saúde.

Política Estadual de Promoção da Saúde de Minas Gerais (POEPS-MG)

A Política Estadual de Promoção à Saúde de Minas Gerais (POEPS-MG) surge da necessidade de implementar e divulgar 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 de forma participativa e ascendente por meio de 35 oficinas regionais, 1 intrasetorial e 1 intersetorial.

A POEPS-MG objetiva promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrasetoriais 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, os 853 municípios aderiram à POEPS até 2023, e encontram realização de ações e ofertas de atividades de promoção da saúde na atenção primária à saúde.

Esta política possui financiamento atrelado ao cumprimento de indicadores, aferidos trimestralmente, que visam estimular:

- Oferta de atividade física e práticas corporais no SUS-MG;
- Realização de ações educativas junto a comunidade direcionada à promoção da autonomia das pessoas e coletividade, à formação da consciência crítica, coletiva, à cidadania participativa, e à superação das desigualdades sociais;
- Planejamento e execução de ações intersetoriais;
- A participação da social, por meio dos Comitês de Equidades;
- Ações relacionadas ao enfrentamento dos fatores de riscos comportamentais.

Embora a POEPS tenha 100% de adesão dos municípios mineiros, apenas 34% dos municípios cumprem com todos os indicadores. Estes resultados são corroborados por Moreira (2020), que identificou a implementação parcial desta política. Este estudo destacou que municípios de médio e grande porte apresentaram uma implementação crítica na subdimensão de insumos, baixa disponibilidade de insumos, processos relacionados à organização, planejamento e direcionamento das ações e a incipiente análise da situação de saúde com abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde. Como potencialidades, identificou-se a subdimensão de gestão administrativa, componente da dimensão estrutura, que apresentou implementação aceitável para o estado como um todo e para os municípios de pequeno porte I e II e grande porte. Dessa forma, visando qualificar a implementação da POEPS MG, para os próximos anos planeja-se a revisão e qualificação dos indicadores e dos processos de avaliação da política, bem como do financiamento, visando o fortalecimento da Atenção Primária da Saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde de forma contínua e estruturada.

Outras estratégias e programas que fazem parte da agenda de Promoção da Saúde e de enfrentamento dos fatores de riscos comportamentais merecem o destaque:

- **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, com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de atividades participativas, crítico-reflexivas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local.

Na EAAB, são formados tutores que são responsáveis por mobilizar os profissionais de saúde e conduzir a qualificação das equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O estado de Minas Gerais possui, até 2023, 2686 tutores em 665 municípios, e 31.821 profissionais de atenção primária à saúde qualificados na estratégia.

Para os próximos anos planeja-se a realização de encontros com as referências técnicas das unidades regionais de saúde para qualificação e aprimoramento do processo de trabalho e monitoramento das ações da estratégia. Pretende-se, também, realizar ações com a vigilância sanitária para qualificação dos profissionais sobre a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), que regulam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras.

- **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.

Trata-se de um programa é universal, ou seja, todos os municípios são incentivados a realizar o PNSF. Para os próximos anos planeja-se qualificar os profissionais de saúde das unidades regionais de saúde e dos municípios para o desenvolvimento do Programa e o registo adequado das atividades realizadas.

- **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, com o objetivo de reduzir e controlar a hipovitaminose A. O programa tem como público prioritário as crianças menores de 5 anos das regiões endêmicas de hipovitaminose A, que em Minas Gerais são as regiões Norte, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucuri. No restante do estado, foca nas crianças menores de dois anos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. O Ministério da Saúde oportuniza periodicamente que os gestores municipais fazem a adesão ao programa. Atualmente, 374 municípios mineiros estão aderidos ao PNSVA.

Para os próximos anos planeja-se qualificar os profissionais de saúde das unidades regionais de saúde e dos municípios para o desenvolvimento do Programa e o registo adequado das atividades realizadas.

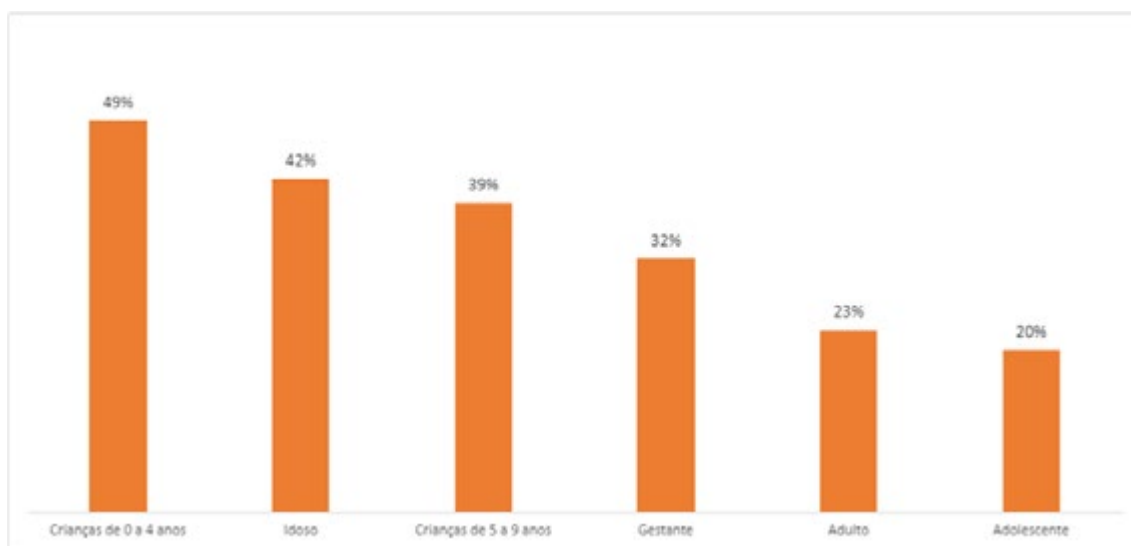
- **Vigilância Alimentar e Nutricional:** consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Os serviços de saúde são incentivados e orientados a realizar a avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida, com a finalidade de monitorar a prevalência de desnutrição, sobrepeso e obesidade da população.

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.

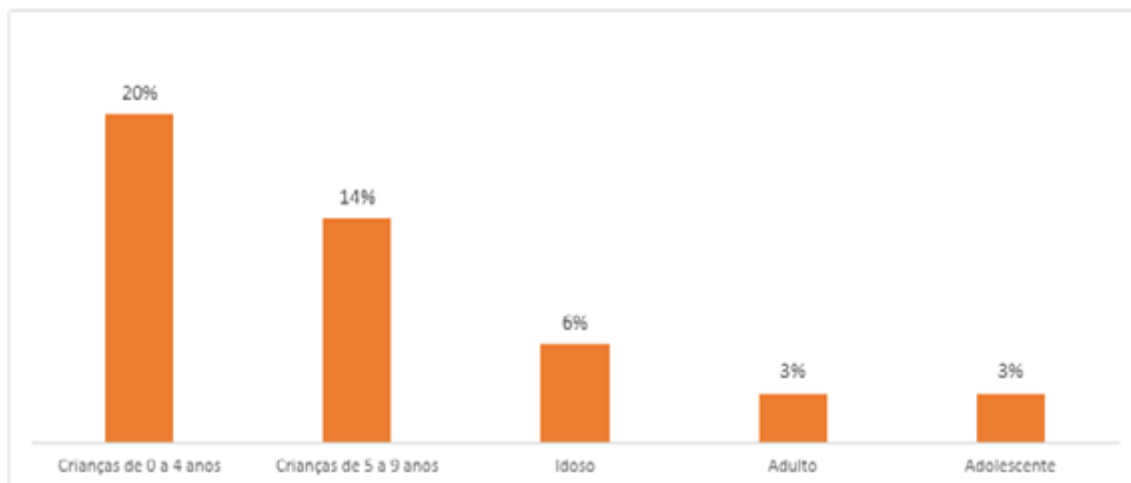
O estado de Minas Gerais fomenta a realização de ações de vigilância alimentar e nutricional de toda a população. A cobertura de acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar na APS do estado conforme faixa etária segue nas figuras abaixo. É importante destacar que os grupos etários de maior acompanhamento do estado nutricional são as crianças menores de 5 anos (49%) e os idosos (42%). No que diz respeito ao acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar, as crianças menores de 5 anos (20%) e as crianças de 5 a 9 anos (14%) têm a maior cobertura.

Figura 33 - Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada na atenção primária à saúde por faixa etária, Minas Gerais, 2022.



Fonte: SISVAN, 2023.

Figura 34 - Cobertura de acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar da população acompanhada na atenção primária à saúde por faixa etária, Minas Gerais, 2022.



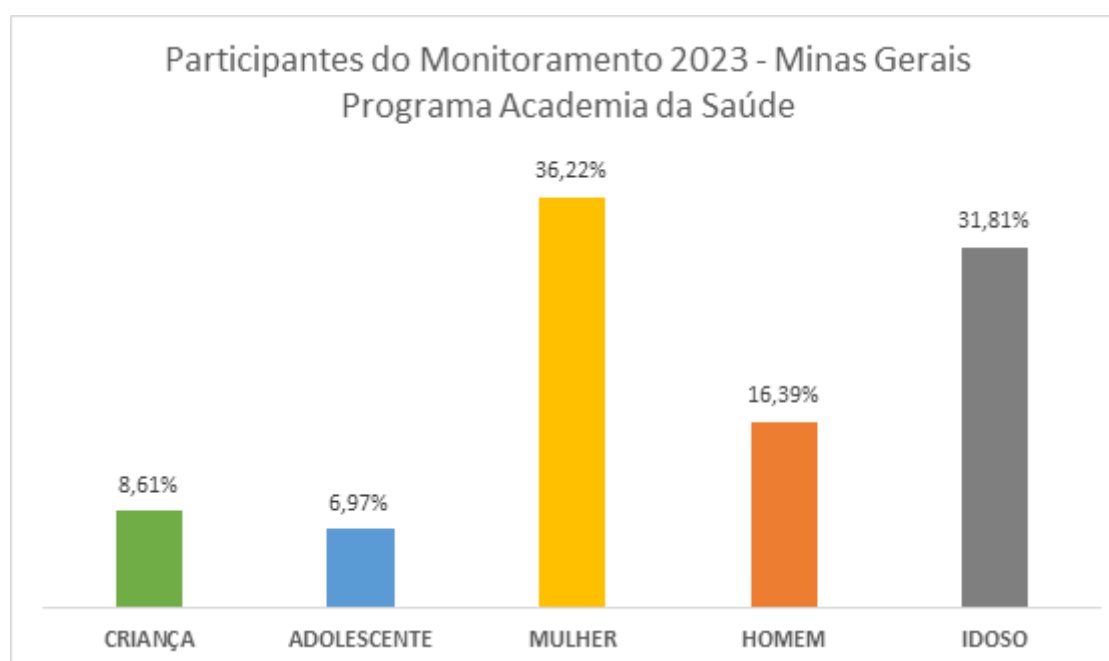
Fonte: SISVAN, 2023.

- **O Programa Academia da Saúde:** Lançado em 2011, pelo Ministério da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde que funciona com a implantação de espaços públicos onde são desenvolvidas atividades voltadas para a promoção de práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, dentre outras, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais. Para o desenvolvimento dessas ações, o Programa dispõe de polos, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Os polos podem ser de 3 modalidades: básica, intermediária e ampliada (Brasil, 2017).

No estado de Minas Gerais, foram habilitados pelo Ministério da Saúde, até 2023, 517 polos em 350 municípios, ou seja, o Programa está presente em 41% dos municípios do estado. Um total de 391 polos em 314 municípios estão com construção finalizada e aptos para ofertar as ações de promoção da saúde para a sua população. São 279 polos credenciados pelo Ministério da Saúde para o recebimento de incentivo financeiro de custeio e 61 polos credenciados como similares ao Programa. Um total de 344 Polos estão em funcionamento e registrando produção no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Conforme figura, abaixo, o público que mais participa das atividades oferecidas pelo Programa Academia da Saúde são as mulheres (36,22%) seguidas pelos idosos (31,81%).

Figura 35 – Público-alvo participante das atividades oferecidas pelo Programa Academia da Saúde no Estado de Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISAB. Dados de produção (Atividade Coletiva, Atendimento Individual e Procedimento) de janeiro a agosto 2023.

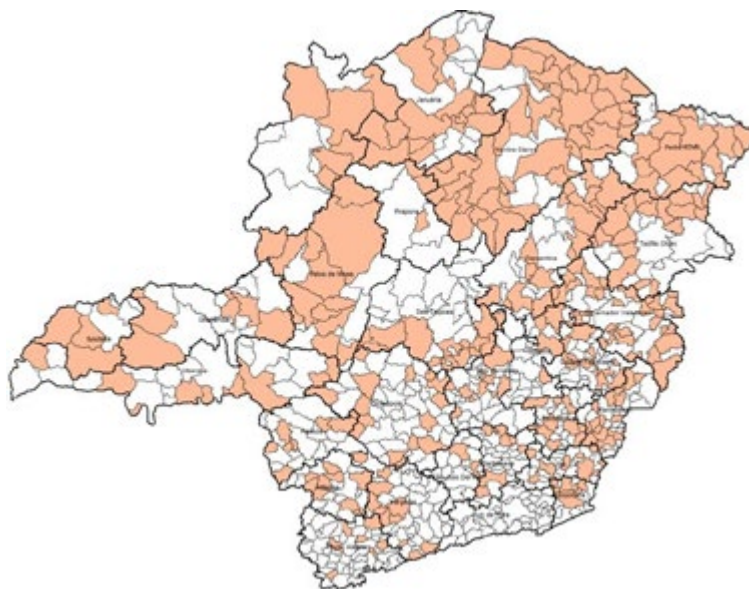
Quanto aos tipos de atividades desenvolvidas pelo Programa, 95% (n = 326) dos polos informaram oferecer práticas corporais e atividades físicas, 44% (n= 153) desenvolveram atividades de educação em saúde, Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) foram ofertadas em 22% (n = 75) dos polos.

Destaca-se, ainda sobre o Programa Academia da Saúde que a SES-MG, de forma extraordinária e complementar, instituiu incentivo financeiro estadual para 447 polos do Programa Academia da Saúde qualificando o acesso da população à diversas ações de promoção

da saúde tais como atividades físicas e práticas corporais, promoção da alimentação saudável e adequada, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, ações de educação em saúde, e de mobilização da comunidade, dentre outras.

A figura, a seguir, apresenta a distribuição dos polos do Programa Academia da Saúde nos municípios do estado de Minas Gerais.

Figura 36 – Distribuição dos Polos do Programa Academia da Saúde em Minas Gerais, 2023.



Fonte: Ministério da Saúde, 2023.

Para os próximos anos planeja-se qualificar os profissionais de saúde das unidades regionais de saúde e dos municípios para o desenvolvimento do Programa e o registro adequado das atividades realizadas.

O Programa Academia da Saúde é fundamental para o combate à inatividade física. Segundo a Pesquisa Nacional Saúde - PNS de 2019, em Minas Gerais, o percentual de adultos insuficientemente ativos foi de 35,6%, sendo que apenas 30,4% da população adulta praticam o nível recomendado de atividade física no lazer e 3% deste total está inserida em programas públicos de incentivo à prática de atividade física. Insuficientemente ativas são pessoas que não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. A PNS apontou, ainda, que a população de mais baixa escolaridade e renda praticam menos atividade física que os de maior escolaridade e renda.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a atividade física regular é fundamental para prevenir e tratar doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como as cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, diabetes e câncer de mama e de colo do útero. Essas enfermidades são responsáveis por 71% de todas as mortes no mundo, incluindo as mortes de 15 milhões de pessoas entre 30 e 70 anos por ano.

A inatividade física é mais do que um desafio para a saúde: seus custos financeiros também são enormes. Globalmente, estima-se que a inatividade física custe US\$ 54 bilhões em assistência médica direta, dos quais 57% são incorridos pelo setor público e outros US\$ 14 bilhões são atribuídos à perda de produtividade.

O plano de ação global sobre atividade física, lançado em junho de 2018 pela Organização Mundial da Saúde, mostra como os países podem reduzir a inatividade física em adultos e adolescentes em 15% até 2030. O plano recomenda um conjunto de 20 áreas políticas que, combinadas, têm o objetivo de criar sociedades mais ativas por meio da melhoria dos ambientes e oportunidades para pessoas de todas as idades e habilidades praticarem mais

caminhadas, ciclismo, esportes, recreação ativa, dança e jogos. O documento também pede apoio ao treinamento de profissionais de saúde e outros profissionais, sistemas de dados mais sólidos, bem como o uso de tecnologias digitais.

Dados do SISAB apontam que o percentual de pessoas com doenças crônicas que participaram de ações de atividade física registradas na ficha de atividade coletiva, no estado de Minas Gerais, até setembro de 2023, foi de 26%. Também, segundo o SISAB, a participação das mulheres é de 61% e dos homens 39%.

Figura 37 – Quantidade de práticas corporais e atividades físicas registradas na ficha de atividade coletiva, por Unidade Regional de Saúde.



Fonte: SISAB.

- **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.

Para isso, o Estado conta com o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do Programa Saúde na Escola do Estado de Minas Gerais (GTI-E), um importante espaço de gestão intersetorial instituído pela Resolução Conjunta SES-MG/SEE-MG nº 187, de 11 de novembro de 2015, que possui caráter consultivo e propositivo para subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE no estado.

No atual ciclo do PSE 2023-2024, MG possui 851 municípios aderidos ao programa, contemplando 2.408.927 alunos, em 9.757 escolas pactuadas. Dentre as ações mais realizadas no âmbito escolar em 2023, destaca-se as de saúde bucal com 51.835 ações, alimentação saudável e prevenção da obesidade com 17.720 ações, saúde ambiental com 8.879 ações e prevenção das violências e dos acidentes com 5.090 ações. Com relação às ações de Saúde Sexual e Reprodutivas, até novembro de 2023, foram realizadas 5.245 ações nas escolas, com 240.975 participantes em 645 municípios.

Destaca-se como principais ações destes espaços de discussão intersetorial em 2023, a parceria no projeto de Aumento de Cobertura Vacinal em Adolescentes e o Programa Miguilim, voltado à promoção da saúde auditiva e ocular das educandas e educandos da rede pública de educação básica de Minas Gerais. Para os próximos anos, o planeja-se o fomento das ações no âmbito escolar de promoção da saúde mental e promoção da saúde sexual e reprodutiva.

- **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.

Em Minas Gerais a oferta do tratamento do tabagismo se dá, prioritariamente, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Segundo o CNES, MG possui 133.815 serviços habilitados para a abordagem e tratamento do fumante, sendo 96.753 serviços de Atenção Primária à Saúde. No 1º quadrimestre de 2023, foram atendidos 10.053 tabagistas em MG.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), o percentual de fumantes de tabaco é de 12,70%. Ademais, 10,8% do total de pessoas não fumantes está exposto à fumaça de produtos de tabaco no ambiente domiciliar. Nos ambientes de trabalho, 11,5% dos não fumantes estão expostos ao tabagismo passivo.

No âmbito da política, destacam-se, em 2023 as ações de qualificação dos profissionais da vigilância sanitária e reuniões intersetoriais com o setor varejista para fiscalização e controle de produtos de tabaco. Além disso, foi realizada uma campanha do Dia Mundial Sem Tabaco, sobre o uso do cigarro eletrônico, que teve grande repercussão na mídia externa.

Para os próximos anos, planeja-se a realização das Campanhas, do Dia Mundial Sem Tabaco e do Dia Nacional de Combate ao Fumo, fomento das ações de prevenção da iniciação no âmbito escolar, apoio as medidas regulatórias e aumento da oferta do tratamento do tabagismo nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, por meio da qualificação dos profissionais de saúde.

- **Programa Bolsa Família (PBF):** É um programa de transferência direta e indireta de renda que integra benefícios de assistência social, saúde, educação e emprego, destinado às famílias em situação de pobreza, que tem como objetivo garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social. As condicionalidades da saúde, compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o cumprimento do calendário vacinal e o acompanhamento do estado nutricional das crianças.

No 1º semestre de 2023, o público a ser acompanhado em Minas Gerais nas condicionalidades da saúde do PBF foi de 2.761.359 indivíduos, dos quais 2.329.739 tiveram o acompanhamento registrado, representando uma cobertura de 84,37%. Desses, 449.845 foram crianças menores de sete anos (63,21% do total de crianças beneficiadas) e 1.879.894 foram mulheres acompanhadas (68,08% do total de mulheres beneficiadas), das quais 50.915 foram identificadas como gestantes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Em 2023, destaca-se a retomada das reuniões da Comissão Intersetorial do Bolsa prevista na Resolução Conjunta SEDESE-MG/SES-MG/SEE-MG nº 1, de 08 de Janeiro de 2020, para discussão de processos de trabalho e qualificação dos municípios. Para os próximos anos planeja-se a realização da reunião intersetorial com as regionais de saúde, educação e assistência social e a reunião técnica com municípios críticos.

- **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC):** De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as PICS fazem parte da Medicina Tradicional e Complementar e, por promoverem 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.

Com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) através da Portaria nº 971 em 03 de maio de 2006, o Estado de Minas Gerais percebeu a necessidade de criar uma política estadual que orientasse as diretrizes de acordo com a realidade do estado e de seus municípios. Assim criou-se a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais (PEPIC MG), com a Resolução SES-MG nº 1885, de 27 de maio de 2009. Em 2014, a Resolução SES-MG nº 4.597, de 09 de dezembro de

2014, incluiu à PEPIC MG as PICS Shantala, Yoga, Terapias Comunitárias e Dança Circular. Atualmente são 29 Práticas Integrativas e Complementares disponíveis no Sistema Único de Saúde, e a gestão da PEPIC MG é realizada pela Coordenação Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, na Diretoria de Promoção à Saúde e Políticas de Equidade na SES-MG.

A proposta técnica de uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares SUS/MG veio atender às atribuições dos gestores estadual e municipal definidas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Assim, estão entre os objetivos da PEPIC-MG:

- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades;
- Definir diretrizes e estratégias dos gestores estadual/municipal para implantação e/ou implementação e coordenação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS/MG;
- Aumentar a resolubilidade do Sistema e garantir o acesso às Práticas Integrativas Complementares, garantindo a qualidade, a eficácia, a eficiência e a segurança no uso;
- Implantar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS/Minas na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Primária, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, de forma multidisciplinar;
- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado de cidadãs e cidadãos, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde no Estado de Minas Gerais.

Em 2022, as Práticas Integrativas e Complementares foram oferecidas à população de 658 municípios do Estado de Minas Gerais, em todos os níveis de atenção. Na Atenção Primária à Saúde tivemos 625 municípios ofertando as PICS, o que corresponde a 73% dos municípios mineiros.

As Práticas Integrativas e Complementares, utilizando de técnicas baseadas em conhecimentos tradicionais e saberes populares, atuam na prevenção de doenças e complicações, redução de sintomas físicos e mentais, assim como na recuperação e promoção da saúde, proporcionando sensação de bem-estar, relaxamento e alívio de estresse. Diante de tantos benefícios proporcionado por essas práticas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem investido cada vez mais em ações de fortalecimento dessa política, como estratégias de fomento financeiro para promover o acesso aos insumos estratégicos, medicamentos e equipamentos necessários às PICS. A SES-MG e instituições parceiras têm realizado diversas ações de formação e qualificação profissional em algumas práticas. Dessa forma, a perspectiva para os próximos 4 anos é que tenhamos cada vez mais municípios fazendo a oferta das Práticas Integrativas e Complementares, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Como as avaliações dos anos anteriores e análise das metas estipuladas, a projeção para os próximos quatro anos é de crescimento de 1% por quadrimestre, proporcionando para a população acesso a um cuidado qualificado, resolutivo, humanizado e integral.

Ciclos de Vida

As discussões referentes às ações de saúde, sejam elas individuais, familiares ou coletivas, devem estar atreladas particularidades dos diferentes ciclos de vida. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), essa abordagem da assistência em saúde nos permite compreender melhor as especificidades de cada fase da vida de um indivíduo (criança, adulto, idoso), além das especificidades relativas ao gênero (homem e mulher), contribuindo para qualidade de vida de forma geral.

No âmbito nacional, o Ministério da Saúde publicou uma série de políticas/diretrizes diretamente relacionadas aos ciclos de vida, trazendo as principais áreas estratégicas a serem trabalhadas, como pode-se observar no quadro abaixo.

Tabela 19 – Listagem de políticas nacionais referentes aos Ciclo de Vida.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	
Ano de Publicação	2004
Faixa etária	População feminina acima de 10 anos
Objetivos gerais	• Promover melhoria das condições de vida das mulheres brasileiras; • Contribuir para a redução da morbimortalidade feminina no Brasil; • Contribuir para a redução da morbimortalidade feminina no Brasil;
Áreas estratégicas	• Morbimortalidade feminina: mortalidade materna; precariedade da atenção obstétrica; abortamento em condições de risco; precariedade da assistência em anticoncepção; IST, HIV/Aids; doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico; • Atenção à saúde no ciclo vital: saúde das mulheres adolescentes; saúde das mulheres no climatério/menopausa; saúde mental e gênero; • Mulheres em minorias e/ou vulnerabilidade: saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural, em situação de prisão, violência doméstica e sexual.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	
Ano de Publicação	2009
Faixa etária	20 a 59 anos
Objetivos gerais	Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.
Áreas estratégicas	• Acesso e Acolhimento: Reorganizar ações de forma os homens se considerem incluídos nos serviços de Saúde e nos espaços e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados; • Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Sensibilizar e Capacitar gestores(as), profissionais de saúde para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos; Paternidade e Cuidado: Sensibilizar e capacitar gestores(as), profissionais de saúde sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os); • Doenças prevalentes na população masculina: Fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	
Ano de Publicação	2015
Faixa etária	0 a 9 anos
Objetivos gerais	Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrados, da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.
Áreas estratégicas	• Gestão interfederativa das ações de saúde da criança; • Organização das ações e dos serviços na rede de atenção; • Promoção da Saúde; • Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; • Qualificação da força de trabalho no SUS; • Planejamento e desenvolvimento de ações; • Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; • Monitoramento e avaliação; • Intersetorialidade.
Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	
Ano de Publicação	2010
Faixa etária	10 a 19 anos

Objetivos gerais	Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que confluem para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.
Áreas estratégicas	• Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; • Atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva; • Atenção integral ao uso abusivo de álcool e de outras drogas.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	
Ano de Publicação	2006
Faixa etária	60 anos ou mais
Objetivos gerais	Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.
Áreas estratégicas	• Promoção do envelhecimento ativo e saudável; • Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; • Divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; • Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; • Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; • Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; • Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.

Fonte: Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado

Considerando a importância de pautar e realizar ações efetivas na perspectiva da integralidade do cuidado, a Secretaria de Estado de Saúde, no processo de reestruturação por meio do Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, criou a Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado (DGIC). A DGIC tem por competência definir as diretrizes e ações para a melhoria da Atenção à Saúde e do cuidado integral, no âmbito da Atenção Primária, tendo uma de suas atribuições: “propor, coordenar e avaliar diretrizes e ações relacionadas aos ciclos de vida e políticas estratégicas e prioritárias de saúde”.

Considerando as áreas estratégicas definidas pelas políticas nacionais, realizou-se um levantamento das ações e processos que eram realizados pelas áreas técnicas dos ciclos de vida, além de estabelecer quais eram os processos que seriam implementados nos próprios anos. A seguir listamos os macroprocessos a serem trabalhados pela SES-MG no âmbito da APS, especificamente no que se refere aos ciclos de vida:

a. Saúde da Criança

- i. Atenção integral à saúde da criança;
- ii. Puericultura;
- iii. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- iv. Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano;
- v. Atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância, doenças crônicas, IST e infecções congênitas;
- vi. Atenção integral às crianças em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- vii. Atenção à saúde de crianças com deficiência em situações específicas e de vulnerabilidade;
- viii. PICS;
- ix. Cuidados Paliativos;
- x. Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno;
- xi. Elaboração da Política Estadual de Saúde da Criança.

b. Saúde do Adolescente

- i. Promoção da saúde do adolescente;
- ii. Atenção integral à saúde do adolescente;

- iii. Atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
 - iv. Atenção integral no uso abusivo de álcool e de outras drogas em pessoas jovens;
 - v. Ações de imunização;
 - vi. Atenção à saúde do adolescente com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
 - vii. Atenção integral aos adolescentes em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
 - viii. Elaboração da Política Estadual de Saúde do Adolescente.
- c. Saúde da Pessoa Idosa**
- i. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
 - ii. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
 - iii. Atenção integral à pessoa idosa com doença crônica, IST e fragilidades;
 - iv. Atenção integral à pessoa idosa em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
 - v. Ações de imunização;
 - vi. Ações estratégicas direcionadas para cuidadores de pessoa idosa, atenção domiciliar e equipe multiprofissional;
 - vii. Elaboração da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.
 - viii. Saúde do Homem
 - ix. Promoção da saúde do homem;
 - x. Atenção integral e integrada à Saúde do Homem;
 - xi. Atenção integral às doenças prevalentes da população masculina;
 - xii. Elaboração da Política Estadual de Saúde do Homem.
- d. Saúde da Mulher**
- i. Promoção da saúde da mulher;
 - ii. Atenção integral e integrada à saúde da mulher
 - iii. Atenção integral às doenças prevalentes da população feminina;
 - iv. Proporcionar acesso e melhoria na qualidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva;
 - v. Organização e qualificação da rede de atenção materno-infantil;
 - vi. Ações relativas ao Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;
 - vii. Organização da assistência ao pré-natal de risco habitual e de alto risco;
 - viii. Ações relativas ao Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais;
 - ix. Ações relativas à Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia;
 - x. Elaboração da Política Estadual de Saúde da Mulher.

Atenção às Vítimas de Violência no Estado de Minas Gerais

A Secretaria de Estado de Saúde também desempenha um papel fundamental na articulação com a Atenção Primária à Saúde no que se refere ao macroprocesso da Rede de Atenção às Vítimas de Violência no estado de Minas Gerais. A SES-MG desenvolve estratégias para lidar com esse desafio, com foco na prestação de atendimento humanizado e na coordenação por meio da rede. No atendimento à pessoa em situação de violência sexual, é fundamental que os serviços adotem a norma “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” do Ministério da Saúde, que prevê para os hospitais de referência a realização de exame físico, oferta de exames sorológicos, quimioprofilaxia para infecções sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites e a contracepção de emergência.

No contexto estadual, a SES-MG realizou a pactuação da grade de referência para atenção a vítima de violência sexual conforme as diretrizes e atribuições da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022, que aprova a regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual pelos estabelecimentos

hospitais de saúde e institui a grade de referência por Região de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. A partir dessa pactuação, as instituições hospitalares de referência ao atendimento às vítimas de violência sexual, a depender da estrutura física, habilitações, necessidades locais e população de referência, são categorizadas como:

- Tipo I: realiza o atendimento humanizado, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual com acolhimento, atendimento clínico, profilaxia com antirretroviral IST/AIDS, testagem rápida para IST/AIDS, anticoncepção de emergência e coleta de vestígios com a cadeia de custódia;
- Tipo II: realiza o atendimento humanizado, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual com acolhimento, atendimento clínico, profilaxia com antirretroviral IST/AIDS, testagem rápida para IST/AIDS, anticoncepção de emergência e coleta de vestígios com a cadeia de custódia (mediante capacitação e habilitação) e interrupção da gestação como previsto em lei.

A Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual (RAVVS) possui incentivos estaduais dentro da Política Hospitalar Valora Minas – Valor em Saúde, no qual o financiamento e monitoramento dos hospitais partícipes da RAVVS encontra-se incorporado a avaliação de indicadores realizada no Valora Minas. A RAVVS conta com um indicador na Política Hospitalar que visa medir a proporção entre as notificações de violência sexual e o número de procedimentos registrados com o código 03.01.04.005-2 - Atendimento Multiprofissional para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual. O incentivo busca fomentar o acesso das vítimas de violência sexual a um atendimento integral, emergencial e multidisciplinar, que requer a equipe mínima preconizada. A ausência de profissionais como psicólogos e assistentes sociais em todos os turnos representa um desafio nos hospitais de referência, especialmente os de pequeno porte.

Outro importante instrumento de trabalho para o atendimento das vítimas de violência sexual no SUS-MG foi estabelecido pelo Decreto Estadual nº 46.242, de 15 de maio de 2013. Este dispõe sobre o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual e cria o Comitê Estadual De Gestão Do Atendimento Humanizado Às Vítimas De Violência Sexual - CEAHVIS. O Comitê tem como objetivos:

- I – Promover a aplicação e o desenvolvimento das ações que integram o atendimento humanizado, resguardada a igualdade de direitos e oportunidades das vítimas de violência sexual;
- II – Estabelecer cronograma de atividades com atribuições, responsabilidades e prazos definidos por deliberação do Comitê;
- III – Realizar reuniões mensais para acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações;
- IV – Emitir e publicar semestralmente relatório de acompanhamento com indicadores qualitativos e quantitativos das ações propostas, buscando atingir as metas e resultados definidos e identificar restrições e dificuldades para a execução e a eficácia na aplicação de melhores práticas na gestão do atendimento às vítimas de violência sexual;
- V – Emitir orientações gerais para o funcionamento dos Centros de Referência de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual;
- VI – Definir normas gerais sobre a organização e a metodologia do atendimento humanizado das vítimas de violência sexual;
- VII – exercer outras atividades correlatas; e VIII – elaborar o regimento interno do Comitê.

O CEAHVIS é constituído por dez membros e seus respectivos suplentes, representantes dos seguintes órgãos:

- I – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – SEDESE;

- II – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública – SEJUSP;
- III – Secretaria de Estado de Saúde – SES;
- IV – Polícia Civil de Minas Gerais – PCMG; e
- V – Polícia Militar de Minas Gerais – PMMG.

A base para as ações do CEAHVIS é a Norma Técnica “Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios”, que propõe, em âmbito nacional, o fortalecimento e a consolidação da rede integrada de atendimento às mulheres em situação de violência por meio da articulação de diversas áreas de assistência, atenção, proteção e defesa dos direitos das mulheres.

Em Minas Gerais, foi estabelecido um regime de estreita cooperação mútua, para promover um conjunto articulado de ações governamentais, visando a implementação da cadeia de Custódia em Exames de DNA, do material coletado pelos Centros de Referência de Atendimento às Vítimas de Violência sexual ou unidades de saúde credenciadas na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), com fulcro no artigo 158 do Código de Processo Penal (Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado) e artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária).

Dentre as várias atribuições do Comitê, destaca-se a articulação com a Secretaria de Estado da Saúde e a Polícia Civil de Minas Gerais com o objetivo de implantar registro de informações, coleta de vestígios e cadeia de custódia nos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual visando oferecer atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, no âmbito do estado de Minas Gerais.

Nesse sentido, foi instituído um grupo de trabalho para elaboração do Acordo de Cooperação Técnica, que possibilitará a organização dos órgãos e serviços para acolher pessoas em situação de violência sexual. Considerando o grande impacto que este tipo de violência causa na saúde física e psíquica da vítima, a possibilidade de integração dos serviços com realização de acolhimento, atendimento multiprofissional e encaminhamentos necessários, contribuirá para viabilizar a integralidade da atenção às mulheres em situação de violência sexual bem como para o combate à impunidade, uma vez que possibilitará a coleta de material biológico do agressor.

O escopo de atuação do acordo prevê a implantação do protocolo de humanização do atendimento às vítimas de violência sexual/cadeia de custódia de material genético de vestígios de violência sexual nos serviços de referência da rede de atenção às pessoas em situação de violência sexual e a capacitação dos profissionais de saúde para realizarem no momento do atendimento médico o exame e coleta de provas/vestígios em vítimas de violência sexual. Essa organização possibilitará a integração dos serviços, o acolhimento, o atendimento multiprofissional com realização dos encaminhamentos necessários, de modo a viabilizar a integralidade da atenção a esse público.

Para a consecução do objeto estabelecido neste Acordo de Cooperação, cada órgão possui suas atribuições descritas, considerando o âmbito de sua competência e diretrizes preconizadas.

Os municípios que possuem serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual deverão assinar o termo de adesão, para que suas equipes sejam capacitadas pela PCMG e SES-MG no que diz respeito ao registro de informações, coleta de vestígios, guarda e entrega de material.

Com relação às ações da SES-MG juntamente com a PCMG, estão sendo realizadas capacitações virtuais dos hospitais de referência para o atendimento às vítimas para coleta de vestígios de violência sexual. Dos 108 hospitais de referência para este atendimento, aproximadamente 70 serviços já foram capacitados para realizar a coleta de vestígios.

Por fim, o planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas dos Ciclos de Vida na APS da SES-MG tem como objetivo promover a atenção integral, humana e resolutiva à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e da pessoa idosa, com vistas a assegurar

a acessibilidade e a melhoria da qualidade de saúde aos indivíduos, considerando os eixos prioritários previstos nas Políticas e Diretrizes Nacionais vigentes. As perspectivas de desenvolvimento das ações voltadas para os Ciclos de Vida visam a elaboração, implantação e implementação de políticas públicas de saúde, o planejamento, a organização, a execução, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação de ações relacionadas à promoção da saúde, além da detecção, da prevenção e da assistência a essas populações.

3.5.2. Atenção Especializada Ambulatorial

Comparativamente à Atenção Primária à Saúde à atenção hospitalar, a atenção ambulatorial especializada é reconhecida como um dos grandes gargalos do SUS/MG, principalmente, com relação à insuficiência de oferta assistencial. Entretanto, Eugênio Vilaça destaca que:

“Não é o ‘vazio assistencial’ o principal problema da Atenção Especializada no Brasil, mas o vazio cognitivo, ou seja, o desconhecimento de práticas que comprovam a possibilidade de um atendimento diferenciado aos que necessitam do especialista” (BRASIL, 2016, p. 8).

Além disso, Eugênio Vilaça explica que, mesmo havendo carência na oferta de algumas especialidades, experiências demonstram que os “vazios” podem ser superados, também, com novas formas de organização das relações entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Diante desse contexto, a SES/MG tem trabalhado para reorganizar a atenção especializada ambulatorial, de modo a fortalecer a articulação com os demais pontos de atenção na rede e possibilitar a garantia da integralidade do cuidado, a otimização dos custos e o aumento da resolutividade da assistência à saúde. Com relação à oferta assistencial, as principais políticas são a manutenção dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) e o projeto de Ampliação da Atenção Especializada, conforme apresentado abaixo.

Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE)

Os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), regulamentados por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.066, de 04 de dezembro de 2019, e suas alterações, são pontos de média complexidade ambulatorial e fazem parte da política estadual de assistência às cidadãs e cidadãos com hipertensão, diabetes, Doença Renal Crônica (DRC) de alto e muito alto grau de risco, bem como idosos frágeis, crianças de risco, mulheres - propedêutica de câncer de mama e de colo de útero e gestantes de alto risco.

A oferta assistencial dos CEAE é fundamentada considerando o perfil epidemiológico da população e as necessidades de saúde dos territórios, sendo a organização baseada na atenção programada. Essa estratégia é uma importante ferramenta de gestão da clínica e subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde, permitindo a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção às cidadãs e aos cidadãos.

A estruturação dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), 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 com 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 28 Centros Estaduais de Atenção Especializada distribuídos pelos territórios de Minas Gerais, contemplando 45 regiões de saúde e atendendo uma população de 7.880.196 habitantes (TCU, 2019). Os Centros estão classificados de acordo com a carteira de serviços ofertada e são financiados com recursos prioritariamente de fonte estadual.

Tabela 20 – CEAE por área de abrangência.

CEAE	Área de Abrangência
Araçuaí	Microrregião de Saúde de Araçuaí
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
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
Muriae	Microrregião de Saúde de Muriae
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	Município de 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: – Diretoria de Políticas e Estruturação de Atenção Especializada.

Ampliação da Atenção Especializada

A partir da análise da necessidade de expansão e fortalecimento da Atenção Especializada em Minas Gerais, bem como de maior integração entre os pontos das redes de atenção à saúde, instituiu-se o projeto de Ampliação da Atenção Especializada, para além dos territórios atendidos pelos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), no que tange à realização de consultas e exames, conforme regulamentado pelas Deliberações CIB-SUS/MG nº 3.992, de 9 de novembro de 2022, e nº 3.993, de 9 de novembro de 2022.

Um dos objetivos do projeto é o fortalecimento da regionalização do acesso ao cuidado. Para isso, a organização da oferta assistencial deverá ser estruturada nos municípios polo das microrregiões de saúde, de modo que cada um disponibilize, para sua região de abrangência, as linhas de cuidado prioritárias na AAE definidas pela SES, sendo elas: pré-natal de alto risco, criança de risco, propedêutica do câncer de mama, propedêutica do câncer de colo de útero, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus de alto e muito alto risco e idoso frágil.

Dessa forma, objetiva-se apoiar a organização dos processos de trabalho, observando os critérios de encaminhamentos, o fortalecimento do serviço ambulatorial e a vinculação da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da otimização de estabelecimentos já existentes nos territórios, de modo a identificar e organizar pontos de atenção ambulatorial especializada para a prestação dos serviços da média complexidade ambulatorial, com garantia de acesso a consultas multiprofissionais e exames clínicos. A previsão é que as microrregiões ofertem todas as linhas integralmente até fevereiro de 2024.

Ainda, com vistas a integrar a Atenção Especializada e a APS e ampliar o acesso da população ao apoio diagnóstico e terapêutico, a SES vem estruturando iniciativas de saúde digital, como a telemedicina teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico e teleconsulta.

3.5.3. Atenção Hospitalar e Pré-Hospitalar

Política de Atenção Hospitalar do Estado

A Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais foi instituída através da Resolução SES-MG nº 7.223, de 16 de novembro de 2016, intitulada como Política Valora Minas. Esta consolida as ações e políticas da atenção hospitalar, tendo como base as seguintes diretrizes:

- I - garantia de acesso universal, equidade e integralidade no atendimento hospitalar em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar;
- II - concepção dos hospitais como ponto de atenção integrado e articulado à RAS, de forma regionalizada em consonância com o planejamento dos territórios;
- III - fortalecimento da RAS para garantir e ampliar o acesso as ações e serviços de saúde;
- IV - acesso regulado de acordo com o estabelecido nas Políticas Estadual e Nacional Regulação do SUS, com responsabilidade compartilhada entre a gestão Estadual e a gestão municipal;
- V - organização dos fluxos assistenciais para serviços de média e alta complexidade hospitalar nos territórios;
- VI - atenção Humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização, centrada no usuário e baseada nas suas necessidades de saúde respeitando as diversidades individuais e coletivas;
- VII - organização do processo de trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar, ampliando o olhar sobre os problemas de saúde e criando dispositivos de articulação com os outros serviços e equipes da RAS;

- VIII - garantia da qualidade da Atenção Hospitalar e segurança do paciente de acordo com a Política Nacional de Segurança do Paciente;
- IX - garantia da efetividade dos serviços, com transparência, eficiência e uso racional dos recursos;
- X - transparência dos recursos públicos repassados aos estabelecimentos hospitalares pelos municípios, Estado e União;
- XI - qualificação e fortalecimento dos processos de produção e gestão em saúde atuando na micropolítica a partir das necessidades dos usuários, tanto nos seus aspectos administrativos, financeiros, quanto assistenciais;
- XII - contratualização por meio de um único instrumento jurídico que contemple todos os recursos de fonte estadual vinculados aos programas, com avaliação do desempenho hospitalar conforme regramento específico e valorização dos resultados;
- XIII - monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais e entrega assistencial realizada, bem como de outros indicadores considerados estratégicos pela gestão interna de cada hospital;
- XIV - repasse de recursos vinculados à performance e ao valor entregue à população; e
- XV - concepção do hospital como campo de ensino e boas práticas, contribuindo para a formação de profissionais em consonância com as Políticas Federais, Estaduais e Municipais de formação de Recursos Humanos em Saúde. (MINAS GERAIS, 2016)

O objetivo da política consiste em qualificar a assistência, ampliar o acesso e responder às demandas e necessidades da população mineira, mediante a otimização da alocação de recursos nas unidades territoriais de saúde e vinculação dos repasses a resultados assistências e valor entregue à população.

Visando a organização da Rede de Atenção Hospitalar nas unidades territoriais de saúde, inicialmente a Política Valora Minas foi composta por três módulos complementares. Todavia, com a Resolução SES-MG nº 7.832, de 05 de novembro de 2021; estabeleceu-se o quarto módulo, a saber:

- I - Valor em Saúde: módulo que contempla hospitais de relevância Microrregional, Macrorregional e Estadual, com notória contribuição para a resolubilidade dos territórios para os serviços de média e/ou alta complexidade hospitalar;
- II - Hospitais Plataforma: módulo que contempla hospitais que não cumprem com critérios de elegibilidade para o módulo “Valor em Saúde”, mas com identificada relevância para as Redes de Atenção nos territórios;
- III - Módulo dedicado à Estratégia Estadual de Cirurgias Eletivas que contempla os procedimentos cirúrgicos-eletivos considerados gargalos para o SUS/MG, denominado Opera Mais Minas Gerais; e
- IV - Módulo Hospitais Regionais, temporariamente dedicado aos hospitais regionais em construção. (MINAS GERAIS, 2021)

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 de Minas Gerais. 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 hospitalares, além da ciência do aporte financeiro federal alocado nos hospitais. Esse é um dos principais desejos da Política de Atenção Hospitalar, que contribui para uma visão sistêmica do complexo hospitalar e para a concepção da Saúde em Redes de Atenção.

Ao analisar a rede hospitalar atual disponível no estado, tem-se 497 estabelecimentos hospitalares que prestam serviços para o SUS-MG. Destes, 165 estão contemplados no módulo Valor em Saúde (relevância macrorregional, microrregional e/ou estadual); 151 do Módulo Hospitais Plataforma e 320 no Módulo Eletivas, distribuídos conforme Tabela XX. Importante destacar que um mesmo hospital pode estar contemplado em mais de um módulo.

Tabela 21 – Perfil dos hospitais em Minas Gerais, frente aos módulos vigentes da Política Estadual de Atenção Hospitalar.

<i>Macrorregião de Saúde</i>	<i>Estabelecimentos Hospitalares SUS</i>	<i>Hospitais Valor em Saúde da Política Valora Minas</i>	<i>Hospitais Plataformas da Política Valora Minas</i>	<i>Hospitais Opera Mais</i>
Centro	80	33	23	57
Centro Sul	31	8	8	16
Jequitinhonha	15	6	4	9
Leste	23	7	6	14
Leste do Sul	19	6	6	15
Nordeste	31	12	14	20
Noroeste	17	6	7	14
Norte	36	17	12	28
Oeste	32	12	9	22
Sudeste	50	19	15	30
Sul	97	22	29	56
Triângulo do Norte	35	5	8	18
Triângulo do Sul	21	6	8	15
Vale do Aço	10	6	2	6
Total	497	165	151	320

Fonte: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

Obs: O quantitativo de estabelecimentos hospitalares que prestam serviços para o SUS referem-se aos estabelecimentos do tipo Hospital Geral e Hospital Especializado com ao menos um leito SUS, como base os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, competência agosto/23.

Histórico de Construção da Política Valora Minas

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.

O Módulo Valor em Saúde contempla hospitais de relevância microrregional, macrorregional e estadual identificados como estratégicos para as Redes de Atenção à Saúde, sendo considerados resolutivos (ou potencialmente) nos territórios para os serviços de média e/ou alta complexidade hospitalar, agregando valor às políticas de saúde desenvolvidas no âmbito do Estado. Esse módulo é composto por 165 hospitais.

Paralelamente, existem no estado de Minas Gerais hospitais de pequeno porte que também possuem grande relevância no complexo hospitalar – atualmente, os hospitais com até 50 leitos correspondem a cerca de 50% do total dos que prestam serviços para o SUS-MG. Diante disso, o Módulo Hospitais Plataforma contempla hospitais que não cumprem com critérios de elegibilidade para o módulo “Valor em Saúde”, mas possuem identificada relevância para as Redes de Atenção nos territórios, quando são vocacionados. A proposta é vocacionar estes hospitais, a partir do seu perfil, demanda das regiões e assistência prestada para a sua Microrregião de Saúde.

Mesmo com a reestruturação da Atenção Hospitalar (resultado almejado com os dois módulos anteriores), era esperado que parte das demandas não fossem absorvidas naturalmente pela Rede – demandas estas eletivas e 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, que foi potencialmente aumentada durante o período pandêmico de COVID-19 em que foram priorizados os atendimentos de urgência. Nesse sentido, o módulo denominado Opera Mais Minas Gerais tem como objetivo potencializar a produção de cirurgias eletivas hospitalares, a partir de um rol de procedimentos prioritários. Nesse sentido, o Opera Mais estimulou um aumento de 20% nas cirurgias eletivas hospitalares priorizadas em 2022, comparado ao nível pré-pandemia. Para o ano de 2023, estima-se ainda um aumento de 15% sobre a produção de 2022.

Por fim, o módulo Hospitais Regionais é um módulo temporário dedicado a estruturação dos hospitais regionais em construção em Governador Valadares, Teófilo Otoni, Juiz de Fora, Divinópolis, Sete Lagoas e Conselheiro Lafaiete, visando contribuir para o início das suas atividades e sua inserção nas Redes Temáticas. Estes são locais do estado com um histórico de vazio assistencial e dependência da rede privada.

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 compreendeu o diagnóstico das condições de saúde da população, com enfoque na atenção hospitalar. Na segunda fase foram 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 nas redes temáticas foram atividades definidas para a terceira etapa. A quarta etapa foi constituída pela elaboração da metodologia de alocação de recursos nos estabelecimentos hospitalares e, finalmente, a quinta etapa agrega as etapas anteriores ao vincular os recursos aos resultados assistenciais desejados (Figura 35).

Figura 38 – Etapas da construção da Política Hospitalar.



Fonte: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

Sobre a etapa de tipificação dos hospitais nas redes temáticas, esse movimento desencadeou uma revisão das diretrizes e pactuação de grades de referência, para as seguintes redes: (i) Atenção ao Parto e Nascimento; (ii) Atenção às Urgências e Emergência e (iii) Saúde Bucal, aprovadas pelas Deliberações CIB-SUS/MG nº 3.222/2020, 3.327/2021, 3.442/2021, 3.592/2021 e 3.620/2021. Posteriormente, movimento similar foi realizado para a Rede de Atenção às Pessoas Vítimas de Violência Sexual, pautadas nas Deliberações CIB-SUS/MG nº 3.351/2021 e 3.939/2021.

Revisão da Política Valora Minas

Após cerca de 1 ano e meio da implantação da Política Valora Minas, identificou-se a necessidade de realizar ajustes metodológicos nos módulos Valor em Saúde, Opera Mais e Hospitais Plataforma, motivados pela busca constante de atingir seus objetivos específicos e pela publicação do Decreto Estadual nº 48.600, de 10 de abril de 2023.

O processo de revisão dos dois primeiros módulos foi concluído em julho de 2023, com efeitos financeiros a partir de setembro de 2023, conforme publicação das Resoluções 8.895/2023 e 8.907/2023. A revisão do Módulo Hospitais Plataforma está prevista para ser concluída até o fim do ano de 2023.

- **Revisão do Módulo Valor em Saúde:**

- Nesse processo de revisão do módulo, foram mantidos os critérios de elegibilidade e o rol de estabelecimentos contemplados. As principais alterações realizadas foram em relação ao modelo de monitoramento e ao método de alocação de recursos, que passou a ser composto por três modalidades:
 - componente variável de custeio das redes temáticas;
 - cofinanciamento variável de diária de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN); e

- incremento fixo de produção
- Diante das alterações realizadas, espera-se conseguir avançar na lógica do financiamento tripartite, tendo como foco a alocação dos recursos nas redes temáticas para ampliação e qualificação da assistência e no enfrentamento dos "gargalos" da rede hospitalar.
- **Revisão do Módulo Opera Mais**
 - A revisão do módulo de eletivas hospitalares buscou simplificar as metodologias de monitoramento e pagamento, ampliar a qualificação financeira dada aos procedimentos do rol, e fomentar a ampliação da cobertura regional dos níveis secundário e terciário de assistência. Além disso, o rol de cirurgias foi reduzido de forma a evitar o financiamento de procedimentos de urgência ou de procedimentos em desuso.
 - Como resultado da revisão, foi determinado que:
 - o Opera Mais aumentará a frequência dos pagamentos durante o ano;
 - procedimentos de alto custo e/ou de baixa taxa de execução no estado receberão mais recursos;
 - será concedido bonificação extra aos executores que atendam às necessidades regionais de realização de cirurgias, conforme indicação dos pactos regionais CIB-SUS.

Projeto Otimiza SUS

A assistência hospitalar é emblemática no campo da política, planejamento e gestão e constitui constante preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e magnitude dos desafios existentes.

Em uma lógica de Redes de Atenção à Saúde, mais de 85% das condições em saúde são passíveis de resolução pelas equipes de Atenção Básica (MENDES, 2011). Porém, os hospitais, na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), são frequentemente a porta de entrada do cidadão e absorvem cerca de 70% dos gastos públicos com saúde (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008; SANTOS e PINTO, 2017). Ademais, existem grandes heterogeneidades intra e inter regiões de saúde, com déficit de leitos hospitalares gerais e de Unidades de Terapia Intensiva. Também há gargalos de acesso da população, especialmente em algumas especialidades. Apesar de tais questões, foram encontrados alguns serviços com baixas taxas de ocupação, indicativo da necessidade de avaliar custo-efetividade. Também inexistem informações sistematizadas e padronizadas quanto aos custos do parque hospitalar.

Políticas de reforma da atenção hospitalar são desafiadoras, particularmente pela multiplicidade de formas de propriedade e administração dos hospitais, dos sistemas de governança e de mecanismos de pagamento. Segundo dados do CNES de abril de 2022, do total de hospitais que possuem leitos destinados ao SUS-MG, apenas 25% são de natureza jurídica administração pública.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Hospitalar iniciou a reorganização do sistema e identificou que a melhoria na eficiência do parque hospitalar é uma prioridade. Assim, apesar de volumosos investimentos no parque hospitalar de Minas Gerais, há escassez de informações quanto a efetividade dos recursos investidos. Nesse sentido, desde 2020, foi iniciada uma transição com a implantação da Política Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas.

Nesse contexto, o Projeto OtimizaSUS foi concebido com o objetivo de ampliar o acesso qualificado da população mineira e otimizar a utilização de recursos com foco na melhoria dos processos de trabalho dos estabelecimentos hospitalares. Dessa forma, o OtimizaSUS tem estreita aproximação com o problema mencionado, sendo vinculado aos indicadores de monitoramento do módulo Valor em Saúde relacionados à modernização do

complexo hospitalar e fomento a utilização de metodologias de gestão da qualidade e eficiência.

A Resolução SES-MG nº 7.925, de 10 de dezembro de 2021, instituiu o Projeto OtimizaSUS, organizado em dois eixos que, conjuntamente, buscam compreender os sistemas hospitalares, fornecendo subsídios para melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade nas ações de saúde, bem como aprimorar o planejamento nas ações dos sistemas de saúde.

O primeiro eixo trata de um subsídio para a adesão ao Programa Nacional de Gestão de Custos, que visa padronizar a metodologia de gestão de custos permitindo análises comparadas e estratificadas a partir do conhecimento do custo total de cada um dos seus setores/unidades, a composição desses custos, bem como o custo médio dos serviços prestados.

O segundo eixo, por sua vez, visa fomentar a utilização da Metodologia Diagnosis Related Groups (DRG), que consiste em um sistema de classificação que reflete a complexidade média dos pacientes tratados, relacionando-os a uma expectativa de consumo de recursos e de desfechos na assistência prestada pelo hospital. Em outras palavras, a metodologia permite comparar os resultados obtidos pelo hospital com parâmetros de excelência, mantendo correspondência com perfil assistencial. Além disso, são identificadas quais variáveis impactam na eficiência do hospital.

O projeto tem capacidade de apresentar melhorias para as cidadãs e cidadãos, pelo potencial de ampliar a disponibilidade de leitos, com assistência de qualidade associada ao eficiente uso dos recursos públicos e maior transparência na utilização dos recursos. Por exemplo, conhecendo as variáveis que impactam na eficiência do hospital, é possível ampliar acesso ao leito sem necessariamente ampliar o quantitativo de leitos, mas otimizando os processos, com redução do tempo de permanência dos usuários.

Para atingir a totalidade dos hospitais de relevância do estado, o Projeto OtimizaSUS foi concebido em três ondas, abrangendo no total 146 hospitais mineiros - na primeira onda, foram contemplados 47 hospitais de relevância estadual ou macrorregional. Na segunda onda, 44 hospitais microrregionais. Já na terceira onda, há a previsão de atendimento a 53 hospitais microrregionais.

A estratégia de implantação, em uma sequência cronológica, prevê: i) Concepção e Planejamento (cerca de 3 meses); ii) Aprovação por representantes dos municípios e estado (15 dias); iii) Sensibilização, adesão e implantação por onda (8 meses). A etapa de avaliação e monitoramento será contínua e conjunta entre os dois eixos, desde a implantação da 1ª onda. Estima-se que o projeto, como um todo, tenha duração mínima de 43 meses. No momento de elaboração do presente plano, estão em fase de implantação a 1ª e 2ª ondas, com previsão de avanço para a 3ª onda em 2024.

Como principal público-alvo do projeto, destacam-se os gestores hospitalares e municipais, pois as soluções empregadas se tornam ferramentas de trabalho e também mensuradores do modo como fazem suas escolhas políticas-técnicas cotidianamente. Ademais, os técnicos/gestores que formulam as políticas de saúde estaduais são também grandes interessados no desenvolvimento e implantação do Projeto OtimizaSUS, dado o potencial de utilização das informações geradas no projeto.

Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou potencialmente graves, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios e recursos humanos especializados.

O Ministério da Saúde disponibiliza, por meio da Portaria nº 1.631/2015, parâmetros que permitem dimensionar a oferta e demanda desses leitos. Na Figura 36, é apresentado cálculo realizado pelo Núcleo de Informações da Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar, com base nos leitos existentes no mês de fevereiro de 2023, observamos que no estado como um todo há déficit de leitos adultos e pediátricos:

Tabela 22 – Déficit/Superávit de leitos de UTI em Minas Gerais.

<i>Tipo</i>	<i>Déficit/ Superávit</i>
UTI Adulto	-382
UTI Neonatal	63
UTI Pediátrica	-222

Fonte: – Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

O déficit de leitos de UTI do estado, em especial para atendimento de adultos, foi reduzido substancialmente após a pandemia de COVID-19, quando foi ampliado o quantitativo de 2.771 leitos de UTI adulto e 44 leitos de UTI pediátrica em todo o estado. No entanto, com o arrefecimento da pandemia ocorreu um processo de desmobilização dos leitos COVID-19, em função das diretrizes do Ministério da Saúde que converteu leitos de UTI COVID-19 em leitos de UTI convencional no estado a um limite de 590 leitos, sendo 40 leitos de UTI Pediátrica e 550 leitos de UTI Adulto, o que foi efetivado através da Portaria nº 220, de 27 de janeiro de 2022, a qual habilitou, com pendências, esses leitos. Apesar do limite de leitos estipulado pelo Ministério da Saúde à época, a habilitação de leitos de UTI é um processo contínuo que permanece aberto para novos pleitos.

Todavia, considerando o déficit histórico de leitos de UTI Pediátrica, em 2022 foi publicada a Resolução SES-MG nº 8.203, de 14 de junho de 2022, que dispõe sobre as estratégias de fomento e critérios para recebimento de incentivos financeiros para ampliação de Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTI-P), vinculadas ao Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências. Por meio deste ato normativo as instituições hospitalares puderam pleitear recursos para construção/reforma, compra de equipamentos ou custeio transitório de leitos de UTI Pediátrica. Nesse processo foram ampliados 6 leitos na macrorregião leste do Sul e 10 leitos na macrorregião Leste. Há outros 14 leitos em fase de obras (5 na macrorregião Vale do Aço e 9 na macrorregião Nordeste) e 30 leitos na fase de compra de equipamentos (10 na macrorregião Sul, 10 na macrorregião Sudeste e 10 na macrorregião Noroeste).

Considerando que permanece ainda o déficit em especial em macrorregiões não pleiteantes de 2022, foi publicada a Resolução SES-MG nº 8.953, de 17 de agosto de 2023, com vistas a melhorar a aderência à estratégia de ampliação de Unidades de Terapia Intensiva pediátrica. Essa resolução prevê ajuste no valor de referência da reforma e/ou construção e amplia prazo para apresentação de pleitos até 11 de outubro de 2023, com previsão de publicação de ato até o final de 2023 com a definição de novos hospitais contemplados com fomento a novos leitos.

Sistema Estadual de Transplantes de Minas Gerais

A Portaria de Consolidação nº 04, de 28 de setembro de 2017, aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. O Brasil possui o maior sistema público de transplantes no mundo e, no SUS, os pacientes possuem assistência integral, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante.

Em Minas Gerais, a Central Estadual de Transplantes (CET MG Transplantes) é responsável por coordenar no Estado a política de transplantes de órgãos e tecidos, regulando o processo de notificação, doação, distribuição e logística; avaliando resultados e capacitando hospitais e profissionais afins nas atividades relacionadas à doação de órgãos e tecidos.

O Estado oferta transplante dos seguintes órgãos e tecidos: coração, córnea, fígado, medula óssea, pâncreas, pele, rim, rim conjugado com pâncreas e tecido músculo esquelético.

No âmbito das normativas estaduais, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.999, de 18 de setembro de 2019, aprovou o Plano Estadual de Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos de Minas Gerais. Este plano tem como diretrizes a ampliação da compreensão sistêmica das necessidades de doação e transplantes no estado; o planejamento, com maior eficiência, de ações

para melhorar o acesso, a promoção da equidade e a integralidade da atenção; a qualificação do processo de procura, captação, processamento, distribuição e transplantes de órgãos e tecidos; e a racionalização de gastos e aplicação dos recursos. O objetivo deste plano é tornar o Sistema Estadual de Transplantes de Minas Gerais mais acessível, organizado e melhor estruturado.

Cientes da importância do estímulo aos transplantes, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais publicou a Deliberação CIB/SUS-MG nº 4.330, de 17 de agosto de 2023, que aprova a política continuada de Ampliação à Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais e a Resolução SES/MG nº 8.955, de 17 de agosto de 2023, que define as regras de financiamento do Programa de Ampliação à Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. A referida Política tem como objetivos:

- I – incentivar o Sistema Estadual de Transplantes de Minas Gerais, visando reduzir o tempo do paciente na fila de espera, por meio do aumento do número de doações, captações e transplantes de órgãos e tecidos;
- II – ampliar a rede transplantadora estadual com fomento à implantação de serviços de transplantes pediátricos (cardíaco e hepático) e de pulmão, com vistas a reduzir o quantitativo de transferências interestaduais decorrentes da inexistência de oferta dessas modalidades no estado;
- e III – incentivar a atuação efetiva das Comissões Intra-Hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes (CIHDOTTs) tipos II e III, com vistas a aumentar a identificação de potenciais doadores, bem como a conclusão de diagnósticos de morte encefálica e a doação de órgãos e tecidos no Estado. (MINAS GERAIS, 2023).

Políticas Pré-Hospitalares: 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 Ministério da Saúde, 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; e
 - VII - Atenção Domiciliar.
- A Resolução SES-MG nº 6.714, de 17 de abril de 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 a regulação de urgências do SAMU caberá a coordenação das ações, apoiada pelas demais centrais de regulação do complexo; e
- VIII - Comitê Gestor Regional das Urgências e Emergências. (BRASIL, 2017)

Uma característica fundamental da rede é o funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, visando atender às condições agudas ou crônicas agudizadas, sejam elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica ou outras.

Dessa forma, a Rede de Urgência e Emergência busca garantir uma assistência de qualidade em momentos de urgência e emergência, promovendo uma resposta rápida e eficaz às necessidades dos pacientes.

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 Ministério da Saúde, 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.

UPA 24h

O Programa UPA 24h (Unidade de Pronto Atendimento 24 horas) é um programa de saúde que visa garantir atendimento de qualidade em casos de urgência e emergência. A UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que funciona em articulação com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, com o objetivo de melhorar o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências.

Existem duas tipologias de UPA 24h: a UPA 24h Nova, que é construída com recursos de investimento federal para a construção de um novo prédio, e a UPA 24h ampliada, que consiste em adaptar e ampliar as instalações de saúde já cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), como Policlínicas, Pronto Atendimento, Prontos Socorros Especializados/Prontos Socorros Gerais e Unidades Mistas.

As diretrizes da UPA 24h estabelecem os princípios e orientações fundamentais para o funcionamento dessas unidades de pronto atendimento. São elas:

- I - Funcionamento ininterrupto 24 horas todos os dias da semana, ou seja, as UPAs 24h devem estar disponíveis para atender a população a qualquer hora do dia ou da noite;

- II - Equipe Assistencial Multiprofissional composta por profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros, em quantidades adequadas para atender às necessidades da unidade. Essa quantidade deve considerar fatores como a demanda do serviço, o tempo de resposta, o acesso do paciente e a relação custo-efetividade. Essas equipes devem estar em conformidade com as normas vigentes, incluindo as resoluções dos conselhos profissionais;
- III - Acolhimento, ou seja, receber os pacientes de forma acolhedora, oferecendo conforto, atenção e informações claras sobre o atendimento que será realizado; e
- IV - Classificação de risco, que consiste em avaliar a gravidade e urgência dos casos atendidos, priorizando o atendimento dos pacientes que necessitam de cuidados imediatos. (BRASIL, 2017).

Essas diretrizes estão estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 3/2017, que é um documento normativo que reúne as principais regras e regulamentos relacionados à organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal portaria busca consolidar e simplificar as normas existentes, garantindo maior clareza e uniformidade na aplicação das políticas de saúde em todo o território nacional.

A Resolução SES-MG nº 7.332, de 10 de dezembro de 2020, atualiza as regras gerais para implantação, execução, acompanhamento, controle e avaliação do Programa UPA 24 horas do Estado de Minas Gerais e detalha a distribuição das 67 unidades existentes em Minas Gerais.

Quanto a este componente, ressalta-se também a inserção das UPAs no Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que é uma estratégia do Ministério da Saúde com vistas a qualificar a gestão de custos e melhorar a eficiência na alocação e na gestão dos recursos financeiros dos serviços de saúde. O Programa compreende um conjunto de ações que têm por finalidade a promoção da gestão de custos no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo uma importante ferramenta da gestão pública, essencialmente criada para suprir a ausência de informação de custo nas instituições públicas de saúde, exclusivamente as responsáveis pelas prestações de serviços finais à cidadã e ao cidadão.

Com vistas a melhorar aplicação dos recursos públicos nas Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h, a Secretaria de Estado de Saúde, em conjunto com Ministério da Saúde, vem incentivando a implantação do programa nessas unidades, por meio de repasses financeiros específicos para este fim, bem como a partir de capacitações.

Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências

De acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.282, de 25 de julho de 2023, 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 por meio da Política Hospitalar Valora Minas.

As regras de financiamento, que tem como objetivo o custeio das equipes assistenciais que prestam atendimento direto às Urgências e Emergências, estão dispostas na Deliberação CIB/SUS nº 4.282, de 25 de julho de 2023. Trata-se de um recurso exclusivo para a rede temática de Urgência e Emergência de acordo com estrutura física, recursos tecnológicos e equipe disponíveis, bem como funções, habilitações e necessidades locais dos hospitais beneficiários do Rede Respostas.

Em conformidade com a Resolução SES-MG nº 6.713, de 17 de abril de 2019, o Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências possui 220 beneficiários, em 14 macrorregiões. O quantitativo por macrorregião está sintetizado na Tabela XX.

Tabela 23 – Quantitativo de hospitais tipificados no Rede Resposta, por macrorregião.

<i>Macrorregião</i>	<i>Quantitativo de hospitais</i>
Centro	32
Jequitinhonha	8
Triângulo do Norte	8
Triângulo do Sul	7
Sudeste	21
Centro Sul	12
Leste	12
Norte	27
Leste do Sul	10
Noroeste	8
Oeste	16
Sul	30
Vale do Aço	8
Nordeste	17
Total	216

Fonte: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

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. Essa ação possibilita maior giro de leitos e otimização de recursos em saúde.

Atualmente esse Programa é financiado de maneira tripartite, com recursos do Ministério da Saúde, do Fundo Estadual de Saúde e dos municípios. O Estado de Minas Gerais conta com 111 equipes atualmente habilitadas pelo MS. A Tabela 24 apresenta o quantitativo de equipes do SAD no estado.

Tabela 24 – Quantitativo de equipes do SAD, por macrorregião, em Minas Gerais - 2023.

<i>Macrorregião de Saúde</i>	<i>Equipes do SAD</i>
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: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

Leitos de Retaguarda (Clínicos, UTI Adulto e Pediátrico, Cuidados prolongados) e Linhas de Cuidado Prioritárias (Trauma, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral)

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 Ministério da Saúde afirma ainda que a Rede de Atenção às Urgências deve se organizar considerando as Linhas de Cuidados Prioritárias de trauma, cardiovascular, com ênfase no Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e cerebrovascular, com ênfase no Acidente Vascular Cerebral - AVC (Portaria de Consolidação nº 3/2017), tendo em vista o perfil de morbimortalidade.

Para conhecimento, consta na Tabela 25 o quantitativo dos leitos de retaguarda qualificados na Rede de Atenção às Urgências.

Tabela 25 – Quantidade de Leitos de Retaguarda no Estado de Minas Gerais.

<i>Tipo de leito</i>	<i>Quantidade de Leitos</i>
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: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

Ainda em relação às linhas de cuidados de prioritárias, tem-se o compromisso de estruturar Linhas de Resposta Rápida capazes de garantir o atendimento pré-hospitalar e o acesso à rede de urgência e emergência em tempo oportuno nos territórios. Assim, tem-se como objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade relacionadas ao trauma, AVC e IAM.

Com relação ao trauma, a SES-MG está promovendo a estruturação da linha de cuidado de assistência aos pacientes queimados que está sendo organizada a fim de ampliar o acesso e qualificar a assistência.

São estratégias de fortalecimento da Linha de Cuidado de Assistência ao Paciente Queimado:

- I - a definição e/ou redefinição dos fluxos assistenciais e regulatórios pactuados nos territórios, para atendimento ao paciente queimado;
- II - a organização da assistência integral ao paciente queimado;
- III - o estímulo à utilização da Teleconsultoria médica;
- IV - o fomento à ampliação das habilitações ministeriais dos Centros de Referência em Assistência ao Paciente Queimado;
- V - o fomento às ações de prevenção de eventos causadores de queimaduras;
- VI - o monitoramento da fila única de pacientes queimados para acesso aos leitos hospitalares, no âmbito do Sistema Estadual de Regulação no fluxo de Urgência e Emergência; e
- VII - o incentivo estadual para atendimento de pacientes queimados para hospitais credenciados na Linha de Cuidado de Assistência ao Paciente Queimado.

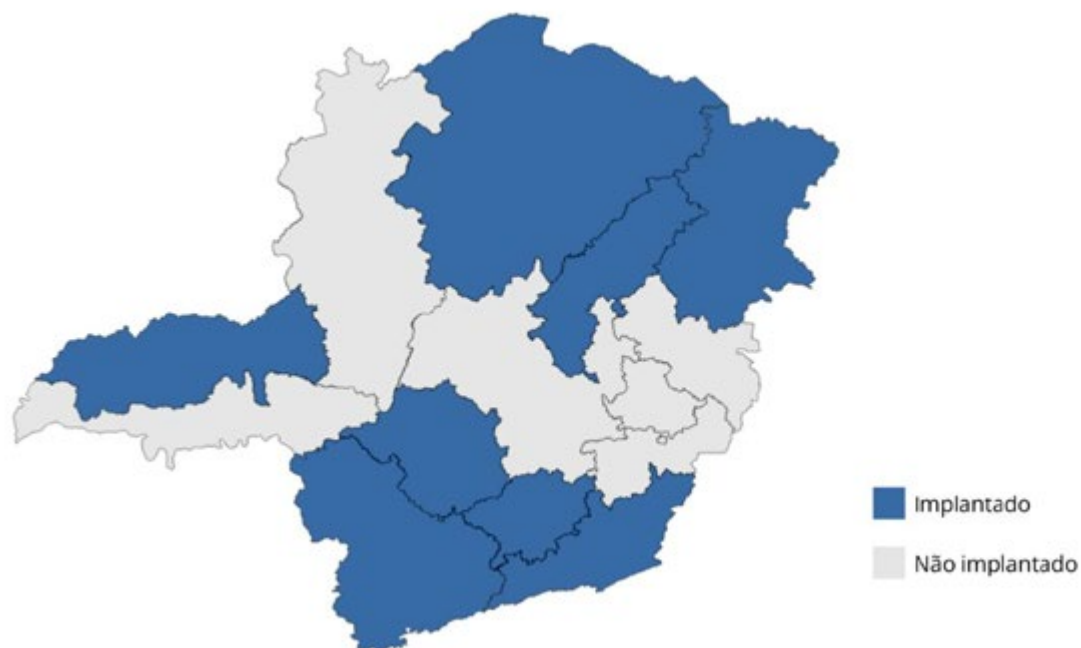
Na linha de cuidado do AVC a SES-MG tem trabalhado no sentido de fortalecer a organização dos estabelecimentos de saúde. Nesse contexto, destaca-se as seguintes estratégias: fomento a ampliação das habilitações ministeriais de Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC; definição/pactuação dos fluxos assistenciais para atendimento de pacientes com sinais e sintomas característicos AVC com vistas a alcançar menor tempo resposta, assistência adequada e local condizente com a demanda; e subsídios para tratamento farmacológico do Acidente Vascular Isquêmico (AVCi) com alteplase na fase aguda, dentro de uma estreita janela terapêutica após o início dos sinais e sintomas clínicos.

Nesse sentido a definição/pactuação dos fluxos assistenciais deve considerar a identificação das portas de urgência e emergência e sua abrangência; a definição das unidades hospitalares referência, considerando a infraestrutura, insumos e equipe multiprofissional, bem como a abrangência regional do serviço.

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. A Figura 36 apresenta o cenário de cobertura do SAMU 192 em 2019.

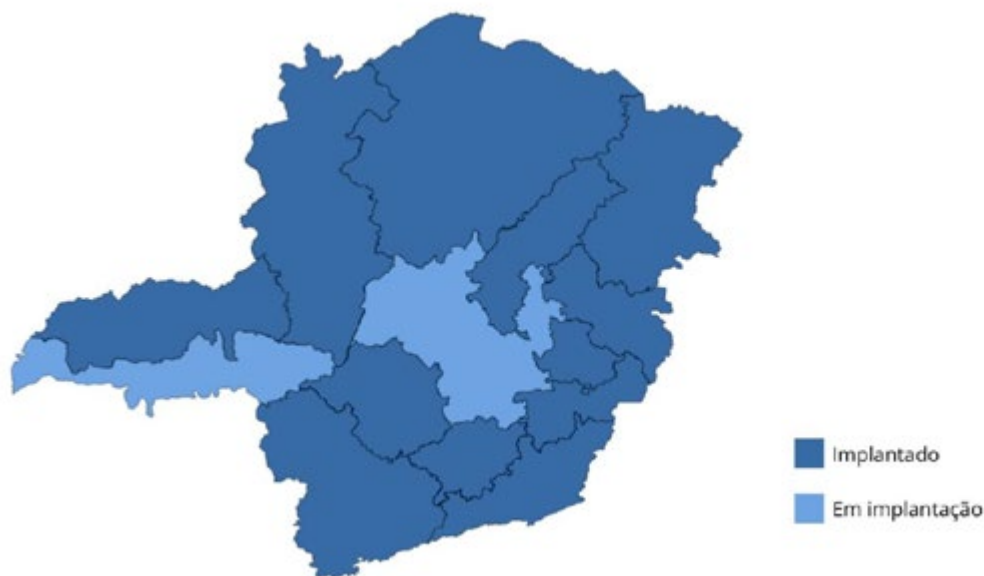
Figura 39 – Status de implantação do SAMU 192 em Minas Gerais, em 2019.



Fonte: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

No quadriênio 2019-2023, inúmeros esforços foram empreendidos para a consecução do objetivo de garantir a cobertura do SAMU 192 a 100% da população do estado. Foi implantado o SAMU Regional nas macrorregiões Noroeste, Leste do Sul, Leste e Vale do Aço, bem como na microrregião de saúde de Betim, pertencente à macrorregião Centro. Além disso, já foram iniciadas as tratativas para implantação do SAMU na macrorregião Triângulo do Sul e no restante da Macrorregião Centro. Com relação a essa última, explicita-se que, em decorrência de particularidades do território em questão, a macrorregião foi dividida em 5 territórios, cada um com SAMU próprio e com modelo de governança específico. O Mapa XX apresenta o status de implantação do SAMU em 2023.

Figura 40 – Status de implantação do SAMU 192 em Minas Gerais, em 2023.



Fonte: Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar.

Além do transporte pré-hospitalar móvel terrestre, o Estado conta com 4 aeronaves de asas rotativas (helicópteros) e 1 aeronave de asa fixa (avião), 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 das aeronaves em operação, está prevista a aquisição e entrega de mais 3 helicópteros e 1 avião, que possibilitará a instalação de mais duas bases, em Juiz de Fora e Governador Valadares, bem como uma qualificação do atendimento já realizado.

Hospitais Regionais

O Projeto de Construção dos Hospitais Regionais surgiu de uma necessidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em ampliar leitos hospitalares do Estado no intuito de desafogar os grandes centros e suprir os vazios assistenciais existentes em determinados territórios.

As obras tiveram ordem de início no passado pelos Municípios que sedariam os empreendimentos, mas, como é sabido, ficaram paralisadas ao longo dos últimos anos.

Posteriormente, com a diretriz do atual Governo do Estado de Minas Gerais consistente em retomar a obra dos Hospitais Regionais, bem como considerando os recursos financeiros disponibilizados pela Fundação Renova, em 2020, para conclusão das obras do Hospital Regional de Governador Valadares, como medida de compensação relativa ao rompimento da barragem do Fundão no município de Mariana/MG, o projeto foi retomado.

Em paralelo, na data de 04/02/2021, foi homologado Acordo Judicial celebrado entre o Governo de Minas Gerais, o Ministério Público de Minas Gerais, o Ministério Público Federal, a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais e a Vale S.A, com mediação do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, para reparação integral relativa ao rompimento das barragens B-I, B-IV e B-IV-A da Mina Córrego do Feijão, abarcando a retomada das obras e equipagem dos Hospitais Regionais de Teófilo Otoni, Divinópolis, Sete Lagoas, Conselheiro Lafaiete e Juiz de Fora.

Dessa forma, estabeleceu-se como projeto prioritário e estratégico a retomada das obras de 06 (seis) Hospitais Regionais localizados nos municípios de Governador Valadares, Teófilo Otoni, Divinópolis, Sete Lagoas, Conselheiro Lafaiete e Juiz de Fora.

Abaixo, passamos a descrever a estrutura física e as propostas de perfil assistencial para os seis Hospitais Regionais com base nas análises de vazios assistenciais realizadas pelos territórios:

Governador Valadares

O hospital irá atender as 6 microrregiões que compõem a Macro Leste, que é composta pelas seguintes microrregiões de saúde: Governador Valadares, Mantena, Resplendor, Santa Maria do Suaçuí, Peçanha e São João Evangelista. Irá beneficiar também a Macro Vale do Aço, e quando somamos as duas macrorregiões, a previsão é de atendimento de mais de 1.553.901 habitantes.

A estrutura física do hospital contará com 226 leitos, sendo 176 leitos de enfermaria para internação adulto e pediátrica, internação intensiva com 50 leitos, 9 salas de bloco cirúrgico, pronto atendimento robusto com 23 leitos de observação e 7 consultórios, além de diversos equipamentos de apoio ao diagnóstico e terapia como Ultrassom, Ressonância, Tomografia, Raio X, Hemodinâmica, Endoscopia e ECG.

Quando o hospital for entregue, a previsão é de que ele possa oferecer serviços de neurologia e neurocirurgia (média e alta complexidade), centro de queimados com cirurgia plástica, centro de ortopedia e trauma, bucomaxilofacial e cirurgia de cabeça e pescoço, oftalmologia, cardiologia, cirurgia vascular e unidade coronariana e doenças raras.

Teófilo Otoni

O hospital irá atender as 8 microrregiões que compõem a Macrorregião Nordeste, beneficiando 57 municípios e uma população estimada de 835.346 habitantes. Serão ofertados 427 leitos, sendo 372 para internação de adulto, pediátrica e maternidade, 30 leitos de UTI e 25 leitos de UTI neonatal, centro obstétrico com 4 salas de parto, centro cirúrgico com 8 salas de cirurgia, pronto atendimento robusto, além de diversos equipamentos de apoio ao diagnóstico e terapia como ECO, Ultrassom, Ressonância, Tomografia, Raio X, Mamografia, Endoscopia entre outros.

Quando o hospital for entregue, a previsão é de que ele possa oferecer serviços de neurocirurgia (média e alta complexidade), linha de cuidados da obesidade, centro de queimados, centro de trauma, hemocentro com serviço de hematologia, U-AVC, traumatologia e ortopedia (média e alta), maternidade de alto risco, porta de urgência e emergência (traumatologia/otorrino/queimados), odontologia hospitalar, linhas de cuidado da oftalmologia, onco pediatria (cirurgias oncológicas + neurocirurgias tumores + cirurgia do aparelho de visão em < 15 anos) e cirurgia do aparelho de visão adulto.

Conselheiro Lafaiete

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete está inserido na Macrorregião de Saúde Centro Sul, composta por 51 municípios, que tem uma população estimada de 798.326 habitantes (IBGE/TCU 2021), formada por 04 Microrregiões de Saúde: Barbacena, onde se localiza a cidade polo de macro, São João del Rei, Congonhas e Conselheiro Lafaiete, sendo as duas últimas as que serão mais diretamente impactadas pelo atendimento ofertado pelo Hospital Regional.

A estrutura física do hospital contará com 97 leitos, sendo 77 leitos de enfermaria para internação adulto e pediátrica, internação intensiva com 20 leitos, 4 salas de bloco cirúrgico, pronto atendimento com 20 leitos de observação, além de apoio ao diagnóstico e terapia como Tomografia e Raio X.

Quando o hospital for entregue, a previsão é de que ele possa oferecer serviços de Oftalmologia (Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia, Glaucoma, Doença Macular Relacionada à idade-DMRI), Endocrinologia, Bucomaxilofacial, Alta complexidade ao indivíduo com obesidade, Urologia, Angiologia e cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Cirurgia Pediátrica, Clínica médica, clínica neurológica e cardiológica, Alta

complexidade em ortopedia, Assistência ao grande queimado, leitos de UTI adulto tipo II, Abordagem a hemorragia digestiva alta, incluindo endoscopia diagnóstica e terapêutica, ambulatório de doenças respiratórias e cardiológicas.

Divinópolis

O Hospital regional de Divinópolis está inserido na Macrorregião de Saúde Oeste, composta por 54 municípios, que tem uma população estimada de 1.313.164 habitantes (IBGE/TCU 2021), sendo 76% dependente do SUS.

A estrutura física do hospital contará com 134 leitos de internação, sendo 8 de isolamento, 45 leitos internação intensiva, sendo 20 adultos, 15 neonatal e 10 leitos de Cuidados Intermediários, PA com 20 leitos de observação e 10 consultórios, Bloco cirúrgico com 8 salas de cirurgia, Centro Obstétrico com 4 salas de cirurgia e 4 salas de PPP.

Quando o hospital for entregue, a previsão é de que ele possa oferecer serviços de Gestação de alto risco (GAR), Centro de Parto Normal (CPN), Clínicas Cirúrgicas: pediátrica, cardiologia, neurologia, ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia endovascular, urologia. Clínica Médica, pediatria clínica e saúde mental (REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL), Obstetrícia Clínica, Obstetrícia Cirúrgica, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, UCI Convencional e Canguru, Alta Complexidade na Linha de Cuidado ao Indivíduo com Obesidade e Sobrepeso, Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia de média e alta complexidade e Centro de Referência em Oftalmologia, Grande Queimados e Parceria com instituições de ensino.

Sete Lagoas

O Hospital Regional de Sete Lagoas está inserido na Macrorregião de saúde Centro, que abarca a capital Belo Horizonte, onde existem inúmeros hospitais e mais de 10 mil leitos SUS, o que faz com que os atendimentos do Hospital Regional de Sete Lagoas, fiquem focados, principalmente para as microrregiões de saúde de Curvelo e de Sete Lagoas.

A estrutura do hospital física do hospital conta com 226 leitos, sendo 176 leitos de enfermaria para internação adulto e pediátrica, internação intensiva com 50 leitos, 9 salas de bloco cirúrgico, pronto atendimento robusto com 23 leitos de observação e 7 consultórios, além de diversos equipamentos de apoio ao diagnóstico e terapia como Ultrassom, Ressonância, Tomografia, Raio X, Hemodinâmica, Endoscopia e ECG.

Quando o hospital for entregue, de acordo com análise do município, a previsão é de que ele possa oferecer serviços Ortopedia, Neurologia clínica e cirúrgica, Nefrologia e Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Bucomaxilofacial, Cardiologia Clínica e cirúrgica (vascular, endovascular, intervencionista), Infectologia, Nutrologia, Ginecologia, Psiquiatria e Pediatria clínica e cirúrgica e Oncologia.

Juiz de Fora

O Hospital Regional de Juiz de Fora, cuja entrega está prevista para o primeiro semestre de 2028, está inserido na Macrorregião de Saúde Sudeste, que é composta por 9 Microrregiões: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora, Leopoldina/Cataguases, Lima Duarte, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas, Ubá e possui população estimada de 1.529.033 de habitantes, conforme dados de 2021, destes, cerca de 83,3% são SUS dependentes.

A estrutura física do hospital contará com 226 leitos, sendo 176 leitos de enfermaria para internação adulto e pediátrica, internação intensiva com 50 leitos, 9 salas de bloco cirúrgico, pronto atendimento robusto com 23 leitos de observação e 7 consultórios, além de diversos equipamentos de apoio ao diagnóstico e terapia como Ultrassom, Ressonância, Tomografia, Raio X, Hemodinâmica, Endoscopia e ECG.

3.5.4. Redes de Atenção à Saúde

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), apesar de ainda ser um desafio, 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 apenas pode ser garantido a partir da implantação das redes nos diversos territórios e construindo regiões de saúde articuladas de forma supramunicipal. A histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, precisa e pode ser rompida com as RAS.

Além disto, a orientação das cidadãs e cidadãos no uso dos serviços é um ativo a ser buscado. Esta clareza estratégica colocou, desde 2011, 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 às cidadãs e aos cidadãos 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 RAS 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 de Minas Gerais desempenha um papel crucial ao desenvolver políticas e programas estratégicos no âmbito das RAS. Estes abrangem diversas áreas essenciais, com destaque para: atenção à saúde materna e infantil, atenção psicossocial, atenção à saúde da pessoa com deficiência e atenção à saúde bucal. Destaca-se que, para o ciclo de 2023-2026, serão priorizadas as linhas de cuidado materno-infantil, propedêutica de câncer de mama, colo do útero e próstata. Como apoio logístico, utiliza-se da organização do Sistema Estadual de Transporte em Saúde.

Atenção Psicossocial

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), objetiva formular, apoiar e induzir a implantação e implementação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Estado de Minas Gerais, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Instituída pela Resolução SES-MG nº 5.461, de 19 de outubro de 2016, preconiza, em consonância com a legislação vigente, que o cuidado em saúde mental deve ocorrer nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o atendimento à crise para pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, deve ser realizado nos serviços da RAPS de referência do município.

A RAPS é composta por diversos serviços estratégicos para oferta de cuidado às pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, conforme dispõe o quadro a seguir:

Tabela 26 – Pontos de Atenção da Rede Psicossocial por Nível de Atenção.

<i>Componente</i>	<i>Pontos de Atenção</i>
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde; Equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência e Cultura.
Atenção especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil.
Atenção Hospitalar	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa De Volta Para Casa.
Reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada.

Os hospitais psiquiátricos possuem leitos psiquiátricos destinados a prestar assistência hospitalar desde o início de crises até a estabilização clínica do paciente. Conforme definido pela PESMAD, esses leitos não compõem a RAPS do Estado.

Em 2023, a RAPS apresenta, no total, 1.261 serviços implantados, dentre os já habilitados pelo Ministério da Saúde e os que estão em funcionamento, mas aguardando pela habilitação. Dentre esses, 293 são Centros de Atenção Psicossocial, contemplando CAPS I, II e III. Já os CAPS AD e AD III, voltados para o público com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, são, no total, 73 no Estado. CAPSi, para o público infanto-juvenil totalizam 51, enquanto são 137 a quantidade de Serviços Residenciais Terapêuticos, somados tipo I e tipo II.

Quanto às Unidades de Acolhimento, o Estado conta com o total de 14 ao longo de seu território, e de 19 equipes de Consultório na Rua, nas modalidades I, II e III. Os Centros de Convivência e Cultura são 57 e os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral são 606.

No tocante às perspectivas de desenvolvimento e avanços para os próximos quatro anos, busca-se a ampliação da RAPS, com foco nos vazios assistenciais e na implementação de serviços essenciais que ainda existem em pequena quantidade, como os CAPSi.

Em 17 de novembro de 2022 foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.019, de 17 de novembro de 2022, que aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. Por meio dessa deliberação, pactuou-se a implantação e qualificação de serviços previstos, com a previsão de implantação/qualificação de 658 serviços entre os anos de 2023 e 2026.

Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 apresentou informações relevantes no tocante à prevalência e à incidência das deficiências no Brasil. Esses dados são de grande relevância para o fomento e organização das Redes Assistenciais no âmbito do SUS-MG. A pesquisa apontou que 8,4% da população brasileira (com dois anos ou mais de idade) possui

algum tipo de deficiência sendo 3,4% com deficiência visual; 1,1% deficiência auditiva; 1,2% deficiência mental; 3,8% deficiência física nos membros inferiores e 2,7% nos membros superiores. Entre as crianças de 2 a 9 anos de idade, 1,5% eram pessoas com deficiência, enquanto entre os idosos (60 anos ou mais), esse percentual foi de 24,8%. O percentual de homens foi de 6,9% e de mulheres, 9,9%.

Apenas 28,3% das pessoas com deficiência com 14 anos ou mais estavam na força de trabalho, ante 66,3% daquelas sem deficiência. Cerca de 67,6% da população com deficiência não tinha qualquer nível de escolaridade ou apresentava apenas o ensino fundamental incompleto. Considerando o cenário apontado pela pesquisa, em Minas Gerais (estimativa populacional IBGE/TCU 2021: 21.411.923 habitantes) há, aproximadamente, 1.798.601 habitantes com algum tipo de deficiência.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS-MG) pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.272, de 24 de outubro de 2012, por meio da criação, ampliação de acesso, qualificação do cuidado à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, nas formas progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua. A RCPD-MG realiza assistência em reabilitação às pessoas com deficiência física/ostomia, intelectual, auditiva, visual e em múltiplas deficiências e é constituída por serviços com diferentes densidades tecnológicas e níveis de atenção à saúde, que devem ser articulados entre Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, seguindo as diretrizes da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

O componente especializado da RCPD-MG possui abrangência assistencial regionalizada e é composto prioritariamente pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), organizados conforme o número de modalidades de reabilitação atendidas na instituição (auditiva, física, intelectual e visual), e classificados como: CER II (duas modalidades de reabilitação), CER III (três modalidades de reabilitação) e CER IV (quatro ou mais modalidades de reabilitação); estabelecimentos de saúde habilitados em apenas uma modalidade de Reabilitação (Auditiva, Física, Intelectual, Visual ou Ostomia) e Oficinas Ortopédicas. Esses serviços de saúde de referência dispõem de instalações físicas apropriadas com equipamentos para reabilitação e realizam a assistência especializada à pessoa com deficiência, promovendo a reabilitação clínico funcional e provendo, quando necessário, a concessão, manutenção e adaptação de OPM (órteses, próteses e materiais especiais) que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SIA/SUS. Os atendimentos na RCPD-MG são baseados em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo a equipe de profissionais, os assistentes pessoais e os familiares nos processos do cuidado bem como o compartilhamento desse cuidado, por meio do apoio matricial, com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. A equipe multiprofissional mínima necessária para atuação nestes serviços é composta por: enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e pedagogos. Cada modalidade de reabilitação tem sua equipe mínima definida nas legislações específicas vigentes.

O enfoque no atendimento às pessoas com deficiência é centrado na produção da autonomia e na participação efetiva das cidadãs e cidadãos na construção de projetos de vida pessoais e sociais. Portanto, a estratégia terapêutica utilizada deve constar no projeto terapêutico singular e pautar-se na individualidade do usuário, sendo capaz de dialogar com suas necessidades de saúde, acadêmicas, sociais, domésticas e laborais. A participação da família é fundamental no processo de habilitação/reabilitação devendo o profissional de saúde compartilhar as informações necessárias para o bom entendimento da condição, bem como as etapas que compõem o projeto terapêutico.

Atualmente a RCPD de Minas Gerais conta com 339 serviços especializados em reabilitação, entre ambulatoriais e hospitalares, sendo eles: 31 Centros Especializados em Reabilitação (CER), sendo 18 CER II, 8 CER III e 5 CER IV; 152 Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual – SERDI; 13 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA); 13 Serviços de Reabilitação Física (SRF); 04 Serviços de Reabilitação Visual (SRV);

34 Serviços de Atenção à Saúde à Pessoa Ostomizada – (SASPO); 05 Implante Coclear (IC); 01 serviço de referência para fonoaudiologia descentralizada; 80 Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal (SRTAN); 05 Oficinas Ortopédicas Fixas e 01 Oficina Itinerante Terrestre.

Saúde Bucal

A institucionalização da Política Estadual de Saúde Bucal de Minas Gerais – SORRIA MINAS se deu por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.567, de 21 de outubro de 2021. A institucionalização dessa política se deu diante da necessidade de reorganizar as práticas odontológicas, de reorientar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal e de qualificar as ações e serviços de saúde bucal ofertados à população.

O objetivo principal do Sorria Minas é apresentar diretrizes e ações para a organização dos processos de trabalho da Rede de Atenção à Saúde Bucal de Minas Gerais (RASB-MG) buscando, dentre outros elementos, qualificar e ampliar o acesso da população às ações e serviços de todos os pontos de atenção da RASB-MG e qualificar o processo de trabalho, visando respostas efetivas às necessidades e demandas apresentadas pelas cidadãs e cidadãos.

Dentre os objetivos da reorganização da atenção em saúde bucal temos:

- Garantir uma RASB com pontos de atenção articulados, tendo a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado ao usuário;
- Assumir o compromisso de organização dos processos de trabalho da APS, garantindo qualidade, resolutividade e integralidade da atenção;
- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal articulando o individual com o coletivo, a promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer usuário em situação de urgência/emergência, e envolvendo todos os pontos de atenção da RASB-MG nesse movimento de articulação.

Nessa perspectiva, a SES-MG busca consolidar a Rede de Atenção à Saúde Bucal (instituída por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013, cujas regras foram atualizadas pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.660, de 9 de dezembro de 2021) para avançar na melhoria das condições de saúde bucal da população do estado de Minas Gerais por meio da reorganização das práticas e da qualificação das ações e serviços oferecidos com a ampliação do acesso à atenção integral em saúde bucal, conforme o princípio da equidade.

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB-MG) é planejada com uma base populacional de referência e com a definição da responsabilidade sanitária dos pontos de atenção, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS).

O componente da APS na RASB-MG terá como ponto de atenção as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e contará com Equipes de Saúde Bucal (eSB) inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF) como diretriz para a organização da saúde bucal na APS.

A atenção ambulatorial especializada é composta pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Minas Gerais conta com 108 CEO (setembro/2023), sendo 76 de abrangência regional.

A Odontologia Hospitalar está inserida na Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais - Valora Minas e está organizada em sete Componentes Hospitalares, com atribuições, financiamento e regras específicas (Deliberação CIB/SUS-MG 4.289, de 25 de julho de 2023, e Resolução SES-MG 8.895, de 25 de julho de 2023):

- C_ASBP: Componente Atenção à Saúde Bucal Paciente Internado (165 hospitais)
- C_BL: Componente Beira Leito (19 hospitais)
- C_BMF_AC_E: Componente Bucomaxilofacial Alta Complexidade e Especiais (9 hospitais)

- C_BMF_MC: Componente Bucomaxilofacial Média Complexidade (23 hospitais)
- C_PNE_H: Componente Pacientes com Necessidades Especiais Hospitalar (20 hospitais)
- C_PNE_A: Componente Pacientes com Necessidades Especiais Ambulatorial (20 hospitais)
- C_DCF: Componente Deformidade Craniofacial (3 hospitais)

No que se refere à Atenção ao Câncer Bucal, a RASB-MG apresenta uma forte interface com a Rede de Oncologia.

O sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico) da RASB-MG deve estar distribuído de forma otimizada nos territórios locais, micro e macrorregionais, conforme a necessidade da população, considerando escala e escopo, garantindo o fluxo para a oferta dos serviços de radiologia odontológica, exames anatomopatológicos, reabilitação protética dentária, por meio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), dentre outros serviços. Em Minas Gerais 580 municípios possuem credenciamento de LRPD junto ao Ministério da Saúde, o que representa um aumento no acesso à reabilitação protética dentária no estado.

A institucionalização da RASB-MG explicita o compromisso da SES-MG em assegurar o compromisso com a melhoria das condições de saúde bucal da população, ofertando serviços contínuos e complementares no âmbito dos diferentes pontos de atenção. Ademais, ressalta a importância do estabelecimento de diretrizes estaduais para o avanço na garantia da integralidade do cuidado e equidade na regulação do acesso para a atenção especializada ambulatorial e/ou hospitalar.

Dentre as perspectivas de desenvolvimento/avanços para os próximos 4 anos, destaca-se:

- Elaboração de diretrizes clínicas voltadas para as condições de saúde bucal mais prevalentes;
- Institucionalização de Modelo de Atenção para as doenças e agravos bucais mais prevalentes;
- Incentivo ao aumento da adesão dos municípios aos financiamentos federais e estaduais;
- Oferta de incentivos financeiros estaduais ligados à Política de Reabilitação Protética Dentária e à atenção primária em saúde bucal para fomentar o aumento do acesso na RASB-MG;
- Criação de indicadores para a avaliação da implementação do SORRIA MINAS nos territórios;
- Ampliação da oferta do Componente Hospitalar Beira Leito para todos os hospitais Macrorregionais e Estaduais;
- Ampliação da parceria com instituições de ensino para educação permanente em saúde bucal e práticas odontológicas para os profissionais do SUS com vistas à qualificação dos processos de trabalho;
- Estabelecimento de mecanismos para regulação dos serviços regionais;
- Estruturação da RASB-MG para: operacionalização da Linha de Cuidado da Disfunção Temporomandibular e do Câncer Bucal; oferta de próteses faciais; ampliação da carteira de serviço do CEO;
- Parceria com Instituições de Ensino Superior em Odontologia para a territorialização da Teleconsultoria em Estomatologia;
- Oferta de Curso para Coordenadores Municipais de Saúde Bucal.

Atenção Materno-Infantil

No ano de 2022, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina do Estado de Minas Gerais correspondia a 50,07% da população

total, sendo 6.785.000 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos – 62,98% da população de mulheres).

Tomando como base o número de nascidos vivos constantes no SINASC em 2021, estima-se uma população mineira de 265.964 gestantes por ano, sendo 39.895 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.

Conforme os dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) referentes ao período de 2020 a 2022 e à consulta realizada em 2023 em Minas Gerais, é possível identificar as sete principais causas de internação das mulheres, listadas na ordem de ocorrência: gravidez, parto e puerpério (com uma taxa de 16,15%); lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas; doenças do aparelho circulatório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho respiratório; e neoplasias (tumores).

Tratando-se especificamente de neoplasias, o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018) estima que os cânceres mais incidentes entre as mulheres em Minas Gerais, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, são os de mama, cólon e reto, intestino, colo de útero, pulmão e tireoide.

No período abrangendo os anos de 2018 a 2023 no estado, os dados provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) apontam as principais causas de mortalidade neonatal (0 a 27 dias) como sendo, respectivamente, as afecções originadas no período neonatal, responsáveis por 74,77% dos casos, seguidas pelas malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, que representaram 22,07% do total.

Diante desse contexto desafiador, a Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado (DGIC) possui como desafio a reestruturação e o aprimoramento da rede de atenção materno-infantil. Isso implica em fornecer assistência abrangente à saúde das mulheres e das crianças com idade de 0 a 2 anos. Para alcançar esse objetivo, a DGIC trabalha na estruturação de fluxos de cuidado entre os diferentes pontos de atenção nas macrorregiões, estabelecendo a vinculação entre o pré-natal e o parto. Além disso, o foco está na qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança, alinhada às diretrizes estabelecidas pela Rede Cegonha, bem como na publicação da Linha de Cuidado Materno-Infantil e na revisão dos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha.

Assim, com o objetivo de combater as principais causas de mortalidade materna e infantil apresentadas e de fornecer cuidados abrangentes à saúde da mulher, a DGIC, em colaboração com a Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar, está empenhada em investir em iniciativas direcionadas à melhoria da assistência às mulheres e crianças em Minas Gerais.

A fim de atingir esse objetivo, as ações se direcionam para:

- Apoiar a realização da assistência à saúde de gestantes no nível primário, secundário e terciário da rede materno-infantil do Estado de Minas Gerais;
- Apoiar a realização da assistência à saúde do recém-nascido e da criança, com foco naquelas estratificadas como de risco e em situação de vulnerabilidade;
- Realizar a capacitação de profissionais da área da saúde da mulher e da criança;
- Monitorar a implantação e o funcionamento dos pontos de atenção da rede;
- Incentivar o modelo de cuidado progressivo neonatal;
- Incentivar a ampliação de instituições credenciadas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- Promover e incentivar o aleitamento materno.

Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, posteriormente tratada na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Essa iniciativa se destina a criar um modelo estruturado de

cuidados durante o ciclo da gravidez e parto. A Rede Cegonha engloba uma série de estratégias com o propósito de assegurar que as mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) recebam um atendimento qualificado, seguro e humanizado, abrangendo desde o diagnóstico da gravidez até o acompanhamento no pré-natal, parto, puerpério e a saúde da criança durante seus primeiros dois anos de vida. Adicionalmente, a Rede Cegonha inclui o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo.

Assim, a SES-MG empenha-se para fortalecer os seguintes componentes da Rede:

- Casas de Apoio a Gestantes e Puérperas (CAGEP);
- Centros de Parto Normal (CPN);
- Bancos e Postos de Coleta de Leite Humano (BCLH e PCLH);
- Leitos Neonatais, de acordo com os parâmetros ministeriais;
- Instituições com componentes contemplados pela Nova Rede Cegonha, incluindo UTI Neonatal, UCI Convencional e leitos obstétricos para atendimento a gestação de Alto Risco (GAR).

É importante destacar que o Ministério da Saúde está em processo de revisão e aprimoramento da Rede Cegonha. Atualmente, a operacionalização da Rede Cegonha se dá pela execução de cinco fases:

- Adesão e diagnóstico;
- Desenho regional da Rede Cegonha;
- Contratualização dos pontos de atenção;
- Qualificação dos componentes e;
- Certificação.

Como destaque da segunda fase de execução, ocorre a elaboração da proposta do Plano de Ação Regional, que é submetido à aprovação pelo Colegiado de Gestão Regional e posteriormente homologação pela Comissão Intergestores Bipartite do SUS em Minas Gerais (CIB-SUS/MG). Esse plano abrange 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.

Especificamente 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 Parto e Nascimento da Rede Cegonha, implantado em todas as RAS.

Rede de Atenção ao Parto e Nascimento

A Rede de Atenção ao Parto e Nascimento agrupa ações voltadas para a organização e a ampliação de componentes da Rede Cegonha no estado, contemplando maternidades de atendimento à gestação de risco habitual e/ou alto risco, CPN, CGBP/CAGEP, leitos neonatais, BLH, PCLH e instituições IHAC.

A Rede inclui ações direcionadas a:

- Garantia de presença de acompanhante para a gestante em trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento;
- Garantia de livre acesso dos pais/responsável legal e permanência de um ou outro durante a internação de recém-nascidos graves ou potencialmente graves;
- Grade em leitos neonatais (PRN);

- Construção e pactuação da grade de referência ao parto, nascimento e intercorrências na gestação de todo o estado.

Ademais, a Rede de Atenção ao Parto e Nascimento possui incentivos estaduais dentro da Política Hospitalar Valora Minas. O financiamento e monitoramento dos hospitais partícipes da Rede Cegonha encontra-se também incorporado na avaliação de indicadores realizada no Valora Minas, sendo um destes indicadores a manutenção do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais

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 2023, foram identificados 17 Comitês Regionais de prevenção do óbito materno, fetal e infantil em funcionamento, 8 em reestruturação e 3 inativos.

O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais da SES-MG publica, anualmente, relatórios de mortalidade materna e infantil, que servem para embasar as estratégias de redução dos óbitos maternos e infantis. Em 2021, a principal estratégia adotada foi a publicação do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais (PEMMI) por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.564, de 21 de outubro de 2021, alterada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.791, de 19 de abril de 2022.

No PEMMI são propostas ações que possibilitem avanços na melhoria da saúde materno-infantil, objetivando a redução do número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, no período de 2021 a 2023. O Plano de Enfrentamento apresenta uma cartela de ações propostas organizada em quatro áreas estratégicas:

- Prevenção da gravidez não desejada e/ou planejada e das complicações dela decorrentes;
- Acesso universal a serviços de qualidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Qualificação profissional e;
- Mobilização social e comunicação.

Projeto Aurora

Em Minas Gerais, segundo o Painel Epidemiológico, a principal causa de mortalidade materna são as hemorragias obstétricas, que representaram em 2018 cerca de 20,6% dos casos de óbitos maternos, seguidos por 21,3% em 2019 e 21,9% de casos de óbitos em 2020.

Para a gestão 2023-2026, a SES-MG elencou o Projeto Aurora como um dos projetos prioritários com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil aos menores níveis da série histórica, por meio da estruturação e qualificação da rede obstétrica e neonatal, bem como implementação das oficinas Zero Morte Materna por Hemorragia.

A estratégia “Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto”, desenvolvida pelo MS e pela 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 e a expansão do projeto no estado é uma das estratégias para a redução da morbimortalidade materna e infantil, tendo como objetivo proporcionar que esses profissionais possam replicar o treinamento para outros profissionais e instituições e incentivar a adoção de protocolos para a assistência obstétrica no contexto da hemorragia, melhoria nos processos de trabalho, comunicação e infraestrutura das instituições.

Saúde sexual e reprodutiva

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;
- Construção e pactuação da grade de referência ao parto e ao nascimento e intercorrências na gestação;
- 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 e puerperal baseada nos preceitos da humanização.

Método Canguru

Considerando 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 MS, promove cursos de formação de tutores do Método Canguru, que faz parte da Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido.

Os cursos de formação possuem os seguintes objetivos:

- Melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido, promovendo o contato pele a pele entre a mãe e seu bebê;
- Fortalecer o vínculo afetivo, aumentando a estabilidade térmica e melhorando o desenvolvimento da criança;
- Reduzir o tempo de internamento e, conseqüentemente, 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 da implementação de assistência segura e a adoção das boas práticas. O conjunto das estratégias contribui também para a promoção do aleitamento materno.

Política Estadual de Aleitamento Materno

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno trata-se de um conjunto de ações imprescindíveis à saúde da criança, desenvolvimento saudável, combate à desnutrição e à mortalidade infantil. Neste sentido, a SES-MG planeja delinear e prover ações para implementar a Política Estadual de Aleitamento Materno. 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 Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado (DGIC), que contribuem no cumprimento dos objetivos relacionados à saúde da mulher e da criança:

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): tem como objetivo mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a fim de modificar condutas e rotinas responsáveis pelo desmame precoce.
- Banco de Leite Humano e Posto de Coleta de Leite Humano: é um ponto de atenção vinculado a instituições de saúde, responsável pela ação estratégica de

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Engloba as ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de atendimento para apoio e orientação para o aleitamento materno.

- Mulher Trabalhadora que Amamenta: esta iniciativa visa auxiliar a redução da mortalidade infantil com a proposta de manter e aumentar o período de amamentação mesmo após o retorno da mãe trabalhadora de sua licença-maternidade. As salas de apoio à amamentação são espaços dentro da empresa em que a mulher, com conforto, privacidade e segurança, pode esvaziar as mamas, armazenando seu leite em frascos previamente esterilizados para, em outro momento, oferecê-lo ao seu filho.

Atenção em casos de abortamento

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”.

Como forma de avaliar os casos de abortamento atendidos no estado de Minas Gerais, foram analisados os procedimentos de curetagem pós-abortamento e puerperal no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O total dos dois procedimentos por ano está apresentado a seguir:

Tabela 27 – Procedimentos curetagem pós-abortamento/puerperal.

Curetagem Pós-Abortamento / Puerperal										
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
18.030	17.711	17.430	16.312	15.529	15.258	14.977	14.487	12.732	12.427	12.105

Fonte: SIH/SUS. Dados relacionados ao estado de Minas Gerais, nos anos de 2008-2018.

Assim, visando ofertar uma assistência integral, a SES-MG disponibiliza aos hospitais e maternidades insumos previstos na norma, como o misoprostol, de acordo com os critérios estabelecidos pelo MS.

Doenças e agravos em gestantes e puérperas

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.

Infecções virais

A SES-MG realiza ações voltadas ao cuidado e monitoramento das gestantes por doenças virais. Assim, 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, como, por exemplo a Superintendência de Vigilância Epidemiológica.

Além disso, em maio de 2023, foi elaborada Nota Técnica que orienta quanto à transmissão vertical do Vírus Chikungunya (CHIKV) e quanto ao acompanhamento clínico da Gestante e do Recém-Nascido (RN).

Programa de Triagem Neonatal Biológica em Minas Gerais (PTN-MG)

O Programa de Triagem Neonatal (PTN-MG) é um conjunto de ações e estratégias que visam identificar, em fase pré-sintomática, confirmação diagnóstica e acompanhamento e tratamento de distúrbios hereditários e congênitos em todos os nascidos vivos do estado, bem como o uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral.

O PTN-MG foi implantado em 1993, como uma iniciativa estadual. Seu início ocorreu com a triagem para fenilcetonúria (PKU) e hipotireoidismo congênito (HC). Em 1998, de forma pioneira no Brasil, foi incluída a doença falciforme (DF), doença do PTN-MG com maior incidência no estado.

Em 2001, foi implantado o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) por meio da Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Em 2003, a triagem neonatal em Minas Gerais foi ampliada com a inclusão da fibrose cística (FC) e, posteriormente, da deficiência de biotinidase (BD) e da hiperplasia adrenal congênita (HAC) no painel de doenças triadas (Portaria nº 2.829 de 14 de dezembro de 2012).

A coordenação geral e gestão do PTN-MG é do âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, tendo o Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (NUPAD) como Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) e responsável técnico, habilitado pelo Ministério da Saúde em 2001.

O PTN-MG está implantado nos 853 municípios do estado oferecendo a triagem neonatal pelo SU a toda população mineira. Ao total, são 3.712 postos de coletas, sendo 3.617 Unidades Básicas de Saúde e 95 Maternidades cadastradas até maio de 2023. A coleta nas maternidades se dá para os recém-nascidos ingressos na instituição, sendo na sua maioria instituições que possuem UTI Neonatal.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.526, de 22 de setembro de 2021, aprovou a regulamentação do PTN-MG no âmbito do SUS/MG, definindo/pactuando responsabilidades dos entes envolvidos na sua gestão.

Até o ano de 2021, o estado de Minas Gerais realizava a triagem para seis doenças: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme, fibrose cística, deficiência de Biotinidase e hiperplasia adrenal congênita, sendo o mesmo conjunto de doenças preconizado pelo programa nacional.

Após a ampliação, desde janeiro de 2022, o teste do pezinho no território mineiro é realizado para as seguintes doenças:

- Hipotireoidismo congênito,
- Fenilcetonúria,
- Doença falciforme,
- Fibrose cística,
- Deficiência de biotinidase;
- Hiperplasia adrenal congênita;
- Toxoplasmose congênita;
- Deficiência de acil-CoA de cadeia média;
- Deficiência de acil-CoA de cadeia muito longa;
- Deficiência de 3-OH-acilCoA de cadeia longa;
- Deficiência da proteína trifuncional;
- Deficiência primária de carnitina.

A ampliação do PTN-MG tem a proposta de ofertar não somente a triagem do teste do pezinho, mas oferecer todo o amparo e suporte necessário para o tratamento, seguimento e continuidade no cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

A Resolução SES-MG nº 7.916, de 9 de dezembro de 2021, que estabelece as diretrizes da ampliação do PTN-MG, determina ainda que as demais fases da ampliação do PTN-MG seguirão a ordem de progressão cronológica em conformidade com cronograma e publicações do Ministério da Saúde, a saber:

- Fase 2: galactosemias; aminoacidopatias; e distúrbios do ciclo da ureia;
- Fase 3: doenças lisossômicas;
- Fase 4: imunodeficiências primárias;
- Fase 5: atrofia muscular espinhal.

As ações complementares do PTN-MG compreendem, ainda, as seguintes atividades:

- Serviço de Apoio Social;
- Ações educacionais;
- Monitoramento informatizado de ações de diagnóstico e follow-up do PTN-MG;
- Apoio logístico ao transporte de amostras e insumos; e
- Financiamento de exames e procedimentos não contemplados com recurso federal.

Como metas a serem alcançadas no futuro, destaca-se o aprimoramento do PTN-MG. Esse objetivo envolve o apoio à organização e ao treinamento de Serviços de Referência, com o intuito de descentralizar o atendimento aos pacientes diagnosticados, bem como ampliar o leque de doenças triadas, seguindo as diretrizes estabelecidas pelas portarias federais e alinhando-se com o aprimoramento da infraestrutura de cuidados de saúde em Minas Gerais.

O estado de Minas Gerais está empenhado em fornecer cuidados de qualidade, prevenção e tratamento eficazes para gestantes, mães e crianças, com uma abordagem que envolve políticas estaduais, parcerias com instituições de saúde e capacitação de profissionais. Esse compromisso demonstra o esforço contínuo para melhorar a saúde materno-infantil no estado e oferecer um futuro mais saudável para suas cidadãs.

Oftalmologia

A estruturação da Rede de Atenção em Oftalmologia objetiva organizar uma linha de cuidado integral a partir de ações transversais de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e recuperação, de forma a sistematizar, ampliar e qualificar o acesso aos procedimentos especializados em Oftalmologia.

As Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia foram estabelecidas pela Portaria SAS/MS nº 288/2008, que define:

- Diretrizes para o credenciamento/habilitação das Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia de média e alta complexidade e dos Centros de Referência em Oftalmologia;
- Fluxos assistenciais e mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes;
- Mecanismos necessários para incentivar a articulação assistencial entre os serviços, a partir de regramento específico quanto à habilitação de prestadores, como unidades de atenção especializada em oftalmologia de alta complexidade.

Em Minas Gerais, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.065, de 07 de dezembro de 2022, que aprovou a Rede de Atenção em Oftalmologia no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado. Seu objetivo é estruturar a Rede a partir da descentralização das ações de saúde vinculadas à especialidade, dispondo sobre:

- Diretrizes assistenciais e de composição da Rede;
- Atribuições de cada componente da rede assistencial, conforme complexidade dos serviços e escopo assistencial;
- Carteiras diagnóstica e de tratamento nas subespecialidades, instalações físicas e equipamentos adequados para assegurar resolutividade assistencial;
- Proposta de expansão da Rede, a partir da definição de parâmetro georreferencial para a distribuição de serviços no âmbito da atenção especializada em oftalmologia;
- Análise das habilitações já existentes;
- Estudo da produção para pactuação das grades de referência nos territórios.

Subsequentemente, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.180, de 16 de maio de 2023, que aprova a metodologia de definição da grade de referência e organização da Rede de Atenção em Oftalmologia. Tal normativa tem como objetivo balizar o desenho da Rede Assistencial real e apoiar a elaboração de Planos de Ação para viabilizar sua expansão. Cabe destacar que, no momento, a Rede de Atenção em Oftalmologia está em fase de identificação dos potenciais prestadores em cada território e, a partir dessa definição, será fomentada a pactuação das grades de referências no Estado.

Para além da Rede de Atenção em Oftalmologia, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.284, de 25 de julho de 2023, instituiu o Programa Miguilim, com o intuito de promover a saúde auditiva e ocular dos educandos da rede pública da educação básica, detectando as alterações auditivas e oculares em tempo oportuno, de forma a evitar comprometimentos no desenvolvimento e no aprendizado do aluno. Isso será feito a partir da triagem no âmbito escolar, havendo o devido encaminhamento para consulta oftalmológica e, quando necessário, a concessão de óculos ao educando.

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), e destaca que o controle da doença deve focalizar o diagnóstico precoce e a prevenção, em vez de se concentrar no tratamento das fases avançadas. Nesse sentido, 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 40 serviços habilitados, sendo 31 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), 4 Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), 4 Serviços de Radioterapia de Complexo Hospitalar e 1 Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, sendo que apenas uma Macrorregião (Jequitinhonha) não possui serviço habilitado.

O Ministério da Saúde solicita que cada Estado deverá observar sua realidade, com suas necessidades e especificidades, e definir as ações a serem desenvolvidas, bem como a estrutura necessária para garantir um cuidado integral e de qualidade à população. Diante disso, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.846, de 5 de dezembro de 2018, que aprovou o Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes – para o Estado de Minas Gerais. Posteriormente, ela foi alterada pela Deliberação nº 3.835, de 27 de maio de 2022, que atualizou o déficit e o superávit de serviços na Rede de Alta Complexidade em Oncologia.

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, que tem como objetivo auxiliar no encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde com suspeição, para confirmação diagnóstica de câncer nos UNACONs e CACONs.

Ainda, o PAINEL-Oncologia é uma ferramenta que foi disponibilizada aos gestores, em maio de 2019, para monitorar o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico no SUS. Essa ferramenta apresenta informações dos intervalos de tempo, utilizando as datas de diagnóstico histopatológico e de tratamento das neoplasias malignas obtidas nos Sistemas de Informação do SUS - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), SISCAN e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Vale ressaltar que as informações apresentadas no PAINEL-Oncologia dependem do registro e da qualidade dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde com os quais ele é alimentado.

Segundo esse painel, dos casos diagnosticados no ano de 2022 com informações de tratamento, 22% iniciaram a intervenção em mais de 60 dias após o diagnóstico. Além disso, o estado apresenta elevados percentuais dos casos com estadiamento avançado no início do tratamento oncológico. Em 2022, segundo dados monitorados pela Vigilância em Saúde, o estado apresentou uma taxa de mortalidade proporcional de 25.344 relacionada aos cânceres passíveis de ações preventivas e/ou detecção precoce.

Destacamos que devido à necessidade de melhorias nos fluxos regulatórios municipais frente ao acesso dos pacientes oncológicos, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.277, de 10 de dezembro de 2020, que estabeleceu as regras para instituição das comissões de oncologia nos municípios que possuem hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS), como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

No âmbito do Estado de Minas Gerais, também foram instituídos os Comitês Gestores Regionais da Oncologia, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.524, de 22 de setembro de 2021, para apoio na consolidação, monitoramento e avaliação dos objetivos e ações estabelecidas para a Rede de Alta Complexidade em Oncologia.

Com relação aos esforços necessários para melhorar o fluxo do encaminhamento dos pacientes nos territórios e à iminente necessidade de fortalecimento das ações de suspeita e detecção precoce e de 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. Um dos objetivos dos Comitês Gestores Regionais da Oncologia é coordenar a elaboração dos Planos Regionais da Oncologia.

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.

Considerando esse cenário, a Portaria GM/MS nº 1.675, de 07 de junho de 2018, a Portaria GM/MS nº 3.415, de 22 de outubro de 2018, e a Portaria GM/MS nº 2.062, de 19 de agosto de 2021, estabeleceram os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS.

Nesse sentido, a Atenção Especializada em DRC será estruturada para fins de habilitação pelo Ministério da Saúde, conforme as seguintes tipologias:

- Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (código 15.04): Realiza a modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) - hemodiálise para

tratamento da pessoa com DRC e oferta atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de hemodiálise, sob sua responsabilidade.

- Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (código 15.05): Realiza a modalidade de TRS – diálise peritoneal para tratamento da pessoa com DRC e oferta atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise peritoneal, sob sua responsabilidade.
- 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.

Com relação ao contexto de Minas Gerais, o estado possui 89 serviços habilitados em Atenção Especializada em DRC, sendo que, das 89 Microrregiões de Saúde, 31 não possuem serviços habilitados. As Macrorregiões de Saúde Nordeste e Norte são as áreas com maior número de Microrregiões de Saúde com vazios assistenciais.

Tendo isso em vista, em 2021, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.635, de 19 de novembro de 2021, que traz, em seu anexo único, a Resolução SES/MG nº 7.869, de 19 de novembro de 2021, que institui repasse de incentivo financeiro para ampliação da Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) no Estado de Minas Gerais. Essa resolução tem como objetivo aumentar o acesso ao tratamento de hemodiálise; ampliar o percentual de pessoas em diálise peritoneal; reduzir os vazios assistenciais no estado, a fim de promover uma assistência mais equânime e eficiente aos pacientes com DRC. O Eixo 1, tratado na referida Resolução, diz respeito ao incentivo financeiro para aquisição de equipamentos voltados para a ampliação das vagas de hemodiálise nos municípios com serviços habilitados em Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise, sendo repassado o montante de aproximadamente R\$29.000.00,00 aos municípios.

No ano seguinte, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.754, de 22 de março de 2022, que aprova a Rede de Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito de Minas Gerais. Esse documento é resultado de discussões promovidas por membros do Grupo de Trabalho em DRC organizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Dentre os objetivos descritos estão: estimular a realização da Diálise Peritoneal nos estabelecimentos habilitados; prestar assistência de qualidade aos pacientes nos estágios 4 e 5 - pré-dialítico e diagnosticar precocemente casos de DRC; reduzir os vazios assistenciais no estado e o deslocamento dos usuários aos serviços de Diálise.

Ainda em 2022, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.014, de 17 de novembro de 2022, que traz, em seu anexo único, a Resolução SES/MG nº 8.455, de 17 de novembro de 2022, que institui as diretrizes e critérios para adesão ao Eixo 2, relacionado ao fomento para habilitação de estabelecimentos em Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) nas Microrregiões de Saúde que possuem vazio assistencial. Essa resolução prevê um incentivo financeiro de até R\$ 4.000.000,00 para aquisição de equipamentos para hemodiálise e/ou construção/reforma de estabelecimentos para atender pacientes dialíticos, em regiões que não possuem esse tipo de serviço.

Em 2023, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.331, de 17 de agosto de 2023, que traz, em seu anexo único, a Resolução SES/MG nº 8.956, de 17 de agosto de 2023, que define as regras de financiamento da política continuada para ampliação do acesso à diálise peritoneal nos serviços habilitados em Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) com Diálise Peritoneal, referente ao Eixo III da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.635, de 19 de novembro de 2021. A Resolução citada tem como objetivo ampliar o percentual de pessoas em diálise peritoneal e fomentar o atendimento de pacientes em municípios que ainda não realizam esse tipo de diálise. Assim, foi criado um incentivo financeiro estadual de R\$ 358,06 (trezentos e cinquenta e oito reais e seis centavos) a ser pago para cada procedimento executado de “Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA /DPAC (código 03.05.01.016-6)”.

Obesidade

As grandes mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos 50 anos têm como 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, tendo 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 424/2013 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, de 19 de março de 2013, 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.

De acordo com Anexo II da Portaria nº 425/2013, o serviço que pleitear a habilitação deverá oferecer de forma adequada: Estrutura Assistencial; Recursos Humanos; Materiais e Equipamentos; Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia; Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento; Registro das informações sobre os indivíduos; Comissões. Diante dessas exigências, os serviços encontram dificuldades no processo de habilitação.

Atualmente, no Estado de Minas Gerais, existem 13 estabelecimentos habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conforme tabela 27.

Tabela 28 – Estabelecimentos habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

<i>Nº</i>	<i>MACRO</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>ESTABELECIMENTO</i>	<i>CNES</i>	<i>PORTARIA</i>
1	Centro	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da UFMG	27049	Portaria nº 1866 - 20/09/2018
2			Fundação São Francisco de Assis	26840	Portaria nº 1.970 - 20/09/18
3			Santa Casa de Misericórdia	27014	Portaria nº 2055 - 18/10/2016
4	Leste	Governador Valadares	Hospital Bom Samaritano	2118661	Portaria nº 2055 - 18/10/2016
5	Norte	Montes Claros	Hospital das Clínicas Doutor Mario Ribeiro Da Silveira - Fundação Educacional Alto Médio São Francisco	7366108	Portaria nº 933 - 17/07/2023
6	Sudeste	Muriae	Casa de Saúde Santa Lúcia Ltda	2162377	Portaria nº 3.951, DE 31/12/2020
7		Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	2153084	Portaria nº 2055 - 18/10/2016
8	Triângulo do Norte	Uberlândia	Hospital das Clínicas de Uberlândia	2146355	Portaria nº 3.273- 29/12/16
9	Sul	Poços de Caldas	Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas	2129469	Portaria nº 2055 - 18/10/2016
10		Itajubá	Hospital Escola de Itajubá - AISI	2208857	Portaria nº 1.961 - 18/10/ 2016
11	Triângulo do Sul	Uberaba	Hospital Mario Palmério	2195585	Portaria nº 3.411 - 17/12/2019
12			Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	2206595	Portaria nº 3.273- 29/12/16
13	Leste do Sul	Viçosa	Casa de Caridade de Viçosa/Hospital São Sebastião de Viçosa	2099454	Portaria nº 3.529- 17/12/2020

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2023.

Das 14 Macrorregiões de Saúde do Estado, 06 não possuem serviços habilitados, sendo elas: a Nordeste, Centro Sul, Oeste, Jequitinhonha, Noroeste e Vale do Aço. Neste cenário, visualiza-se espaço para ampliação da rede de estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para cobertura de todas as macrorregiões do Estado.

Ortopedia

A assistência ao portador de afecções do sistema musculoesquelético está prevista na Portaria nº 221, de 15 de fevereiro de 2005, que institui a Política de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia. Essa Política define que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção em alta complexidade em traumatologia e ortopedia. Além disso, a Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, estabelece na Seção IV e no Anexo XV, as normas para credenciamento e habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, bem como de Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

As unidades e centros de alta complexidade em traumatologia e ortopedia devem oferecer todo o atendimento (média e alta complexidade) necessário ao paciente, abrangendo consultas, exames, diagnóstico, tratamento (clínico e cirúrgico), acompanhamento, UTI, entre outros. De acordo com a Portaria SAS/MS nº. 90, de 27 de março de 2009, os hospitais habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia devem possuir no mínimo de 08 (oito) leitos específicos ou de reserva programada destinados ao atendimento em Ortopedia ou Traumatologia e realizar, pelo SUS, no mínimo, 40 procedimentos de cirurgia de traumatologia e ortopedia, por leito, por ano, sendo, no mínimo, 12 procedimentos de cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade para cada procedimento de alta complexidade (7% - 8%). Sendo assim, os parâmetros mínimos exigidos pela Portaria são 24 procedimentos de alta complexidade/ano e 300 procedimentos de média complexidade/ano.

A Portaria nº 516, publicada em 21 de junho de 2023, alterou as normas de credenciamento e habilitação das unidades. Dentre as alterações, a possibilidade de habilitação dos serviços passou a estar atrelada à comprovação de existência de demanda reprimida e pactuação em rede estadual ou regional, com sistema de referência e contra-referência hierarquizado definido pelas Secretarias de Saúde para a oferta de assistência especializada e integral no diagnóstico, tratamento e reabilitação em Traumatologia e Ortopedia em conformidade com os perfis estabelecidos no Art. 2º.

Atualmente, no Estado de Minas Gerais, existem 35 estabelecimentos habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de afecções do sistema musculoesquelético conforme tabela X.

Tabela 29 – Estabelecimentos habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Afecções do Sistema Musculoesquelético.

<i>Credenciamento dos Serviços de Ortopedia de Minas Gerais</i>		
<i>RAS</i>	<i>Município</i>	<i>Serviço</i>
Centro	Belo Horizonte	Fundação Hospitalar do Estado de MG/Hospital João XXIII
		Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia
		Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
		Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas
		Fundação Educacional Lucas Machado/Hospital São José
		Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves
		Hospital Municipal Odilon Behrens
		Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais/Hospital Evangélico de Belo Horizonte/MG
		Hospital São Francisco de Assis
		Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro
Centro Sul	São João del Rei	Hospital Nossa Senhora das Mercês
Nordeste	Teófilo Otoni	Hospital Santa Rosália / Associação Hospitalar Santa Rosália
Leste	Governador Valadares	Hospital Municipal
		Hospital Bom Samaritano
Norte	Montes Claros	Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho
		Hospital Aroldo Tourinho /Fundação Hospitalar de Montes Claros
		Santa Casa de Montes Claros - Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros/MG
Oeste	Divinópolis	Hospital São João de Deus
	Campo Belo	Santa Casa de Misericórdia São Francisco de Paula
Sudeste	Juiz de Fora	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
		Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
		Hospital Dr. João Felício Ltda - Fundação Instituto Clínico Juiz de Fora
		Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
	Muriaé	Casa de Caridade Muriaé Hospital São Paulo
Sul	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano/Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas/MG
	Passos	Santa Casa de Misericórdia de Passos
	Itajubá	Hospital Escola AISI Itajubá - Associação de Integração Social de Itajubá
	Poços de Caldas	Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas-Santa Casa de Poços de Caldas/MG
	Lavras	Santa Casa de Misericórdia
	São Sebastião do Paraíso	Santa Casa de São Sebastião do Paraíso
	Pouso Alegre	Fundação Ensino Superior do Vale do Sapucaí - Hospital das Clínicas Samuel Libânio
Triângulo do Norte	Uberlândia	Hospital de Clínicas de Uberlândia - Universidade Federal de Uberlândia
		Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro
Triângulo do Sul	Uberaba	Universidade Federal do Triangulo Mineiro/Hospital Escola da FMTM
		Hospital Mário Palmério

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2023.

Das 14 Macrorregiões do Estado, 04 não possuem serviços habilitados, sendo elas as macrorregiões Leste do Sul, Jequitinhonha, Noroeste e Vale do Aço. Neste cenário, visualiza-se espaço para ampliação da rede de estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia para cobertura de todas as macrorregiões do Estado.

Doenças Raras

Segundo o Ministério da Saúde (MS), para uma doença ser classificada como rara é preciso que ela afete 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. Essa portaria define que os pontos de atenção à saúde (atenção básica, atenção especializada e componente de 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 nº 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.

Atualmente o Estado de Minas Gerais dispõe de 05 Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras/ Serviços de Referência em Doenças Raras, conforme disposto a seguir:

Tabela 30 – Estabelecimentos Habilitados como Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras.

Município	Estabelecimento	CNES	Classificação	Portaria de Habilitação
Belo Horizonte	Hospital Infantil João Paulo II	0026948	Serviço de Referência em Doenças Raras	Portaria GM/MS nº 3.166, de 03 de dezembro de 2019
	Hospital das Clínicas da UFMG	27049	Serviço de Referência em Doenças Raras	Portaria GM/MS nº 4.444, de 21 de dezembro de 2022
	Hospital Julia Kubitschek	27022	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras	Portaria GM/MS nº 1.243, de 12 de setembro de 2023
Juiz de Fora	Hospital Universitário da UFJF	2218798	Serviço de Referência em Doenças Raras	Portaria GM/MS nº 1.890, de 10 de agosto de 2021
Bom Despacho	Centro de Especialidades Multiprofissionais Dr. Gê (CEM)	2183455	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras	Portaria GM/MS nº 386, de 28 de março de 2023

Fonte: Diretoria de Políticas e Estruturação de Atenção Especializada.

As discussões referentes ao tema são realizadas no âmbito da Superintendência de Atenção Especializada e têm como objetivo propor ações para organização da assistência às pessoas com doenças raras no estado de Minas Gerais.

3.5.5. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) consiste em um processo de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos concernentes à saúde, com foco no planejamento e implementação de medidas de saúde pública. A culminância desse processo ocorre com a institucionalização da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução SES-MG nº 588/2018. Tal política norteia as ações de Vigilância em Saúde, definindo princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de governo, além de fortalecer a integração entre as diversas áreas da vigilância com o intuito de elevar sua capacidade de predição e intervenção.

A Vigilância em Saúde compreende um conjunto de ações e políticas em saúde de vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e trabalhadora e vigilância sanitária, a fim de promover a proteção e promoção da saúde da população, bem como a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Neste contexto, a Subsecretaria de Vigilância em Saúde, em consonância com a PNVS e as demais políticas do SUS, se organiza com o escopo de desenvolver ações estruturadas, articuladas e eficazes para a prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde. Também é necessária uma estrutura de governança, com o intuito de facilitar a articulação das políticas e programas, além de desenvolver a integração e a articulação de informações junto às Redes de Atenção à Saúde. 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)

No mesmo sentido, buscando ações estruturadas, articuladas e eficazes para a prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, torna-se essencial a construção de um ambiente propício à implementação de soluções inovadoras em vigilância em saúde.

Diante de possíveis emergências em saúde pública, a necessidade de implementar a cultura de inovação na vigilância em saúde torna-se uma realidade incontestável. Os constantes avanços nos desafios epidemiológicos, a globalização e a constante emergência de agentes patogênicos têm agravado consideravelmente a complexidade do cenário da Vigilância em Saúde. Nesse contexto, somente as abordagens convencionais já não se mostram suficientes para a identificação, prevenção e controle das ameaças à saúde pública.

De forma complementar, a inovação na saúde pública é vital para a adaptação contínua das ações e serviços de saúde a desafios emergentes. Um ambiente inovador fortalece a resiliência e a capacidade de resposta do sistema de saúde e garante abordagens mais efetivas, centradas nas necessidades da população.

Uma das estratégias elaboradas pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde, buscando o desenvolvimento de uma estrutura de governança, consiste no Programa VigiMinas, que visa fortalecer o planejamento, a gestão e a execução das ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelo Estado e Municípios. O objetivo deste programa é implementar um modelo para o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais (SEVS-MG), a fim de promover uma maior articulação entre os atores federados e ampliar a eficiência das ações de Vigilância em Saúde.

O Programa VigiMinas surgiu no final de 2021 com o objetivo de estruturar a Vigilância em Saúde em Minas Gerais no contexto pós-Pandemia de COVID-19. Para isto, foi realizado um diagnóstico da estrutura da vigilância em saúde no estado, envolvendo os municípios e as Unidades Regionais de Saúde.

A partir do diagnóstico e das normas que regulamentam a atuação da vigilância, foi estruturado um modelo para o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde (SEVS-MG). Este sistema é composto por 6 áreas temáticas, sendo 4 componentes e 2 atividades transversais. Os componentes da vigilância são: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, e Vigilância em Saúde Ambiental. Por sua vez, as atividades transversais são: Vigilância laboratorial e Emergências em Saúde Pública.

Cada componente ou atividade transversal é organizado em processos de trabalho, que buscam orientar a atuação das vigilâncias em saúde municipal e estadual para objetivos em comum. Tais processos de trabalho incluem passos padronizados, com o objetivo de coordenar e tornar homogênea a atuação da vigilância em saúde nas diversas regiões de Minas Gerais.

Vigilância epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica (VE) objetiva proporcionar o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças (transmissíveis e não transmissíveis) e agravos à saúde.

As ações inerentes à VE perpassam diferentes áreas de conhecimento, e em sua maioria apresentam caráter intersetorial. Na prática, a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes, assim como a promoção de ações de prevenção e controle de doenças, ocorre de forma integrada à demais áreas da vigilância, da saúde, como a atenção primária, e até mesmo outros setores da sociedade.

Identificação do perfil epidemiológico do território

A identificação do perfil epidemiológico do território consiste em uma das principais ações da Vigilância Epidemiológica. As atividades são desenvolvidas por meio do monitoramento, qualificação e análise dos bancos de dados provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde. Os dados sobre a ocorrência de doenças em uma determinada população coletados e armazenados são essenciais para a identificação de fatores de risco e determinação da eficácia de medidas de controle e prevenção de doenças. Nesse sentido, a análise dos dados coletados é realizada para identificar padrões e tendências de doenças, como a ocorrência de surtos ou epidemias, permitindo que as autoridades de saúde tomem medidas rápidas e eficazes para controlar a disseminação da doença e proteger a população.

Os sistemas de informação em saúde também desempenham um papel importante na detecção precoce de novas doenças ou variantes de doenças existentes. Ao monitorar constantemente os dados de saúde, pode ser possível identificar rapidamente qualquer aumento incomum de casos ou diferenças no padrão de ocorrência das doenças. Assim, a qualificação dos profissionais tem papel central nas ações de identificação do perfil epidemiológico. Somado a isso, é importante realizar a sistematização e disseminação do conhecimento por meio de publicações, como a análise de situação de saúde, boletins, informes epidemiológicos e/ou painéis temáticos, que, no âmbito da SES/MG, são divulgados, principalmente, no Portal de Vigilância em Saúde.

Investigação e inquéritos epidemiológicos

O processo de investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória, que são aquelas que devem ser notificadas às autoridades de saúde mediante suspeita ou confirmação, é fundamental para o controle e prevenção de doenças que representam um risco significativo para a saúde pública.

A investigação inclui a avaliação clínica do caso e de seus contatos, com detalhamento da história clínica e de dados epidemiológicos, além da coleta de amostras para laboratório (quando indicada), da busca de casos adicionais, da identificação do(s) agente(s) infeccioso(s) quando se tratar de doença transmissível, da determinação de seu modo de transmissão ou de ação, da busca de locais contaminados ou de vetores e da identificação de fatores que tenham contribuído para a ocorrência dos casos. A investigação epidemiológica deve ser realizada de maneira oportuna e envolver profissionais qualificados, laboratórios e outras unidades de saúde, autoridades de saúde e outros parceiros para garantir uma resposta eficaz e coordenada.

A investigação dos óbitos, como os maternos, infantis, fetais e de mulheres em idade fértil é de extrema importância para a saúde pública e para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que visa compreender as estatísticas, causas e fatores associados a esses óbitos para identificar oportunidades de prevenção, melhoria dos serviços de saúde e reduzir a mortalidade nessas populações, contribuindo, também, para a promoção da saúde materna, infantil e feminina de forma global. Nessa perspectiva, são realizadas ações de investigação intersectoriais, bem como a elaboração e o monitoramento desses óbitos. Além desses, para a redução de óbitos evitáveis, a SES/MG tem desenvolvido ações de investigação de óbitos de doenças zoonóticas, diarreicas, arboviroses e da sífilis.

Prevenção, controle e eliminação de doenças e agravos à saúde de interesse epidemiológico

A vigilância de doenças agudas transmissíveis e das condições crônicas é um componente essencial da saúde pública, que envolve a coleta, análise e interpretação de dados sobre a ocorrência e disseminação de doenças e agravos. Para as doenças transmissíveis, o objetivo da vigilância é identificar precocemente surtos de doenças, monitorar a sua evolução e implementar medidas de controle e prevenção, além de contribuir para a avaliação da efetividade de programas de vacinação e outras intervenções de saúde pública.

No âmbito das condições crônicas, as ações de vigilância têm a finalidade de subsidiar a definição de diretrizes para reduzir a morbimortalidade e desenvolver estratégias de prevenção e controle de condições crônicas, agravos e doenças não transmissíveis.

Para prevenção, controle e eliminação de doenças e agravos à saúde de interesse epidemiológico destaca-se o papel da SES/MG de normatizar, gerir e executar, em caráter complementar ou suplementar, ações de vigilância, detecção, prevenção, controle e eliminação de:

- doenças agudas: de transmissão hídrica e alimentar, de transmissão respiratória, e doenças preveníveis por vacinas;
- zoonoses, arboviroses e de outras doenças transmitidas por vetores e;
- acidentes por animais peçonhentos e venenosos.

A prevenção e controle das doenças de transmissão hídrica e alimentar envolve a implementação de medidas de melhoria da capacidade de detecção e notificação, com mecanismos de coleta, análise e compartilhamento de dados, a investigação de surtos, a promoção da educação em saúde e o estabelecimento de parcerias e cooperação com setores, como a agricultura, o meio ambiente, dentre outras partes interessadas e estratégias.

No que se refere às doenças preveníveis por vacina, há que se considerar a necessidade do estabelecimento da rotina de acompanhamento da COVID-19 e outros vírus respiratórios, que deve estar integrada na prática diária dos serviços de saúde, com diretrizes e objetivos claros que precisam ser construídos. Somado a isso, é de suma importância a manutenção das ações de vigilância, aliadas a estratégias de aumento das coberturas vacinais, para evitar o retorno de doenças como a poliomielite e sarampo, que atualmente encontram-se com alerta de risco de importação e reintrodução.

A estratégia de vigilância sentinela é um sistema de monitoramento utilizado também na área da saúde pública para detectar e acompanhar a ocorrência de determinadas doenças ou eventos de saúde em uma população específica. Considerando a importância epidemiológica, no

âmbito da SES/MG, tem-se buscado o fortalecimento da Vigilância Sentinela do Influenza e de outros vírus respiratórios, da Síndrome Diarreica Aguda e da Toxoplasmose Ocular.

As arboviroses, incluindo dengue, Zika, Chikungunya e febre amarela, destacam-se por sua magnitude e relevância para a saúde pública no estado de Minas Gerais, o que reforça a primordialidade de implementação da Política Estadual de Arboviroses.

A Política Estadual de Arboviroses se trata de um conjunto de diretrizes com a finalidade de prevenir e controlar a ocorrência das Arboviroses na população, e de garantir o acesso à serviços de saúde, de forma oportuna, resolutiva, equânime, integral e humanizada no âmbito do SUS. A Política Estadual de Arboviroses foi construída a partir da participação de diversas áreas e atores da SES/MG em reuniões e oficinas, com vistas a discutir a temática das Arboviroses segundo suas perspectivas e envolvimento com os fluxos de trabalho. Em paralelo, a operacionalização dos planos de contingência e o fortalecimento dos comitês estadual e municipais de enfrentamento contribuirão para a coordenação das ações de rotina e resposta às emergências decorrentes das arboviroses.

No âmbito da vigilância das condições crônicas, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis envolve a realização de ações que visam conhecer a distribuição das doenças e agravos, bem como de seus fatores de risco no território, e fomentar a organização de políticas públicas de saúde. No âmbito das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a vigilância tem por objetivo a análise permanente da situação epidemiológica, do HIV/Aids, sífilis e das hepatites virais, bem como a articulação de um conjunto de ações destinadas à promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

No que tange à vigilância do câncer, têm-se o foco na estruturação e no aprimoramento permanente dos sistemas especializados de informação sobre câncer. Além de impulsionarem a tomada de decisão estratégica em todos os níveis da gestão, as informações disponibilizadas são fundamentais para os profissionais da área da saúde e pesquisa, dentre outros. Os registros de câncer, populacionais (RCBP) e os registros hospitalares (RHC), permitem o conhecimento do cenário do câncer em Minas Gerais, visando subsidiar o desenvolvimento das políticas públicas necessárias.

Por sua vez, a vigilância da hanseníase desempenha um papel fundamental no controle e prevenção da doença, com o objetivo de coordenar a implementação de políticas públicas para promover diagnóstico precoce e tratamento eficaz. A vigilância da tuberculose visa promover e implementar as ações de controle da doença, bem como monitorar e divulgar os indicadores epidemiológicos e o cumprimento das metas estabelecidas, utilizando as informações para fins de planejamento, monitoramento e avaliação.

Para a prevenção, controle e eliminação de doenças e agravos, além das ações inerentes a identificação do perfil epidemiológico no território e da realização de investigação e inquéritos epidemiológicos, são realizados:

- o monitoramento de casos;
- a vigilância de resistência medicamentosa;
- o credenciamento e monitoramento de serviços de saúde;
- a identificação de serviços de saúde de referência e gerenciamento da rede laboratorial;
- e a instituição de comitês intersetoriais.

Outra atuação importante é a realização de atividades de qualificação profissional para as equipes das Unidades Regionais de Saúde e dos municípios, além da organização de materiais técnicos de apoio às ações de vigilância, do desenvolvimento de pesquisas e o do repasse de incentivo financeiro aos municípios, destinado ao custeio, fortalecimento e qualificação das ações de vigilância em saúde.

Neste ciclo, as estratégias prioritárias incluem o fortalecimento da vigilância das hepatites virais B e C, por meio de um diagnóstico situacional. Além disso, é fundamental propor recomendações e qualificar os profissionais de saúde. Também se destaca a implantação de novas tecnologias, como o teste rápido de hanseníase, que apoia a investigação de contatos,

auxiliando no diagnóstico precoce da doença e permitindo um tratamento mais eficiente. Outra medida importante é a implementação da rede IGRA para diagnóstico da tuberculose latente.

Como estratégias prioritárias de intervenção, é relevante enfatizar o planejamento de ações direcionadas para a prevenção, controle e vigilância de doenças epidemiológicas, abrangendo a sífilis e as doenças negligenciadas, como a doença de Chagas, leishmanioses, hanseníase e tuberculose. Isso será realizado por meio da cooperação técnica para a execução de ações de campo, focalizando vetores e reservatórios, bem como aprimorando o atendimento aos pacientes afetados. Para isso, serão estabelecidos fluxos e serviços especializados no âmbito da estratégia do Serviço de Atenção Especializada Ampliado (SAE-Ampliado).

Adicionalmente, é crucial ressaltar a importância da implementação de medidas e da intensificação de atividades relacionadas a doenças que têm se destacado no cenário epidemiológico, como a febre maculosa e a esporotricose.

Figura 41 – Estratégias para o fortalecimento das ações de prevenção, controle e vigilância de doenças negligenciadas.



Fonte: Superintendência de Vigilância Epidemiológica.

As doenças negligenciadas representam um sério desafio em termos de saúde pública em Minas Gerais. Historicamente, no estado, identificou-se uma prevalência de doenças crônicas negligenciadas devido a vários fatores, como a dificuldade de acesso dos pacientes a serviços especializados, a complexidade envolvida no diagnóstico e na manutenção do tratamento, o aumento da mortalidade e das complicações em pacientes afetados por essas condições, além do impacto adverso da pandemia de COVID-19 nos últimos anos.

Para enfrentar essa situação complexa, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) está empenhada em implementar os Serviços de Atenção Especializada Ampliada (SAE-ampliados) em todas as 14 Macrorregiões de Saúde. Esse projeto de caráter intersetorial será coordenado pela Vigilância Epidemiológica e desenvolvido com o apoio interno dos setores de atenção primária, atenção secundária e regulação, além de contar com o suporte externo da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig). O objetivo é abordar e reduzir os desafios associados às doenças negligenciadas e melhorar o atendimento a esses pacientes em todo o território estadual.

Esclarecimento das causas de mortes naturais sem assistência médica ou sem elucidação diagnóstica

A implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) é uma iniciativa importante para aprimorar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e fortalecer a vigilância

epidemiológica em relação às causas de óbito. O SVO é responsável por conduzir uma investigação minuciosa e criteriosa das causas naturais e das relacionadas a interesse epidemiológico. Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH), tem-se a expectativa de disponibilizar o serviço até 2024.

Para realizar essa implantação, o Estado fez investimentos na estrutura, equipamentos e recursos financeiros para apoiar a gestão do serviço, sob responsabilidade da SMS-BH. Além disso, a SES/MG prestará auxílio aos municípios por meio dos consórcios, com o intuito de facilitar o traslado dos corpos até o referido serviço. O SVO contribui para aprimorar a qualidade dos dados, detectar eventos de saúde pública, realizar a classificação precisa das causas de óbito e fortalecer a vigilância epidemiológica relacionada à mortalidade.

Gestão de insumos, materiais estratégicos e serviços de interesse epidemiológico

Entre os insumos estratégicos, deve ser considerada a importância da Rede de Frio e toda a cadeia de frio, que é essencial para manter a segurança dos imunobiológicos com temperaturas adequadas, evitando a perda de eficácia e garantindo a proteção contra doenças. Nesse sentido, é fundamental a realização do diagnóstico de toda a cadeia para fortalecimento da capacidade de armazenamento, transporte e distribuição de imunobiológicos, com investimento em infraestrutura e modernização da cadeia de frio, além da qualificação dos profissionais, em consonância com o objetivo estratégico de ampliação das coberturas vacinais.

Os inseticidas também são insumos estratégicos para a saúde pública, e desempenham um papel importante, especialmente no controle de doenças transmitidas por vetores. Para garantir a efetividade da ação de controle químico, é estratégico investir na revisão dos processos de trabalho, qualificação dos trabalhadores e na melhoria da infraestrutura de armazenamento e distribuição.

Além disso, é relevante destacar a gestão dos insumos de interesse epidemiológico, que são essenciais para a prevenção e controle das IST. Este processo abrange a distribuição de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais na rede de atenção à saúde, com a expansão da oferta para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Também inclui a aquisição e distribuição de insumos de prevenção para as Unidades Regionais de Saúde (URS), serviços de saúde e organizações da sociedade civil. Outro aspecto importante é a aquisição de medicamentos para o tratamento de infecções oportunistas, inibidor de lactação (cabergolina) e fórmula láctea infantil para o primeiro ciclo (0 a 6 meses), além da distribuição de medicamentos antirretrovirais.

No contexto dos nascimentos e óbitos em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade, conforme a Portaria MS/SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, de distribuir os documentos padrão de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) que são recebidos do Ministério da Saúde. Essa distribuição ocorre diretamente às instâncias regionais de saúde, as quais, por sua vez, repassam esses documentos às Secretarias Municipais de Saúde sob sua jurisdição.

Cada Secretaria Municipal de Saúde fica encarregada de controlar a distribuição e uso desses documentos dentro de sua gestão de sistemas. Essa abordagem permanecerá em vigor até que o novo sistema e-SUS Declarações seja implementado no futuro. Esse novo sistema estará vinculado ao Programa e-SUS Linha da Vida, coordenado pelo Ministério da Saúde, permitindo a emissão eletrônica tanto da DO quanto da DNV.

Coordenação das ações do Programa de Imunização

A vacinação está elencada dentro do Planejamento Estratégico da SES/MG 2023-2026 por meio do objetivo estratégico que almeja alcançar o maior nível de cobertura vacinal da série histórica, para prevenir internações e óbitos. Diante disso, o projeto Vacina Mais Minas conta com um robusto planejamento que está sendo executado com ações de curto e longo prazo para alcance da meta relacionada a recuperação e aumento das coberturas vacinais em Minas Gerais.

O projeto atualmente conta com cinco frentes de trabalho, visando retomar os índices de vacinação na população mineira. Para isso, pretende-se atuar na identificação da situação vacinal individual; na promoção da vacinação de crianças e adolescentes no ambiente escolar; na qualificação da infraestrutura das salas de vacina em todo o estado, assim como das(os) profissionais que atuam direta ou indiretamente nos locais de vacinação; no desenvolvimento de estratégias para incentivar a captação da população para a vacinação; e na coordenação e fortalecimento das ações de imunização por meio de uma Política Estadual pactuada e monitorada junto aos municípios mineiros.

O aumento de coberturas vacinais de rotina é foco de uma pesquisa-ação da Superintendência de Vigilância Epidemiológica (SVE) da SES/MG, iniciada em outubro de 2021. A pesquisa intitulada "Estratégias para o aumento de coberturas vacinais em crianças menores de 2 anos no Estado de Minas Gerais: Uma Pesquisa-Ação", construída em conjunto com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é uma proposta composta pela realização de Oficinas de Trabalho junto às Unidades Regionais de Saúde (URS) e municípios. Nas oficinas, há a construção de Planos de Ação Municipais, que são monitorados periodicamente por meio de indicadores de processos de trabalho em imunização.

A estratégia adotada pela SES/MG para aumentar as coberturas vacinais em crianças menores de dois anos foi reconhecida pela Organização Pan-Americana de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como uma das experiências exitosas em saúde pública no Brasil. Até o momento, a iniciativa para alcance das crianças envolveu aproximadamente 80% do território estadual. Há a perspectiva de ampliação da estratégia para outros ciclos de vida, como os adolescentes, em parceria com a Secretaria Estadual de Educação (SEE).

Figura 42 – Alcance da pesquisa-ação em parceria com a UFMG até outubro de 2023.



Fonte: Superintendência de Vigilância Epidemiológica.

As oficinas para trabalhar as estratégias voltadas às crianças foram realizadas em 22 URS, com participação de 608 municípios, enquanto as oficinas voltadas ao público de

adolescentes foram realizadas em 9 URS, com participação de 218 municípios. Durante o ciclo 2024-2027, pretende-se alcançar 100% das URS do estado por meio dessa estratégia, bem como perpassar os demais ciclos de vida: gestantes e idosos.

Outra importante abordagem é a descentralização dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), com vistas à ampliação do acesso da população por meio do estabelecimento de unidades macrorregionais em parceria com municípios habilitados. Essa estratégia inclui o fortalecimento do CRIE estadual que está sob gestão da SMS-BH, em uma importante parceria para o atendimento de pacientes com condições clínicas especiais. Em paralelo, ocorre a descentralização da investigação e acompanhamento dos eventos supostamente atribuíveis à vacinação e imunização (ESAVI), que tem o objetivo de contribuir para a segurança e o monitoramento contínuo dos imunobiológicos.

Figura 43 - Mapa da descentralização dos CRIE e da vigilância dos ESAVI em Minas Gerais em 2023.



Fonte: Superintendência de Vigilância Epidemiológica.

O CRIE Estadual foi implementado em Belo Horizonte, sendo este serviço referência estadual e matriciador da rede. Os CRIE Macrorregionais estão sendo implementados por etapas, como parte da estratégia do SAE-Ampliado, visando diminuir a ocorrência de grandes deslocamentos de pacientes elegíveis para uso de imunobiológicos especiais no território.

No que diz respeito à inovação em vacinação, a SES/MG tem concentrado esforços no aprimoramento das estratégias de vacinação realizadas fora das unidades de saúde, além de reforçar os procedimentos de vacinação de rotina. Nesse sentido, a SES/MG implementou um projeto inovador de aquisição de veículos adaptados, chamados de "Vacimóveis". Esses veículos funcionam como unidades móveis de vacinação e têm a finalidade de oferecer a vacinação a pessoas que, por diversos motivos, não conseguem comparecer às clínicas de vacinação convencionais durante os horários regulares de funcionamento.

Para a iniciativa, em 2023, municípios com população superior a 50.000 habitantes foram contemplados com um veículo próprio, enquanto os demais municípios farão o uso compartilhado por meio dos consórcios de saúde.

Figura 44 - Critérios de participação e beneficiários contemplados pela aquisição de “Vacimóveis” em 2023.



Fonte: Superintendência de Vigilância Epidemiológica.

As ações de vacinação extramuro têm recebido incentivo, especialmente no ambiente escolar, devido à facilidade de acesso a crianças e adolescentes nesse ambiente. A SES/MG tem como objetivo fortalecer o Programa Saúde nas Escolas (PSE) e alcançar o público-alvo por meio da promoção de ações colaborativas que envolvem diferentes setores, com o apoio da Secretaria de Estado de Educação (SEE/MG). É relevante ressaltar que essas ações colaborativas têm como propósito não apenas facilitar o acesso ao público-alvo, mas também compartilhar informações sobre vacinação e combater a disseminação de informações incorretas no ambiente escolar.

Além disso, a SES/MG irá monitorar o aumento na cobertura vacinal nos municípios e identificar possíveis estratégias de incentivo. A meta é promover, no período de 2024 a 2027, um fortalecimento na cadeia de frio e aprimorar a logística de distribuição de imunobiológicos, assegurando a eficácia das ações de imunização. Isso inclui a realização abrangente de campanhas de vacinação, com abordagens inovadoras que facilitem o acesso à população e levem em consideração as diferenças em todo o território de Minas Gerais.

Para alcançar os objetivos de todas as ações propostas, é fundamental focar na melhoria do acesso, na transparência das informações relacionadas ao monitoramento e na divulgação das coberturas vacinais e das ações de vacinação. Além disso, é importante considerar o repasse de incentivos financeiros aos municípios, a integração com a Atenção Primária, o estabelecimento de parcerias com setores externos à área da saúde e a oferta de capacitação para os profissionais envolvidos. Essas estratégias centrais são essenciais para atingir as metas em todo o estado.

Vigilância integrada de zoonoses e arboviroses: estratégias de prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores

A vigilância integrada de zoonoses e arboviroses está relacionada ao monitoramento e controle de vetores, com o objetivo de identificar e prevenir a ocorrência de doenças transmitidas por animais e/ou por artrópodes. Essa vigilância é realizada por meio da coleta de dados

epidemiológicos, laboratoriais e entomológicos, que são analisados e utilizados para tomar medidas de prevenção e controle das doenças, sendo importante a integração entre diferentes setores, como saúde humana, saúde animal, meio ambiente e agricultura, para garantir uma abordagem abrangente e eficaz, considerando a abordagem da saúde única.

Dentre as zoonoses e arboviroses, destacam-se a dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela, leptospirose, raiva, leishmanioses, doença de Chagas, febre maculosa, entre outras. Com base nos dados coletados, são adotadas medidas de controle, como ações de combate ao vetor, vacinação em animais, educação em saúde etc. Além disso, a vigilância integrada permite a detecção precoce de surtos e epidemias, possibilitando uma resposta rápida e eficiente para evitar a propagação das doenças.

A inovação desempenha um papel crucial na busca por medidas mais eficazes e eficientes para o controle integrado de vetores, com foco especial nas arboviroses. Dentre as estratégias, destacam-se a utilização de veículos aéreos não tripulados, conhecidos como drones, para combater o mosquito *Aedes aegypti*.

Através do uso de drones, é possível mapear ou tratar áreas em que os Agentes de Controle de Endemias (ACE) enfrentam desafios de acesso em suas rotinas de trabalho. Essa estratégia será em faixas, considerando as diferentes características dos municípios mineiros.

Figura 45 - Utilização de drones para realização do controle do *Aedes aegypti*.



Fonte: Superintendência de Vigilância Epidemiológica.

Em 4 de fevereiro de 2021, foi assinado o Acordo Judicial de Reparação Integral com o Estado de Minas Gerais, pactuado pela Secretaria de Estado de Saúde, Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais e Ministérios Públicos Federal e Estadual. Este acordo contempla a construção de uma Biofábrica para aplicar a metodologia Wolbachia como uma obrigação de fazer da Vale, sendo uma das ações acordadas para a reparação dos danos causados nos municípios impactados pelo rompimento da barragem em Brumadinho.

O método Wolbachia é patenteado pelo World Mosquito Program (WMP), sendo aplicado no Brasil pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e consiste numa estratégia complementar e autossustentável de combate aos vetores de doenças virais, visando a redução, a médio e longo prazo, da transmissão dos vírus da dengue, Zika e Chikungunya.

A Wolbachia é uma bactéria presente em cerca de 50% dos insetos, inclusive em alguns mosquitos. No entanto, não é encontrada naturalmente no *Aedes aegypti*. Quando inserido nessa espécie, a Wolbachia impede que os vírus da dengue, Zika, Chikungunya e febre amarela urbana se desenvolvam, contribuindo para redução destas doenças. A Biofábrica objetiva a produção mosquitos *Aedes aegypti* portadores da bactéria Wolbachia. Uma vez inseridos no meio ambiente, espera-se que os mosquitos portadores da bactéria se reproduzam com os *Aedes aegypti* locais e estabeleçam uma população com Wolbachia. Importante ressaltar

abordagem integrada que inclui boas práticas, gestão de riscos, controle de qualidade laboratorial, mecanismos de comunicação e informação de riscos (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, a SES-MG desempenha um papel crucial ao promover e apoiar os municípios do estado em diversas ações, incluindo:

- Identificação e registro dos sistemas de abastecimento de água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).
- Realização de inspeções técnicas (visitas) e, quando necessário, inspeções formais das fontes de abastecimento de água.
- Monitoramento da qualidade da água destinada ao consumo humano.
- Implementação de atividades de educação em saúde e fornecimento de orientação técnica.
- Fornecimento regular de hipoclorito de sódio 2,5% a todas as famílias que não têm acesso a água tratada.

Por fim, vale ressaltar a importância do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), que desempenha um papel crucial na consolidação das informações relacionadas à qualidade da água. Esse sistema integra especialmente os dados gerados a partir dos planos de amostragem conduzidos pelos provedores de água (controle) e pelas autoridades de saúde (Vigilância em Saúde).

Nesse contexto, cotidianamente, a SES-MG presta assessoria técnica aos municípios do estado, desenvolvendo ações de qualificação profissional, como a elaboração do Curso Básico de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, capacitando rotineiramente sobre o SISAGUA, e produzindo documentos, normativas técnicas e outros materiais de apoio. Além disso, a SES-MG realiza periodicamente o diagnóstico e acompanha o cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, com o objetivo de verificar a qualidade da água consumida pela população e prevenir doenças e problemas relacionados à água.

Além disso, a SES-MG desempenha um papel fundamental na gestão e distribuição do hipoclorito de sódio 2,5%. Isso envolve o planejamento do consumo anual em colaboração com o Ministério da Saúde, visando a distribuição para as Unidades Regionais de Saúde (URS) e, posteriormente, para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Vale destacar que o uso desse insumo é crucial para a proteção da saúde pública e é considerado em situações de desastres, sejam eles de origem natural ou causados pelo homem. Esse uso se torna especialmente relevante quando o fornecimento habitual de água potável para consumo humano é afetado, levando a mudanças nos padrões epidemiológicos locais, como o surgimento de surtos e epidemias.

Por fim, destaca-se que o Vigiagua é uma das metas previstas na sub-ação priorizada para o ano de 2026 e de responsabilidade da Saúde no PLAC-MG, com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância das populações humanas expostas aos fatores de riscos ambientais não biológicos dos programas de vigilância em saúde ambiental. Assim, a meta 6.2 consiste em atingir um percentual de 60% dos municípios do estado de Minas Gerais com a implementação do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), de acordo com as metas e critérios estabelecidos pela política (FEAM, 2023).

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq)

Além do Vigiagua, é relevante destacar a existência de outro programa relacionado às questões ambientais, chamado Vigipeq (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos). No ciclo de 2024-27, a SES-MG tem o objetivo de fortalecer a implementação deste programa em todo o estado de Minas Gerais. O programa tem como finalidade a realização de ações de vigilância em saúde voltadas para a promoção, prevenção de doenças e agravos, bem como a prestação de cuidados abrangentes à saúde de populações que estão expostas a contaminantes químicos que podem afetar a saúde humana e as interações entre

saúde de acordo com o perfil populacional que se deseja alcançar, bem como utilizar meios de comunicação diversificados para maior capilaridade e impacto.

Vigilância em Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental é a área responsável por coordenar as atividades de vigilância relacionadas aos contaminantes ambientais, sejam eles presentes na água, no ar ou no solo, desde que sejam de importância e repercussão na saúde pública. Também é relevante a coordenação das atividades relacionadas aos riscos decorrentes de desastres naturais (períodos chuvosos e de seca e estiagem) e dos desastres tecnológicos, sejam eles advindos de acidentes com produtos perigosos ou advindos de barragens, assim como de outros eventos capazes de causar doenças e agravos à saúde humana.

No que diz respeito às competências mencionadas, juntamente com as mudanças nos fatores que afetam a saúde humana no ambiente e a vigilância em saúde ambiental ligada a desastres, é importante destacar o impacto das mudanças climáticas. Essas mudanças climáticas são resultantes do aquecimento global causado pela atividade humana. Elas podem ter várias consequências na saúde humana, incluindo um aumento na propagação de doenças transmissíveis, especialmente aquelas transmitidas por vetores, bem como doenças de origem hídrica ou alimentar. Além disso, há uma tendência de aumento na frequência e intensidade de desastres naturais e causados pelo homem (OPAS, 2008).

Assim, alinhada à Agenda 2030 de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ODS 2030, ONU), a Fundação Estadual de Meio Ambiente (FEAM) desenvolveu o Plano Estadual de Ação Climática de Minas Gerais (PLAC-MG). Este Plano é composto por ações prioritárias e sinérgicas de mitigação, adaptação, justiça climática e inovação, envolvendo todas as áreas temáticas da Administração Pública Estadual com o objetivo de promover uma ação climática ampla e integrada (FEAM, 2023).

Nesse sentido, a Saúde é um dos 12 setores que aparece como responsável por um conjunto de sub-ações voltadas para a mitigação dos efeitos das mudanças climáticas na saúde pública. Tendo em vista as atribuições da Vigilância em Saúde Ambiental, essa área fica responsável por conduzir, junto ao restante da SES-MG, as ações voltadas para atingir os objetivos propostos pelo PLAC-MG. No ciclo de 2024-2027, o Plano Estadual priorizou uma sub-ação e duas metas a serem alcançadas até 2026. A primeira delas visa fortalecer as ações de vigilância das populações humanas expostas a fatores de risco ambientais não biológicos nos programas de vigilância em saúde ambiental. Dentro desse objetivo, as duas metas estabelecidas estão relacionadas à vigilância em saúde ambiental em duas áreas específicas: a vigilância de desastres de origem natural (Vigidesastres) e a vigilância da qualidade da água destinada ao consumo humano (Vigiagua).

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)

O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) consiste em um conjunto de ações realizadas de forma regular pelas autoridades de saúde pública. Seu objetivo é verificar se a água destinada ao consumo humano atende aos padrões e normas estabelecidos nas leis em vigor. O programa se concentra na supervisão dos processos de controle e vigilância da qualidade da água com o propósito de avaliar os riscos que a água consumida pode representar para a saúde humana, conforme estabelecido pelas diretrizes de saúde pública (BRASIL, 2005).

A vigilância da qualidade da água para consumo humano exige uma abordagem de cooperação que envolva a coordenação tanto dentro quanto entre diferentes setores. Isso implica que diversas autoridades de vigilância da saúde, juntamente com outras organizações envolvidas na gestão da água, como agências ambientais, órgãos de recursos hídricos, fornecedores de água e entidades reguladoras, devem colaborar em conjunto para garantir que a água atenda aos padrões estabelecidos. Essa colaboração é essencial para garantir o cumprimento das diretrizes e normas estipuladas (BRASIL, 2005).

abordagem integrada que inclui boas práticas, gestão de riscos, controle de qualidade laboratorial, mecanismos de comunicação e informação de riscos (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, a SES-MG desempenha um papel crucial ao promover e apoiar os municípios do estado em diversas ações, incluindo:

- Identificação e registro dos sistemas de abastecimento de água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).
- Realização de inspeções técnicas (visitas) e, quando necessário, inspeções formais das fontes de abastecimento de água.
- Monitoramento da qualidade da água destinada ao consumo humano.
- Implementação de atividades de educação em saúde e fornecimento de orientação técnica.
- Fornecimento regular de hipoclorito de sódio 2,5% a todas as famílias que não têm acesso a água tratada.

Por fim, vale ressaltar a importância do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), que desempenha um papel crucial na consolidação das informações relacionadas à qualidade da água. Esse sistema integra especialmente os dados gerados a partir dos planos de amostragem conduzidos pelos provedores de água (controle) e pelas autoridades de saúde (Vigilância em Saúde).

Nesse contexto, cotidianamente, a SES-MG presta assessoria técnica aos municípios do estado, desenvolvendo ações de qualificação profissional, como a elaboração do Curso Básico de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, capacitando rotineiramente sobre o SISAGUA, e produzindo documentos, normativas técnicas e outros materiais de apoio. Além disso, a SES-MG realiza periodicamente o diagnóstico e acompanha o cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, com o objetivo de verificar a qualidade da água consumida pela população e prevenir doenças e problemas relacionados à água.

Além disso, a SES-MG desempenha um papel fundamental na gestão e distribuição do hipoclorito de sódio 2,5%. Isso envolve o planejamento do consumo anual em colaboração com o Ministério da Saúde, visando a distribuição para as Unidades Regionais de Saúde (URS) e, posteriormente, para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Vale destacar que o uso desse insumo é crucial para a proteção da saúde pública e é considerado em situações de desastres, sejam eles de origem natural ou causados pelo homem. Esse uso se torna especialmente relevante quando o fornecimento habitual de água potável para consumo humano é afetado, levando a mudanças nos padrões epidemiológicos locais, como o surgimento de surtos e epidemias.

Por fim, destaca-se que o Vigiagua é uma das metas previstas na sub-ação priorizada para o ano de 2026 e de responsabilidade da Saúde no PLAC-MG, com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância das populações humanas expostas aos fatores de riscos ambientais não biológicos dos programas de vigilância em saúde ambiental. Assim, a meta 6.2 consiste em atingir um percentual de 60% dos municípios do estado de Minas Gerais com a implementação do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), de acordo com as metas e critérios estabelecidos pela política (FEAM, 2023).

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq)

Além do Vigiagua, é relevante destacar a existência de outro programa relacionado às questões ambientais, chamado Vigipeq (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos). No ciclo de 2024-27, a SES-MG tem o objetivo de fortalecer a implementação deste programa em todo o estado de Minas Gerais. O programa tem como finalidade a realização de ações de vigilância em saúde voltadas para a promoção, prevenção de doenças e agravos, bem como a prestação de cuidados abrangentes à saúde de populações que estão expostas a contaminantes químicos que podem afetar a saúde humana e as interações entre

as pessoas e o meio ambiente. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o Vigipeq é subdividido em dois subprogramas de atuação: o Vigiar e o Vigisolo.

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica (Vigiar) tem como objetivo promover a saúde das pessoas que estão expostas a fatores ambientais relacionados à poluição do ar. Esta iniciativa concentra-se principalmente em áreas onde diversas atividades econômicas ou sociais geram poluição atmosférica. O papel do Vigiar é identificar e caracterizar os fatores de risco para as populações expostas em áreas com preocupações ambientais atmosféricas que afetam a saúde, como zonas industriais, áreas urbanas densamente povoadas, regiões contaminadas por incidentes com substâncias perigosas, entre outros.

Ao fortalecer o Vigipeq, nosso objetivo é atender às peculiaridades relacionadas às possíveis contaminações encontradas nas matrizes ambientais. Isso contribuirá para a elaboração de políticas públicas destinadas à prevenção e promoção de medidas de proteção contra doenças e agravos relacionados à exposição da população a esses contaminantes. Dessa forma, buscamos considerar as características produtivas de Minas Gerais na formulação de estratégias relacionadas ao Vigipeq, com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população mineira e reduzir as taxas de morbimortalidade decorrentes da exposição humana a áreas contaminadas por substâncias químicas.

Por fim, é relevante destacar que os programas relacionados às matrizes ambientais mencionados têm uma relação intrínseca com outro programa da área de Vigilância em Saúde Ambiental: o Vigidesastres. Este programa abrange um conjunto de ações voltadas para a vigilância em saúde ambiental associada a desastres de origem natural ou tecnológica.

Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres de Origem Natural e Tecnológica (Vigidesastres)

Uma das funções essenciais da saúde pública é a redução dos riscos em caso de desastres, sejam eles de origem natural ou tecnológica. Para isso, deve-se considerar em seu processo de planejamento a inclusão de ações para prevenção, mitigação, resposta e recuperação. Tudo isso tem como objetivo reduzir o impacto desses desastres na saúde pública.

Dessa forma, o programa que abrange um conjunto de ações relacionadas à prevenção, mitigação, resposta e recuperação é o Vigidesastres, que estabelece, no âmbito da saúde, a atuação da Administração Pública em situações de desastres naturais e tecnológicos. Para isso, é essencial envolver todo o sistema de saúde, estabelecendo um processo de colaboração e articulação entre diferentes setores e instituições, com o propósito de minimizar os impactos decorrentes dessas emergências e desastres.

Compete à Vigilância em Saúde Ambiental o desenvolvimento de estratégias para atuar em desastres de origem natural e tecnológica, baseando-se na gestão de riscos. Isso engloba a implementação de ações para reduzir os riscos, gerenciar os desastres e lidar com os seus efeitos. Além disso, a Vigilância em Saúde Ambiental desempenha um papel importante na coordenação das políticas relacionadas às mudanças climáticas e seus impactos na saúde humana. Suas áreas de atuação abrangem desastres naturais (como inundações, secas, deslizamentos, entre outros) e desastres tecnológicos (incluindo acidentes com substâncias perigosas e incidentes com barragens, entre outros).

O objetivo do programa é desenvolver um conjunto de ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde, reduzir doenças e agravos decorrentes deles, bem como os danos à infraestrutura de saúde. Assim, no âmbito do Vigidesastres, a gestão de riscos relacionada às emergências em saúde pública por desastres compreenderá principalmente atuação nas seguintes fases: I – preparação contra desastres; II – monitoramento, alerta e comunicação; e III – resposta e reabilitação.

Portanto, a atuação do Vigidesastres é baseada na gestão do risco, compreendendo ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo do desastre (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução). Os principais desastres naturais que demandam a atuação da Vigilância em Saúde Ambiental são o período chuvoso e o período de

seca e estiagem. Nesse sentido, a atuação da SES-MG é articulada junto ao Ministério da Saúde, às SMS, ao Corpo de Bombeiros e à Defesa Civil. Vale destacar que a SES-MG produziu Planos de Preparação e Resposta voltados a esses dois desastres naturais, que são atualizados periodicamente conforme a necessidade.

Por fim, é relevante destacar que os desastres naturais também estão diretamente relacionados às mudanças climáticas e, portanto, fazem parte de uma das metas previstas no PLAC-MG, com previsão de atingimento em 2026. A meta 6.1 visa a ampliação em 50% do número de municípios no estado de Minas Gerais que implementam o Programa de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos riscos decorrentes dos desastres naturais (VIGIDESASTRES) (FEAM, 2023).

Para além dos desastres naturais, a Vigilância em Saúde Ambiental contempla os desastres tecnológicos, de forma que os principais são os Acidentes com Produtos Perigosos (Vigiapp) e os Desastres de Barragens.

O Vigiapp tem como objetivo desenvolver ações para identificar, caracterizar e mapear riscos, ameaças, vulnerabilidades e recursos para permitir uma atuação eficiente nos casos de acidentes. Além disso, visa realizar a vigilância epidemiológica dos impactos na saúde humana resultantes da exposição a produtos perigosos. Dentro de sua área de atuação, estão incluídas atividades com potencial de causar danos à saúde, abrangendo desde a extração, produção, armazenamento, transferência, transporte, uso e destinação final de produtos perigosos. Portanto, sua atuação se concentra na identificação e comunicação de acidentes, investigação de ameaças e vulnerabilidades, além de identificação das ações necessárias para a reparação das áreas afetadas.

É importante destacar que, durante o ciclo de 2024-2027, está em fase de elaboração o Plano de Preparação e Resposta a Acidentes com Produtos Perigosos. Este plano tem como objetivo orientar os municípios de Minas Gerais e a SES-MG sobre o papel de cada entidade na condução das ações necessárias em caso de um desastre envolvendo produtos perigosos.

Além do Vigiapp, é importante destacar o monitoramento de barragens, sejam elas de água ou de rejeitos de mineração, considerado também um tipo de desastre tecnológico. A atuação da Vigilância em Saúde Ambiental, nesse contexto, tem como objetivo desenvolver ações para identificar, localizar e caracterizar os riscos, ameaças e vulnerabilidades associados a essas barragens. Além disso, visa orientar e organizar os recursos necessários e a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para uma atuação eficiente em casos de emergências em saúde pública.

É fundamental ressaltar que o rompimento de barragens é um tipo de desastre que afeta diretamente a saúde pública, demandando uma resposta rápida, coordenada e eficaz para minimizar os impactos na saúde. Portanto, a gestão de riscos relacionada ao monitoramento de barragens segue um modelo semelhante ao do Vigiapp, englobando a atuação nas fases de preparação, monitoramento, alerta/comunicação, resposta e reabilitação.

Assim, a atuação da Vigilância em Saúde Ambiental no que se refere à vigilância dos riscos associados às barragens envolve a interlocução com o Ministério da Saúde, os municípios de Minas Gerais, as áreas internas da SESMG, o Corpo de Bombeiros e a Defesa Civil. É importante ressaltar o perfil produtivo e minerário de Minas Gerais, que abriga 313 barragens distribuídas por 65 municípios do estado (FEAM, 2022). Esse aspecto torna ainda mais relevante a articulação inter e intrassetorial prevista no Programa Vigidesastres. Nesse contexto, destaca-se a elaboração do Plano de Preparação e Resposta a Desastres com Barragens, com previsão de conclusão em 2023, cujo objetivo é organizar a atuação de todos os atores do SUS-MG em caso de um desastre desse tipo.

Por fim, é importante ressaltar que, relacionado ao Vigidesastres e à vigilância em saúde ambiental associada ao monitoramento de barragens, está também, no âmbito de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental da SES-MG, o conjunto de ações voltadas para a recuperação ambiental relacionada a dois desastres tecnológicos de barragens que ocorreram em Minas Gerais: o rompimento da barragem de Fundão no Rio Doce, da empresa Samarco Mineração S.A., em Mariana (2015), e o rompimento das barragens B-I, B-IV e B-IVA na Mina Córrego do Feijão, da empresa Vale S.A., em Brumadinho (2019).

As ações voltadas para a recuperação e reparação desses dois desastres são de natureza multisetorial e envolvem a participação de diversos setores da SES-MG. Em relação às ações estabelecidas no Acordo Judicial de Reparação, que foi firmado pelo Governo de Minas Gerais, Ministério Público de Minas Gerais, Ministério Público Federal e Defensoria Pública de Minas Gerais no contexto de Brumadinho, incluem o acompanhamento das iniciativas relacionadas aos Estudos de Avaliação de Risco à Saúde Humana e Ecológica, bem como o Programa de Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano. Ambas essas ações são supervisionadas tecnicamente pela Vigilância em Saúde Ambiental.

No que se refere ao desastre relacionado à Barragem de Fundão, existem ações estabelecidas no Termo de Transição e de Ajustamento de Conduta (TTAC), que foi acordado por diversos órgãos ambientais e sociais de esferas estadual e federal. Nesse contexto, a Vigilância em Saúde Ambiental participa da Câmara Técnica de Saúde (CT-Saúde) do Comitê Interfederativo (CIF) e de seus Grupos Técnicos, que estão envolvidos em estudos epidemiológicos, toxicológicos e no monitoramento da qualidade da água para consumo humano, entre outras atividades.

Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA)

Outro escopo de atuação e programa relacionado à exposição humana a contaminantes químicos é a Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA). No entanto, é importante ressaltar que o acompanhamento e o fomento deste programa são de responsabilidade de duas áreas da Vigilância em Saúde: a Vigilância em Saúde Ambiental e a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Isso abrange aspectos relacionados à contaminação da água, do ar e do solo por agrotóxicos, bem como a exposição das trabalhadoras e trabalhadores a essas substâncias químicas.

Conforme o dossiê da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a exposição e o consumo de agrotóxicos podem causar uma série de problemas de saúde, com consequências diversas, incluindo sintomas agudos e crônicos. Os grupos mais vulneráveis a esses efeitos deletérios são as trabalhadoras e trabalhadores diretamente envolvidos com agrotóxicos, além de crianças, grávidas, lactentes, idosos e indivíduos com saúde debilitada.

No que se refere ao monitoramento de resíduos de agrotóxicos na água para consumo humano, é relevante destacar que esta é uma ação conjunta prevista tanto no VSPEA quanto no Programa Vigiagua. No estado de Minas Gerais, priorizam-se os municípios mais suscetíveis a essa contaminação, com o objetivo de identificar fatores de risco para a saúde e definir ações preventivas e corretivas. Dentro do escopo das ações de gerenciamento de riscos, promoção da saúde e prevenção de agravos a serem desenvolvidas pelo SUS, enfatiza-se a importância desse monitoramento, com foco na coleta de amostras em áreas com potencial exposição humana aos agrotóxicos.

Diante do exposto, a SES-MG é responsável por prestar assessoria técnica aos municípios prioritários e demais municípios envolvidos em ações relacionadas ao Programa VSPEA, além de realizar ações de qualificação profissional.

Nesse contexto, promovem-se ações de treinamento destinadas aos profissionais de saúde. Esses treinamentos abrangem a capacitação para identificação, diagnóstico, acompanhamento e tratamento de casos de intoxicação, além de orientações para encaminhar adequadamente os pacientes para unidades de referência. Também são oferecidos cursos de capacitação para que os profissionais possam notificar no Sinan os casos suspeitos ou confirmados de intoxicação causados por agrotóxicos. Além disso, a formação engloba a capacitação de profissionais para investigar casos de intoxicação, assim como outros problemas de saúde relacionados ao trabalho. Por último, os profissionais da vigilância são treinados para coletar e analisar dados de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos e água destinada ao consumo humano.

No cenário nacional, o MS estabeleceu indicadores no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 para garantir a implementação do VSPEA, definindo 10 municípios prioritários para a implantação das ações voltadas a este Programa. Em Minas Gerais, as ações da Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito do VSPEA estavam inicialmente voltadas à vigilância da qualidade

houve a ampliação da priorização da implantação do VSPEA para 110 municípios mineiros, com ações já contempladas no Programa VigiMinas.

Assim, destaca-se que o Programa de VSPEA é um dos grandes objetivos a ser fortalecido no ciclo de 2024-2027. Considera-se oportuna a interlocução entre essas duas áreas da Vigilância em Saúde e o perfil produtivo e epidemiológico de Minas Gerais; no fortalecimento das ações já em andamento no território mineiro, assim como a criação de uma política pública destinada à articulação e organização das ações voltadas ao VSPEA.

Vigilância em saúde do trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) compreende um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de riscos na população trabalhadora. Essas ações devem ser conduzidas de maneira contínua e sistemática ao longo do tempo, visando a identificação, conhecimento, pesquisa e análise dos fatores que influenciam os agravos à saúde relacionados aos modelos de desenvolvimento, processos produtivos e condições de trabalho. A VISAT engloba dois principais componentes: a Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VESAT) e a Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT).

Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT)

A Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT) é uma das ações estratégicas definidas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Esta ação envolve a realização de inspeções sanitárias relacionadas à saúde das trabalhadoras e trabalhadores. Elas são conduzidas por meio da análise de documentos, entrevistas com trabalhadoras e trabalhadores e observações diretas nos locais de trabalho, com o objetivo de avaliar os impactos na saúde e no meio ambiente decorrentes das condições de trabalho.

A VAPT requer práticas e ações interdisciplinares, coordenação intra e intersetorial, e reconhecimento do trabalho como um fator essencial na determinação da saúde e das doenças. Além disso, implica em estabelecer relações éticas entre os profissionais de saúde e as trabalhadoras e trabalhadores, bem como na responsabilidade dos gestores e técnicos de garantir que as intervenções contribuam efetivamente para melhorar as condições de trabalho e a saúde das trabalhadoras e trabalhadores. Essa atividade é desenvolvida por meio de uma construção coletiva, adquirida na prática diária no campo.

Para fortalecer as ações de VAPT, a SES-MG tem trabalhado em conjunto com os municípios para programar e executar ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, priorizando as áreas com base no perfil epidemiológico e produtivo do território. Além disso, tem incentivado a realização de ações de VAPT com base em demandas originadas de órgãos de controle e denúncias, de acordo com a área de atuação da VISAT. Também são elaborados relatórios das ações realizadas e emitidas recomendações para possíveis ajustes.

Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VESAT)

A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VESAT) é uma das ações estratégicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus diferentes níveis. Ela abrange as fases de busca ativa e investigação epidemiológica de doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART) e a notificação dos casos confirmados como relacionados ao trabalho nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Além disso, a VESAT inclui a análise das informações geradas a partir dos SIS, o que permite a implementação de medidas de saúde apropriadas.

A investigação epidemiológica das DART é uma atividade fundamental e obrigatória que deve ser conduzida quando ocorre um caso ou há informações sobre a exposição de trabalhadores a fatores de risco ocupacionais. Essa investigação tem como objetivo avaliar as circunstâncias em torno do agravamento ou doença, bem como estabelecer sua relação com o trabalho. Se essa relação for estabelecida, os dados são registrados nos SIS, especialmente no Sinan. Esses dados de saúde contribuem para a tomada de decisões e o desenvolvimento de

políticas públicas voltadas para a proteção e promoção da saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores.

As DART de notificação compulsória no Sinan e sujeitas a monitoramento epidemiológico incluem:

- Acidente de trabalho com exposição a material biológico;
- Acidente de trabalho;
- Câncer relacionado ao trabalho;
- Dermatoses ocupacionais;
- Intoxicação exógena;
- Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT);
- Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR);
- Pneumoconiose;
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho;
- Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho.

Para fortalecer a Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VESAT) em Minas Gerais, têm sido promovidas ações nos municípios, incluindo:

- Identificação de casos suspeitos de doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART) na rede de saúde (pública e privada).
- Realização da investigação epidemiológica em saúde do trabalhador para os casos suspeitos de DART, incluindo os identificados por busca ativa (captação direta) e encaminhados pela SES-MG - Unidades Regionais de Saúde (URS) e Nível Central (captação indireta).
- Notificação e qualificação dos casos no Sinan quando estabelecida a relação com o trabalho.
- Vigilância de óbitos relacionados ao trabalho, com investigação dos casos e inserção adequada das informações no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e outros sistemas de interesse.
- Monitoramento dos casos de DART no Sinan, Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e outros sistemas relevantes.
- Realização de análises da situação de saúde do trabalhador, relacionando o perfil epidemiológico com o perfil produtivo do território.
- Apoio, sensibilização e monitoramento da rede de atenção à saúde no território para a identificação, registro e gerenciamento das DART.

No ciclo 2024-2027, a VESAT tem como objetivo atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho em Minas Gerais. Essa lista terá o propósito de fornecer orientações técnicas à Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto clínico-epidemiológico. Ela ajudará na qualificação da identificação de casos, no estabelecimento da relação entre o adoecimento e o trabalho, na orientação dos procedimentos de diagnóstico e tratamento, bem como no direcionamento das ações de vigilância, promoção e atenção integral à saúde da trabalhadora e do trabalhador.

Fortalecimento da Gestão Estadual da RENAST – CEREST Estadual

Uma das ações estratégicas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador é a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

A RENAST compreende uma rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivos ampliar o acesso e executar ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância em saúde, bem como oferecer

assistência especializada em saúde do trabalhador. Além disso, visa a estimular a articulação e integração com as demais Redes do SUS, qualificando as ações de saúde da trabalhadora e do trabalhador nos territórios.

A RENAST faz parte da rede de serviços do SUS, dedicada à promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador, e possui como principal componente o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O CEREST é o serviço responsável por integrar toda a rede de atenção à saúde, de modo a incorporar a Saúde do Trabalhador na atuação diária dos serviços públicos e privados, em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Uma vez que os CEREST podem ser implantados com abrangência estadual, regional e municipal, cabendo ao primeiro a retaguarda e apoio aos demais e aos municípios sem cobertura de CEREST Regional, atualmente o estado conta com suporte de 18 CEREST Regionais e 1 CEREST Municipal habilitados e em funcionamento. No entanto, dentre os 853 municípios, 394 (46%) não possuem cobertura de CEREST Regional. Logo, para fomentar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito estadual, é imprescindível fortalecer o CEREST Estadual de Minas Gerais.

Nesse sentido, o fortalecimento e fomento ao CEREST Estadual são os principais objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais no ciclo 2024-2027. Para isso, pretende-se consolidar o CEREST Estadual, que dará apoio técnico, institucional e de matriciamento aos CEREST Regionais e Municipal, assim como aos municípios mineiros e às Unidades Regionais de Saúde.

A principal estratégia do CEREST Estadual baseia-se na Gestão e Vigilância em Saúde, visando apoiar os municípios mineiros que não contam com CEREST Regional, além de orientar toda a Rede SUS nas ações de VESAT, VAPT e Educação Permanente. Também é objetivo estruturar instrumentos de planejamento e orientação para os municípios e os CEREST Regionais, a fim de apoiar a execução das ações mencionadas, considerando os principais ramos produtivos do estado de Minas Gerais e as principais doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Por fim, destaca-se que, em paralelo à estratégia de fortalecimento do CEREST Estadual, busca-se a articulação com o Ministério da Saúde para a habilitação de novos CEREST Regionais em Minas Gerais. Além disso, será realizada uma análise, em parceria com os CEREST Regionais e Municipal, o Ministério da Saúde e os demais parceiros da Vigilância em Saúde do Trabalhador, das áreas de abrangência dos atuais CEREST, com o objetivo de identificar gargalos e potencialidades da RENAST no território mineiro.

Adicionalmente às estratégias apresentadas, a atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no estado de Minas Gerais tem ocorrido, também, através de políticas públicas voltadas ao fortalecimento dessa área nos municípios mineiros. Assim, ações de VESAT, VAPT e Educação Permanente vêm sendo fomentadas e qualificadas enquanto rotinas nos municípios mineiros, com o objetivo de contribuir para a proteção e promoção à saúde das trabalhadoras e trabalhadores.

A partir destes incentivos e desta estruturação, já é possível observar incremento e qualificação das notificações no Sinan e SIA, o que evidencia o esforço da Vigilância em Saúde do Trabalhador no sentido de descentralizar e capilarizar as ações da área. Ainda nesse sentido, observa-se o aumento na demanda de capacitações continuadas no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador como um todo, assim como de elaboração de instrumentos para a condução e melhorias dos processos de trabalho.

Em consonância, observa-se a existência também de ações intersetoriais da Vigilância em Saúde do Trabalhador, buscando atuar em conjunto a outras áreas da SES-MG e da Vigilância em Saúde, aspecto que também será prioridade no ciclo 2024-2027. É possível citar como exemplo as ações que objetivam proteger e promover a saúde dos(as) trabalhadores(as) da agricultura familiar, em que foram executadas as ações de identificação simplificada do perfil produtivo, qualificação da informação de ocupação das DART notificadas, assim como o fomento a captação dos casos de DART entre trabalhadoras e trabalhadores com ocupações relacionadas à agricultura.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA)

Conforme dados do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Minas Gerais é o sexto estado que mais consome agrotóxicos no país. Isso é especialmente relevante para as produções destinadas à exportação, como milho, soja, café e cana-de-açúcar, que envolvem a aplicação de diversos ingredientes ativos com funções herbicidas, inseticidas, entre outros. Esse cenário eleva a preocupação e, consequentemente, a necessidade de uma maior atuação do setor de saúde relacionada ao monitoramento desses compostos no meio ambiente.

Neste sentido, a VSPEA visa à execução de ações de saúde integradas, compreendendo a promoção da saúde, a vigilância, a prevenção e o controle dos agravos e das doenças decorrentes da intoxicação exógena por agrotóxicos. É fundamental o desenvolvimento de diretrizes de implementação para a continuidade e o aprimoramento dessas ações, além de favorecer a incorporação de novos subsídios às ações de saúde, voltados para o reconhecimento das intoxicações exógenas por agrotóxicos como um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a efetividade da VSPEA depende do reconhecimento do contexto territorial, o que é fundamental para o monitoramento da situação de saúde da população. Portanto, é necessário a constante qualificação e aperfeiçoamento das informações locais relacionadas à utilização e comercialização de agrotóxicos. Para isso, é importante:

- Levantar as atividades econômicas relacionadas aos agrotóxicos no estado, bem como aquelas associadas à agroecologia e à produção orgânica.
- Traçar o perfil de consumo de agrotóxicos, identificando os princípios ativos mais utilizados em cada atividade produtiva e a periodicidade das aplicações.
- Identificar a população trabalhadora e os grupos vulneráveis em toda a cadeia de produção de agrotóxicos.

Considerando o contexto de exposição ou potencial exposição das populações aos agrotóxicos, é fundamental promover a interação e a troca de informações sobre ameaças à saúde, segurança e meio ambiente. O objetivo é assegurar que todos tenham conhecimento dos riscos aos quais estão expostos e participem da minimização e prevenção desses riscos. Esse intercâmbio de informações contribui para um melhor entendimento dos riscos associados ao uso e consumo de agrotóxicos, bem como das decisões e aspectos relacionados a eles.

Nesse contexto, é importante que a Vigilância em Saúde, em colaboração com outros atores de interesse, promova espaços e mecanismos de comunicação voltados ao controle social e a organizações da sociedade civil, a fim de informar sobre os riscos e impactos dos agrotóxicos na saúde humana, garantindo o direito à informação. É relevante ressaltar que ao aproximar associações, sindicatos e cooperativas de trabalhadoras e trabalhadores rurais, reconhecendo-os como agentes que contribuem para a revitalização das áreas rurais, a preservação de práticas agrícolas tradicionais e sustentáveis, bem como hábitos alimentares saudáveis, isso estimula o fortalecimento das comunidades em nível local e regional.

Como mencionado anteriormente, a implementação da VSPEA requer um profundo conhecimento do território, incluindo seu perfil produtivo e epidemiológico. Nesse contexto, a integração da VISAT com a DART desempenha um papel crucial na elaboração de estratégias visando a redução da morbidade e mortalidade entre os trabalhadores agrícolas.

As investigações epidemiológicas em casos de intoxicação exógena por agrotóxicos são particularmente valiosas, pois permitem identificar as vias de exposição e potenciais riscos nos ambientes de trabalho relacionados à exposição química. Além disso, a VAPT, como um pilar estruturante da VISAT, utiliza análises documentais, entrevistas e observações diretas dos processos de trabalho para identificar riscos ocupacionais e intervir nos locais de trabalho, com o objetivo de minimizá-los e proteger a saúde dos trabalhadores.

Portanto, a estratégia de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) é fundamental para promover e proteger a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores rurais e das comunidades diretamente afetadas pelo uso de agrotóxicos. Dado o aumento no uso

dessas substâncias e os riscos que representam para a saúde humana e o meio ambiente, o Ministério da Saúde (MS) incluiu um indicador no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 para assegurar a implantação da VSPEA.

Em Minas Gerais, a abordagem preferencial envolveu a implementação das ações de VSPEA em 10 municípios identificados como prioritários pelo Ministério da Saúde. Isso foi alcançado por meio de incentivos financeiros, colaboração intra e intersetorial, bem como apoio de atores municipais para a criação de grupos de trabalho temáticos e a elaboração de planos de ação direcionados à VSPEA. Além disso, houve incentivo para a coleta de dados, investigação, notificação e monitoramento de casos de intoxicação exógena relacionada ao trabalho decorrente do uso de agrotóxicos. Acompanhamento técnico foi oferecido mensalmente aos municípios e Unidades Regionais envolvidas. Atualmente, verifica-se que 60% dos municípios prioritários implantaram a VSPEA.

No cenário da VISAT em Minas Gerais, essa estratégia destaca-se como um eixo a ser fortalecido no ciclo 2024-2027, por meio de ações conjuntas entre a Vigilância em Saúde Ambiental e a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Vigilância Laboratorial

A Vigilância Laboratorial engloba um conjunto de ações que visam a obtenção de informações diagnósticas sobre doenças, agravos e a avaliação da qualidade de produtos de interesse para a saúde pública, além da verificação do padrão de conformidade de amostras ambientais. Isso é realizado por meio de estudos, pesquisas e análises de ensaios analíticos que se relacionam com os riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo. Entre seus objetivos, destaca-se a disponibilização de informações precisas e confiáveis, que contribuam para a prevenção e o controle de fatores de risco à saúde individual e coletiva, bem como para embasar a tomada de decisões na formulação de políticas públicas de saúde, por meio da análise de dados sob a perspectiva laboratorial.

Para alcançar esses objetivos, é essencial estabelecer uma rede integrada de Laboratórios de Saúde Pública, de acordo com o que é definido na Portaria nº 2.031 GM/MS, de 23 de setembro de 2004. Essa portaria estabelece o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) como uma estrutura composta por redes nacionais de laboratórios organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, em uma hierarquia baseada na complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde. Essas atividades abrangem a vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica.

Esta conformação descentralizada da rede diagnóstica também é adotada por Minas Gerais, onde as sub-redes integram a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP-MG), criada através da Resolução SES nº 632 de 29 de março de 2001. A RELSP-MG é gerenciada pela Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, juntamente ao Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (Lacen/MG) e ao Instituto Octávio Magalhães (IOM), que faz parte da Fundação Ezequiel Dias (Funed).

Atualmente, a RELSP/MG está passando por um processo de reestruturação. Nesse sentido, foram estabelecidas políticas na Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), as quais aprovaram diretrizes relacionadas à inclusão de Centros Colaboradores. Esses Centros Colaboradores são unidades laboratoriais especializadas que não faziam parte da estrutura da SES-MG e estão situadas em Secretarias Municipais de Saúde (SMS), universidades (estaduais e federais), centros de pesquisa ou entidades filantrópicas. O principal objetivo dessa iniciativa é promover a descentralização da vigilância laboratorial, por meio da habilitação e integração em rede dessas instituições. A política tem como foco o aumento do número de Laboratórios de Saúde Pública em todo o território mineiro, proporcionando um acesso mais amplo a diagnósticos de alta qualidade e à emissão oportuna de laudos.

A reestruturação da Rede baseou-se na identificação do parque tecnológico existente em outras instituições públicas que poderiam ser benéficas para o SUS/MG. O objetivo principal

é fortalecer o diagnóstico laboratorial das doenças e agravos que estão sujeitos à notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, e suas respectivas alterações, seguindo as diretrizes do SISLAB.

Apesar da descentralização de parte dos serviços, o atendimento das necessidades de diagnóstico em tempo oportuno em Minas Gerais é um desafio significativo devido à extensão territorial e à população do estado. Diante desse cenário, para apoiar os municípios no transporte de amostras para os Laboratórios de Saúde Pública e garantir o acesso a diagnósticos oportunos, foi estabelecida uma política de implantação de uma rede logística de amostras no estado. Isso envolve a criação de centrais de distribuição em 27 URS, que serão responsáveis pelo recebimento, conferência, acondicionamento e transporte das amostras.

Além da logística, outro fator que impacta diretamente nas ações de vigilância laboratorial é a etapa de coleta das amostras. É essencial padronizar os insumos que influenciam na qualidade das amostras, uma vez que isso interfere nos processos de análise laboratorial. Nesse sentido, a SES-MG planeja gerenciar a aquisição dos insumos de coleta de amostras, que serão distribuídos aos municípios para aprimorar a fase pré-analítica do diagnóstico e otimizar as rotinas laboratoriais.

Outro ponto crucial para o monitoramento das ações de vigilância laboratorial é a necessidade de implementar uma análise sistemática que possa subsidiar a tomada de decisão e avaliar a implementação e eficácia das políticas por meio da definição de indicadores e metas. Para alcançar esse objetivo, o registro em sistemas oficiais de vigilância laboratorial é fundamental para permitir a análise contínua das ações. A SES-MG tem investido na melhoria desse processo, otimizando a coleta de dados nas bases oficiais, seu tratamento e a disponibilização por meio de ferramentas que possibilitam a visualização e análise dos dados.

Por fim, é importante ressaltar que a Vigilância Laboratorial é um componente transversal da Vigilância em Saúde, estabelecido no Sistema Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais (SEVS-MG) e organizado em três principais processos de trabalho: a) Vigilância laboratorial da qualidade da água para consumo humano; b) Vigilância laboratorial de agravos e doenças de notificação compulsória ou de interesse da vigilância; c) Vigilância laboratorial entomológica. Portanto, neste próximo ciclo (2024-2027), a intenção é fortalecer as ações da vigilância laboratorial, com meta de aumentar o número de exames liberados em tempo oportuno, abranger 60% dos municípios com a rede logística de amostras e estabelecer pelo menos um Laboratório de Saúde Pública para cada tipologia laboratorial nas 14 Macrorregiões de Saúde. Essas metas visam aumentar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados com base em critérios laboratoriais, atualmente representando apenas 44,7% dos casos, conforme os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

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.

Conforme o Decreto Estadual nº 48.661, datado de 31 de julho de 2023, a Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Estadual tem diversas responsabilidades, incluindo:

- Coordenar a descentralização de suas atividades.
- Propor políticas e estabelecer diretrizes, normas e padrões técnicos em vigilância sanitária.
- Realizar o gerenciamento de riscos e monitorar as condições sanitárias de estabelecimentos, produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário.
- Monitorar e avaliar dados e informações relacionados à vigilância sanitária.
- Coordenar a abertura, a tramitação e a resolução dos processos administrativos em matéria sanitária.

- Promover a harmonização de ferramentas e práticas de vigilância sanitária com ênfase na Gestão da Qualidade.
- Desenvolver políticas para simplificar e modernizar os serviços de vigilância sanitária.
- Implementar iniciativas de comunicação de riscos e educação sanitária.

A Vigilância Sanitária de Minas Gerais (Visa-MG) tem como prioridade, por meio de ações de orientação e informação, estimular a população à adoção de práticas sanitárias que busquem a promoção da saúde e prevenção de agravos e de doenças. Neste sentido, faz-se necessário o estabelecimento de parâmetros que priorizem ações que visem prevenir, diminuir ou eliminar os riscos sanitários. Em nome da saúde pública, a Visa-MG também utiliza a prerrogativa de poder de polícia sanitária para que os interesses coletivos da população estejam acima de interesses individuais, conforme a necessidade. Assim, a promoção e proteção da saúde das pessoas, de forma articulada com os diversos setores da saúde e de outras áreas e esferas de gestão, é em síntese, o papel da Visa-MG.

Qualidade

De acordo com a Resolução RDC nº 560, de 30 de agosto de 2021, a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é requisito estruturante para qualificação das ações de vigilância sanitária exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, seguindo a recomendação da OMS de que todos os organismos reguladores em saúde possuam este sistema implantado. A implantação do SGQ na Visa-MG também segue diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que visam subsidiar a qualificação das ações da vigilância sanitária no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Uma das estratégias adotadas pela Visa-MG é executada por meio do Projeto IntegraVisa, uma parceria entre a Anvisa e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) no âmbito do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). O projeto tem por objetivo principal desenvolver o corpo técnico e gerencial do SNVS no tema “Gestão da Qualidade”, fortalecendo as instituições para o cumprimento dos requisitos básicos da RDC nº 560/2021. Após participação da etapa piloto de construção do modelo de implantação do SGQ no SNVS, a Visa-MG participa atualmente da etapa de interpretação, adequação e conformidade dos requisitos da Norma ISO 9001:2015 "Sistemas de Gestão da Qualidade" com o intuito de obtenção da certificação de um processo de escopo específico da Visa.

A estruturação do SGQ inclui a conformidade dos seguintes processos: contexto organizacional, liderança, planejamento, apoio, operação, avaliação de desempenho e melhoria. Para ampliar o conhecimento das práticas de gestão da qualidade, foi criado um Grupo de Gestão da Qualidade, com representantes das áreas da Visa-MG a nível central e regional. Além disso, o Projeto envolve ações de incentivo, apoio, capacitação e disseminação da gestão da qualidade nas áreas técnicas.

A Visa-MG se destacou nos últimos anos a implantação da Gestão da qualidade, possuindo a delegação de competência para as inspeções em fabricantes de Medicamentos, Insumos farmacêuticos e Produtos para Saúde classe de risco III e IV, conforme a Portaria nº 678/2021. Tal delegação permitiu à Visa-MG representar os estados, antes do SNVS, em duas auditorias internacionais: União Europeia e PIC's. Para os próximos anos, além de impulsionar as ações para ampliação e melhoria do sistema de Gestão da Qualidade baseado na ISO 9001:2015, a Visa-MG vai continuar executando as ações necessárias para manutenção da delegação de competência.

Licenciamento Sanitário

O licenciamento sanitário é o ato legal que permite o funcionamento de estabelecimentos, uma vez constatada sua conformidade com requisitos legais e regulamentares. O licenciamento sanitário simplificado será realizado após o fornecimento de informações e declarações assinadas pelo responsável legal do estabelecimento, visando o reconhecimento

formal do cumprimento dos requisitos exigidos pela legislação sanitária para o exercício da atividade requerida. 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 módulo de Licenciamento Sanitário Simplificado.

Esta implementação é realizada em parceria com outros órgãos do estado, como 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), de forma a fomentar o empreendedorismo e o desenvolvimento de negócios com vistas à redução da informalidade.

Nesse sentido, torna-se fundamental o investimento na modernização do serviço por meio da transformação digital. Este tem sido o objetivo principal do desenvolvimento e implantação de um sistema de informação em Vigilância Sanitária (VISA Digital), para cadastro integrado dos estabelecimentos regulados e a priorização do peticionamento eletrônico de alvará sanitário dos serviços classificados como alto risco, sujeitos ao licenciamento pelo Estado.

Conforme a Resolução SES/MG nº 7.426, de 25 de fevereiro de 2021, os estabelecimentos classificados como Nível de Risco III (alto risco) devem ser licenciados pela vigilância sanitária mediante a realização de inspeção sanitária prévia ao início de funcionamento da empresa. A fiscalização sanitária compreende o conjunto de ações para verificação do cumprimento das normas sanitárias de proteção da saúde e gerenciamento do risco sanitário na cadeia de produção, transporte, armazenamento, importação, distribuição e comercialização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária. Para a organização das ações de Vigilância Sanitária, a RDC nº 560/2021 estabelece que o licenciamento e a inspeção de estabelecimentos que realizam atividades de alto risco sanitário devem ser objeto de pactuação entre estados e municípios.

Avaliação de Projetos Arquitetônicos

Ainda no propósito de fomentar o empreendedorismo e o desenvolvimento de negócios, a Visa-MG executa a importante ação de avaliação de projetos arquitetônicos. 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 têm 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.

Com vistas à modernização e agilidade na relação com o ambiente de negócios, a área também será contemplada pela transformação digital, sendo a próxima etapa proposta para o VISA Digital, já em fase de desenvolvimento.

Monitoramento de Produtos e Serviços

Na ação de 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. Destaca-se nesta ação a importância de avaliar a qualidade dos produtos quando estes já se encontram disponíveis no mercado (ou seja, para consumo da população), quando não sofrem mais intervenções dos fabricantes. As ações são realizadas em conjunto pelas vigilâncias sanitárias estadual e municipais, laboratórios públicos e outros órgãos e em entidades parceiras.

Em 2019, foi publicada a Resolução SES/MG nº 6.711, de 17 de abril de 2019, que instituiu o Programa Mineiro de Monitoramento da Qualidade dos Produtos e Serviços Sujeitos ao Controle Sanitário, aprovando os regulamentos técnicos dos programas específicos que o integram. Segundo a resolução, os produtos e serviços com a qualidade monitorada no estado de Minas Gerais incluem: alimentos (Programa Estadual de Monitoramento de Qualidade dos Alimentos - PROGVISA); resíduos de agrotóxicos em alimentos (PARA-MG); medicamentos, cosméticos, saneantes, produtos para a saúde e insumos (PROGMEC); água para hemodiálise (PROGDia); e equipamentos de mamografia (Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia - PECQMamo).

O PROGVISA objetiva monitorar a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos expostos à venda no Estado de Minas Gerais, sendo importante ferramenta para o planejamento de ações de vigilância sanitária e saúde, contribuindo para a segurança alimentar da população. O programa inclui o monitoramento da iodação do sal para consumo humano, da fortificação da farinha de trigo e milho com ferro e ácido fólico, dos teores de açúcares, sódio e gorduras nos alimentos industrializados, de aditivos e contaminantes, do monitoramento de lactose e glúten em alimentos para fins especiais, além da análise da rotulagem de todos os alimentos coletados.

Com um recorte para a agricultura familiar, a iniciativa “CAFÉ COM VISA”, considerando a importância social e econômica do produto no estado, monitora a qualidade do café produzido pelos agricultores familiares com análises de rotulagem, elementos histológicos e micotoxinas.

O PARA-MG tem o objetivo de avaliar os resíduos de agrotóxicos nos alimentos de origem vegetal (hortifrutigranjeiros, cereais e polpas de frutas). A análise global dos resultados das análises de agrotóxicos realizadas pela FUNED nas amostras de alimentos coletadas fornece informações para a tomada de ações de mitigação de risco, em especial para subsidiar decisões a respeito de quais agrotóxicos e quais produtos alimentares devem ser alvo de maior investigação e intervenção por parte do SNVS, em conjunto com os demais órgãos envolvidos – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) e Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). Os dados obtidos são indicativos relevantes na discussão sobre restrição e banimento de agrotóxicos perigosos para a saúde da população.

O Programa de Monitoramento de Resíduos de Antimicrobianos em Alimentos tem o objetivo de avaliar riscos, padrões e tendências relacionadas à resistência aos antimicrobianos em alimentos prioritários, inicialmente em amostras de frango, disponíveis para venda direta ao consumidor. As informações produzidas por meio deste monitoramento apoiarão o estabelecimento da vigilância integrada nacional da resistência antimicrobiana de origem alimentar e subsidiarão a definição de ações prioritárias relacionadas à produção e à comercialização de alimentos para o enfrentamento da resistência antimicrobiana.

O Programa Estadual de Monitoramento da Qualidade dos Medicamentos e Congêneres (PROGMEC) tem como objetivo 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. Sua implantação ocorreu em 2004 e desde então passa por inovações constantes, como a inclusão de análise dos fitoterápicos em 2009 e de saneantes e produtos para saúde em 2012, bem como o aumento do elenco de produtos analisados no decorrer dos anos.

Com a implantação de um novo laboratório no Lacen-MG, houve um incremento tanto no escopo quanto nos ensaios realizados para os produtos para saúde. Há previsão ainda, para os próximos anos, a implementação de novos ensaios como o de eficácia de filtração em máscaras cirúrgicas e os ensaios em kits de diagnóstico rápido. O programa, pioneiro no país, se tornou referência nacional, sendo o maior programa de monitoramento pós-comércio do Brasil.

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. Além disso, há o monitoramento dos serviços de interesse da saúde, serviços de sangue, outras células, tecidos e órgãos.

É importante ressaltar também o papel da FUNED como parceira fundamental na maioria das ações de monitoramento citadas.

A Resolução SES/MG nº 6.711, de 17 de abril de 2019 define como atribuições da FUNED nesse aspecto: realizar a coordenação analítica dos programas que participar; participar da elaboração do plano de amostragem dos produtos e da definição dos serviços objetos do monitoramento; executar análises laboratoriais para fins de monitoramento; avaliar a capacidade técnico-operacional dos laboratórios que venham a integrar o programa; e planejar e adquirir os insumos, conforme a demanda de cada programa.

Acolhimento de denúncias

A ação de recebimento, investigação e resposta de denúncias e reclamações constitui um dos principais serviços prestados pela Vigilância Sanitária com interface mais direta com a população, seja cidadão ou profissional regulado. Os órgãos da Vigilância Sanitária recebem diariamente denúncias de cidadãos, baseadas nas suas percepções de risco, nas diversas etapas da produção, consumo de produtos ou na prestação de serviços de saúde ou de interesse da saúde. Uma vez recebida a denúncia, esta ação passa a ser priorizada dentro do processo de trabalho.

Visando padronizar a forma de acolhimento das denúncias, a SES-MG 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.

Descentralização

Conforme a RDC nº 560/2021, cabe aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a coordenação dos componentes estadual, distrital e municipal, no âmbito de seus respectivos limites territoriais. Para tanto, organiza as ações tendo como princípio o grau de risco sanitário intrínseco às atividades e aos produtos sujeitos à vigilância sanitária, bem como o cumprimento de critérios e requisitos necessários à sua execução.

Segundo a mesma resolução, as ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimentos, produtos e serviços de alto risco sanitário devem ser pactuadas entre estados e municípios, observando os critérios definidos em resolução e os requisitos pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite – CIB. Define também que as ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimentos, produtos e serviços de baixo risco sanitário devem ser realizadas pelos municípios.

No intuito de coordenar este processo em Minas Gerais, a Superintendência de Vigilância Sanitária desenvolveu o Programa de Descentralização da Vigilância Sanitária – PDVISA (Resolução SES/MG nº 8.387, de 19 de outubro de 2022), tendo como objetivo fortalecer o planejamento, a gestão e a execução das ações prioritárias de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental, visando apoiar a descentralização de ações da área para todos os municípios mineiros. O PDVISA previa o repasse de recursos financeiros aos Municípios, que deveriam prover condições para atendimento dos requisitos cognitivos, estruturantes e operacionais para a qualificação das ações desenvolvidas.

Seguindo ainda as diretrizes de pactuação entre estado e municípios acerca das responsabilidades das inspeções dos estabelecimentos de maior risco sanitário, foram estabelecidas diretrizes e repasse financeiro para a descentralização das inspeções em

Fabricantes de Produtos para Saúde e Gases Medicinais, nos termos da Deliberação CIB/SUSMG nº 3.785, de 19 de abril de 2022, e da Resolução SES nº 8.104, de 19 de abril de 2022, bem como da Resolução SES/MG nº 8.834, de 20 de junho de 2023, aprovada pela Deliberação CIB/SUSMG nº 4.227, de 20 de junho de 2023, e alterada pela Resolução SES/MG nº 9.036, de 26 de setembro de 2023. As ações em ambas as resoluções estarão em curso nos próximos anos, e visam melhorar o processo de descentralização, incluindo inspeções conjuntas, auditoria nas Vigilâncias Sanitárias municipais, qualificação e capacitação adequada dos inspetores e comunicação efetiva entre todos os entes do SNVS em busca contínua da melhoria do serviço prestado aos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário e proteção à saúde da população.

Neste mesmo intuito, destaca-se o início da formação de consórcios intermunicipais como mecanismo auxiliar de governança nas ações de vigilância sanitária em Minas Gerais, processo que pode se tornar uma referência no Brasil. A execução das ações via consórcio, sob direcionamento da VISA municipal, pode melhorar a operacionalização e qualificação dos processos trazendo benefícios à descentralização dos municípios participantes.

No âmbito das ações de educação em saúde, os treinamentos e capacitações de trabalhadores de vigilância sanitária municipal ocupam grande esforço da gestão devido à grande rotatividade destes profissionais. Há uma prevalência de profissionais de nível fundamental e médio em atuação nas vigilâncias sanitárias municipais, exigindo estratégias de educação específicas para este público.

O projeto percurso formativo, criado em 2020 em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), desenvolveu uma trilha de conhecimento em três etapas para os fiscais municipais. No entanto, o desenvolvimento das ações educativas e de treinamento em vigilância sanitária ainda necessita de uma política de formação continuada tanto para os profissionais com pouco tempo de atuação quanto para profissionais experientes. Na atuação em vigilância sanitária, a identificação do risco é um desafio particular, pois os profissionais precisam conhecer normas que estão em constante atualização e compreender os riscos e benefícios de cada situação.

Outro fator de relevância é a perspectiva de recomposição do quadro de autoridades sanitárias a partir de 2024. Em 15 de setembro de 2023 foi aprovada a Lei nº 24.433/23, que contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais, cria a gratificação de função e institui o prêmio de produtividade, entre outras providências. Esta alteração legislativa permitirá a execução de processo seletivo de autoridades sanitárias, o que não ocorre desde 2010. A introdução de autoridades exigirá inicialmente um planejamento de capacitação e a reorganização da força de trabalho, gerando importante fortalecimento da Visa-MG.

Vigilância de Alimentos

A Vigilância Sanitária de alimentos tem como principal atribuição o controle sanitário da produção, manipulação, armazenamento, transporte, distribuição, exposição e comércio de alimentos para consumo humano com o objetivo de minimizar ou eliminar os potenciais riscos à saúde da população.

Entre as principais políticas da área, está o fomento à Inclusão Produtiva com segurança sanitária, que visa a regularização sanitária dos empreendimentos da agricultura familiar, dos microempreendedores individuais e da economia solidária para a inserção legal no mercado formal, promovendo o desenvolvimento econômico-social e a geração de emprego e renda nos territórios mineiros. Esta regularização potencializa as compras institucionais, contribuindo para os programas nacionais PNAE e PAA, com relevância no combate à fome e à promoção da segurança alimentar, a partir da segurança sanitária dos alimentos.

Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse da Saúde

A Vigilância em Serviços de Saúde e de interesse da saúde tem por objetivo promover e proteger a saúde da população mediante ações de prevenção, redução e eliminação (quando possível) dos riscos e agravos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes da

prestação e utilização de serviços de saúde e de interesse da saúde. Para tal, procura estabelecer estratégias, diretrizes e normas no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária que visam fortalecer os processos sanitários e o gerenciamento dos fatores de riscos nos Estabelecimentos de Assistência à Saúde do estado de Minas Gerais.

Entre os principais programas da Vigilância em Serviço de Saúde estão o Programa de Monitoramento da Qualidade da Água Tratada para Hemodiálise, o Programa de Monitoramento da Qualidade Sorológica dos Serviços de Hemoterapia, o Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia – PECQMamo e o Programa Estadual de 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. Esta iniciativa 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.

A Vigilância Sanitária conta também com um importante conjunto de ferramentas para facilitar as atividades de inspeção e fiscalização e também para o monitoramento dessas ações em serviços de saúde e de interesse para a saúde. A proposta faz parte das iniciativas do Projeto Nacional de Harmonização das Ações de Inspeção Sanitária em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde, que vem sendo desenvolvido desde 2019, promovendo a utilização do Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP®), com o objetivo de harmonizar os processos de inspeção e de fiscalização em serviços de saúde e de interesse para a saúde, realizados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Vigilância de Medicamentos e Congêneres

A Vigilância de Medicamentos e Congêneres desempenha um papel complementar na regulação das atividades relacionadas à fabricação e distribuição de produtos sujeitos a controle sanitário, que incluem medicamentos, insumos, produtos para saúde, cosméticos, perfumes, produtos de higiene e saneantes. Isso envolve a supervisão desde a fase de fabricação ou importação desses produtos até sua distribuição, transporte e venda no varejo, bem como a fiscalização dos laboratórios encarregados de verificar a qualidade desses produtos.

As ações de vigilância sanitária abrangem uma variedade de atividades que vão além da simples fiscalização da cadeia de produtos. Isso inclui o desenvolvimento de normas e procedimentos relacionados à vigilância sanitária, investigação de denúncias e reclamações técnicas, monitoramento da qualidade, atividades educativas e medidas preventivas para proteger a saúde pública. Além disso, a coordenação das ações relacionadas ao fornecimento de números e talonários de notificação de receita faz parte de suas responsabilidades.

Nesse contexto, a manutenção da delegação de competência para as inspeções de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos e Produtos para Saúde da Anvisa para o estado de Minas Gerais é uma importante iniciativa. A Portaria nº 678/2021 delega a competência para Visa-MG até 2024, sendo estratégico manter a qualidade das inspeções realizadas para a manutenção da competência.

A Vigilância de Medicamentos e Congêneres também coordena e executa programas de capacitação de inspetoras e inspetores, conforme PROG-DVMC-001 e PROG-SNVS-001. Tal programa estabelece diretrizes acerca da qualificação e capacitação dos inspetores. Para tanto, são oferecidos cursos presenciais e à distância, bem como treinamentos práticos para que tais inspetores possuam a expertise necessária para acompanhar as rápidas inovações tecnológicas que são implementadas na área.

Como exemplo, destacam-se o Curso Básico e o Curso Prático de Boas Práticas de Dispensação e Manipulação, que são realizados em conjunto com os Nuvisas das Unidades Regionais de Saúde desde 2017, de forma virtual e presencial, resultando na capacitação de mais de 1000 inspetores. Planeja-se até 2026 realizar pelo menos a etapa presencial nas 28 Unidades Regionais de Saúde. Todas as ações de descentralização das inspeções, dos estabelecimentos da

área de medicamentos e congêneres, têm como premissa o acompanhamento individual da qualificação e capacitação dos inspetores.

O gerenciamento da confecção e distribuição de talonários de Notificações de Receita A (amarelas) e de Talidomida (branca) também é uma atribuição da Vigilância Sanitária. Estes documentos são entregues aos médicos e instituições, previamente cadastrados, e devem acompanhar as prescrições utilizadas para dispensação de medicamentos entorpecentes e psicotrópicos e talidomida, em consonância ao previsto na Portaria SVS/MS nº 344/1998, que rege sobre os medicamentos sob controle especial.

A proposta para os próximos anos é transferir do SEI/MG para o VISA Digital o serviço, de forma a customizá-lo e aprimorar a obtenção de informações necessárias para o cadastro e fornecimento.

Também foi proposta a transição do SEI/MG para o VISA Digital dos seguintes serviços, melhorando a interface com o usuário externo:

- Cadastro de estabelecimentos para manipulação de classes especiais (hormônios, citostáticos e SBIT), e para dispensação de misoprostol (hospitais) e retinóides (drogarias);
- Emissão dos Termos de Abertura e Encerramento de Livro de Receituário Geral de Farmácias de Manipulação;
- Emissão dos Termos de Abertura e Encerramento de Livro de substâncias e medicamentos sob controle especial; (4) Envio de Balanços, Relações e Mapas de Substâncias e Medicamentos.

Outra importante diretriz estratégica tem sido implementada nos últimos anos para definição da periodicidade da inspeção de acordo com o risco sanitário. Anteriormente, as inspeções eram anuais, independente da situação de cada estabelecimento. Foram criados e implantados procedimentos de categorização de não conformidades e planejamento de inspeções com base no risco, para fabricantes de medicamentos, insumos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes, farmácias, drogarias, importadoras, distribuidoras, armazenadoras e transportadoras de produtos sujeitos ao controle sanitário. Sendo previstos para os próximos anos, a criação e implementação de procedimentos aplicáveis para estabelecimentos de comércio varejista de produtos para saúde, produtos de higiene pessoal, cosméticos, perfumes e saneantes; estabelecimentos de manutenção e aluguel de produtos para saúde; e laboratórios de Controle de Qualidade.

Emergências em saúde pública

As emergências em saúde pública referem-se a situações que requerem ação imediata para prevenir, controlar e conter riscos, danos e ameaças à saúde pública. Essas situações podem resultar de causas epidemiológicas, desastres naturais, eventos ambientais, ações humanas ou tecnológicas.

De acordo com o Regulamento Sanitário Internacional em vigor, é essencial notificar imediatamente qualquer suspeita de agravos transmissíveis de relevância em saúde pública. Essa notificação é o primeiro passo para identificar fatores de risco, adotar medidas de contenção e esclarecer a causa da ameaça à saúde pública no menor tempo possível. Essa abordagem requer uma estreita colaboração entre os setores público e privado, incluindo Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, o Ministério da Saúde e, quando aplicável, organizações de saúde internacionais.

Nesse contexto, a criação de uma Rede de Vigilância de Emergências em Saúde Pública tem como objetivo fortalecer a capacidade de antecipar e responder a situações de emergência em saúde pública. Isso envolve coordenar a preparação e a oferta de respostas, facilitar a colaboração entre os diversos atores envolvidos na vigilância em saúde, fortalecer a atuação das unidades regionais de saúde por meio do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada (EpiSUS) e aprimorar os laboratórios de saúde pública. Além disso,

visa estabelecer uma força estadual dedicada e organizar a rede de assistência de forma a responder prontamente.

A estruturação de uma rede de resposta rápida, coordenada pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), pretende atuar nas emergências de saúde pública por meio da melhoria das tecnologias de informação, do aprimoramento da capacitação dos profissionais de saúde, do estabelecimento de canais eficazes de comunicação e da resposta rápida e eficiente. Isso amplia a capacidade de Minas Gerais de agir precocemente em emergências epidemiológicas, mantendo sua capacidade de gestão em outras áreas da saúde.

3.5.6. 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 (PNAUM, 2016):

- disponibilidade (availability): relação estabelecida entre o tipo de serviços e volume de recursos existentes em função das necessidades e volume de usuários.
- acessibilidade geográfica (accessibility): relação estabelecida entre a localização do serviço e a localização dos usuários, levando em conta os recursos dos usuários de transporte, tempo de viagem, distância e custo.
- adequação (accommodation): representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e a capacidade dos usuários para se adaptar a essa organização.
- capacidade aquisitiva (affordability): relação estabelecida entre o custo dos serviços e capacidade de pagamento do usuário ou cliente
- aceitabilidade (acceptability): Representa as atitudes das pessoas e dos provedores em relação às características e práticas de cada um.

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 de maneira pela utilização de um sistema de informação eletrônico, denominado Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

Segundo Emmerick (2010), as dimensões da Gestão Técnica do Medicamento da Assistência Farmacêutica Municipal na Atenção Primária à Saúde são: Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição. O Cuidado Farmacêutico inclui os serviços clínico-assistenciais, contendo a dispensação, o rastreamento em saúde, a conciliação de medicamentos, a revisão da farmacoterapia, e o acompanhamento farmacoterapêutico; e os serviços técnico-pedagógicos, envolvendo a informação e a educação em saúde em âmbito individual e a informação e educação em saúde em âmbito coletivo (Emmerick, 2010).

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).

Desafios e Propostas

A Política de Assistência Farmacêutica tem avançado, entretanto, desafios inerentes à garantia do acesso aos medicamentos e 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 US\$ 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, como demonstrado na imagem a seguir.

Os impactos financeiros e assistenciais relacionados à Assistência Farmacêutica são, essencialmente, os seguintes:

- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- Hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos;
- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas;
- As unidades que contam com farmacêutico em período integral apresentaram 82% mais chance de transmitir orientações corretas sobre o modo de usar os medicamentos.

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

Nos últimos três quadriênios a SES-MG, por intermédio da SAF, buscou fortalecer as condições para o acesso aos medicamentos focada na disponibilidade na estrutura física. Isto após ser diagnosticada a defasagem da estrutura municipal para o exercício da assistência farmacêutica e as dificuldades gerenciais da própria SES-MG na aquisição e distribuição de medicamentos aos municípios. Assim, de maneira a superar estes pontos e melhorar a assistência no território mineiro, foram definidos dois grandes ciclos de políticas públicas da assistência farmacêutica.

O primeiro ciclo se iniciou com investimentos massivos na estruturação de farmácias públicas municipais, custeio para o funcionamento dos serviços e disponibilização de sistema informatizado aos municípios (SIGAF). Esse ciclo tem como marco inicial a Deliberação CIBSUS-MG 416/08 que instituiu o “Incentivo Financeiro Estadual para estruturação da Rede Estadual de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do SUS-MG”, o programa Rede Farmácia de Minas. O programa cria um modelo de Assistência Farmacêutica no SUS mineiro, em que a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população adscrita. O Programa Rede Farmácia de Minas (RFM) levou ao estado um conceito moderno de Farmácia Pública, com maior disponibilidade de medicamentos, estrutura física adequada, atendimento farmacêutico especializado, informatização e desburocratização; além de possibilitar o melhor gerenciamento de todas as atividades referentes à Assistência Farmacêutica no município, executada através do software Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF).

Após os anos de investimentos estruturais da RFM, com a construção de mais de 700 farmácias públicas pelo território, a SES inaugurou um segundo ciclo de investimento na assistência farmacêutica, agora com foco na logística e disponibilidade de medicamentos na atenção primária. O foco foi definido a partir do gargalo encontrado nos processos logísticos, que afetava diretamente a prestação da assistência. Alcançamos a estrutura adequada para a prestação dos serviços, mas ainda não havíamos conseguido a disponibilidade constante de medicamentos. Neste segundo ciclo, temos como marco inicial a publicação da Deliberação CIB SUS/MG nº 2.416/16, que “aprova a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) e as normas de financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG.”. A ERAF vem como um novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos em Minas, e consiste na cooperação técnica dada pelo estado ao município, na aquisição de medicamentos, com distribuição direta pelo setor farmacêutico. Por meio da ERAF, o Estado passou a disponibilizar Atas de Registro de Preço para aquisição de medicamentos e insumos nos municípios, com redução de custos, ampliação de elenco e financiamento, além da otimização dos prazos de entrega pelo território.

Após estes dois grandes ciclos de financiamento da assistência farmacêutica no estado, se fez necessário o diagnóstico de efetividade das medidas implementadas e planejamento de ações futuras, objetivando a evolução no serviço prestado ao cidadão. Portanto, foi feita uma série de diagnósticos, desde questionários virtuais com os trabalhadores das farmácias públicas até painéis com especialistas. Desta maneira, foram verificados dois principais gargalos: a necessidade de refinar a proposta logística definida na ERAF e a necessidade de evoluirmos na utilização dos medicamentos por intermédio do estímulo da execução de serviços farmacêuticos, que vão além do arcabouço gerencial, com financiamento de todos os municípios.

Na questão logística, a proposta gira em torno da utilização da estrutura dos consórcios intermunicipais em saúde para gerar mais qualidade gerencial, bem como se regionalizar de fato a estrutura de provisão de medicamentos. Todo o processo até a dispensação dos medicamentos à população requer expertise e dispêndios econômicos, que podem representar um desafio aos municípios, principalmente para os de menor porte. Portanto, a reunião de municípios próximos

em consórcios públicos, que compõem a administração indireta de seus entes consorciados, representa uma alternativa para o alcance de uma gestão de medicamentos eficiente, promovendo a qualificação da Assistência Farmacêutica municipal.

Já no que tange ao norteamento da política estadual de assistência farmacêutica, os serviços farmacêuticos e, em especial, o cuidado farmacêutico, despontam como grande norteador do próximo ciclo de investimentos da política de assistência farmacêutica:

O Cuidado Farmacêutico tem origem da Atenção Farmacêutica e surge neste cenário em que existe uma necessidade social clara pelo uso efetivo e seguro dos medicamentos e no qual os usuários de medicamentos criam suas próprias práticas terapêuticas, tomando decisões todos os dias sobre o que utilizar e como utilizar seus medicamentos (Cipolle et al, 1998). Dessa forma, a disponibilidade de um produto de alta qualidade, somada a uma prescrição racional e a dispensação informada não assegura que os pacientes atinjam as metas terapêuticas consideradas desejáveis.

No Cuidado Farmacêutico, o profissional assume a corresponsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, atuando na prevenção, identificação e resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). O processo de cuidado do paciente proposto envolve a utilização de um processo lógico, padronizado e reprodutível de tomada de decisão em farmacoterapia para garantir que os pacientes recebam o máximo benefício com o uso de seus medicamentos em termos de efetividade, segurança e conveniência para sua utilização na vida cotidiana (Cipolle et al, 2012; Wiedenmayer et al, 2006; Brasil, 2007c; Ramalho de Oliveira et al, 2011 a; Ramalho de Oliveira, 2011, b).

Além da estruturação das Unidades do Programa Rede Farmácia de Minas, a Superintendência de Assistência Farmacêutica propõe a implantação de serviços farmacêuticos no âmbito do Cuidado Farmacêutico através de políticas públicas como a publicação da Resolução SES/MG nº 8.428, de 09 de novembro de 2022, posteriormente complementada e atualizada pela Resolução SES/MG nº 8.641, de 15 de março 2023.

Diversos estudos controlados, testando o impacto do cuidado farmacêutico, já foram realizados no Brasil. As evidências mostram benefícios desse serviço para a adesão ao tratamento, para a satisfação dos usuários e para os resultados do uso dos medicamentos em diversos grupos de usuários. A maioria desses estudos foi realizada em ambiente ambulatorial ou em farmácias comunitárias. Além disso, diversas iniciativas nacionais para implementação desses serviços no SUS já foram tomadas, e mostraram caminhos importantes a seguir (Soler et al., 2010; Gomes et al., 2010).

Portanto, dando sequência às propostas de qualificação da Assistência Farmacêutica, a Superintendência de Assistência Farmacêutica, propõe a implantação dos serviços farmacêuticos em Minas Gerais com o intuito de prover a formação de profissionais farmacêuticos competentes e o oferecimento do serviço clínico com alto padrão de qualidade que possa ser avaliado, reproduzido e integrado aos outros serviços de saúde existentes no SUS. Para que a proposta da SAF/SES-MG alcance o maior número possível de usuários do SUS, é imprescindível a ampliação das atividades do farmacêutico inerentes ao cuidado farmacêutico, sem prejuízo à sua atividade gerencial, uma vez que ambas se somam para a efetividade da Assistência Farmacêutica. Essa concepção do processo de trabalho do farmacêutico vai ao encontro da necessidade de rever a função das equipes de saúde frente ao usuário, buscando a integralidade da atenção à saúde.

Este processo já se inicia com a resignificação da RFM e da política de custeio da assistência farmacêutica no estado como conceitua a Resolução 8428/2022 que pode ser considerada a pedra fundamental para se iniciar o processo de consolidação dos equipamentos de saúde como ofertantes de serviços farmacêuticos, em todos os municípios em todo o nível ambulatorial, ampliando de forma qualificada o acesso. Neste sentido os novos conceitos trazem

esse olhar de planejamento futuro:

A Farmácia de Minas é a estratégia para organização e execução da Política de Assistência Farmacêutica Ambulatorial no Estado de Minas Gerais, e para promoção do acesso de qualidade a medicamentos para os níveis primário e secundário de atenção à saúde no SUS-MG, atuando de forma integrada às redes, com foco na implementação e qualificação dos serviços farmacêuticos. Abarca todos os estabelecimentos municipais, tanto as Farmácias Públicas estruturadas com base nas Resoluções da Rede Farmácia de Minas, quanto os demais que executam ações e serviços de Assistência Farmacêutica em nível ambulatorial no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. Entende-se por serviço de assistência farmacêutica, um ou mais equipamentos de saúde, que atuem em rede visando a execução de ações técnico-gerenciais, técnico-pedagógicas e/ou clínico-assistenciais, sob supervisão de profissional farmacêutico devidamente habilitado nos termos legais.

Em resumo, as atualizações no custeio da Farmácia de Minas sustentam-se na premissa de que a AF deve ser entendida para além do seu aparato logístico na provisão de medicamentos, inserindo-se na rede como ponto de convergência do cuidado. Ao se relacionar repasse financeiro à execução de serviços, espera-se fomentar ambiente maior integração entre os farmacêuticos e outras equipes, propiciando melhor cuidado em saúde para os usuários. As propostas de concentração de processos administrativos e logísticos nos CIS além de visarem a maior disponibilidade de medicamentos também visam desonerar profissionais da ponta de vários destes processos, liberando os mesmos para focar em serviços técnico assistenciais e na educação em saúde.

visa estabelecer uma força estadual dedicada e organizar a rede de assistência de forma a responder prontamente.

A estruturação de uma rede de resposta rápida, coordenada pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), pretende atuar nas emergências de saúde pública por meio da melhoria das tecnologias de informação, do aprimoramento da capacitação dos profissionais de saúde, do estabelecimento de canais eficazes de comunicação e da resposta rápida e eficiente. Isso amplia a capacidade de Minas Gerais de agir precocemente em emergências epidemiológicas, mantendo sua capacidade de gestão em outras áreas da saúde.

3.6. Ciência, Tecnologia, Pesquisa, Produção e Ensino em Saúde

No âmbito da Constituição Federal de 1988, entre as competências definidas para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluiu-se a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico.

Sobre a formação, há que se destacar que, desde 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (BRASIL, 2004). A Educação Permanente em Saúde (EPS), segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), pressupõe uma lógica ascendente, descentralizadora e transdisciplinar e sua construção, sua condução e sua organização devem se dar de forma compartilhada e regionalizada pelo que os autores denominaram de Quadrilátero da Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. A formação para a área da saúde deve extrapolar a educação para o domínio técnico-científico da profissão, para as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social, estendendo-se aos aspectos estruturantes de relações e de prática de todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho e da sua capacidade de acolher as várias dimensões e necessidades de saúde da população.

No campo da ciência e da tecnologia, desenvolveu-se, dentro da Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), visando a fortalecer a produção e a partilha de conhecimentos essenciais da área e uma maior articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico e a política de saúde.

3.6.1. A Atuação da Escola de Saúde Pública

No âmbito do SUS-MG, a ESP-MG, como uma instituição de ensino e como uma instituição científica, tecnológica e de inovação, atua diretamente nos processos de formação de recursos humanos em saúde e na produção de conhecimentos técnico-científicos para o SUS. Como instituição de ensino, atua na concepção, no desenvolvimento e na análise de processos formação de trabalhadores do SUS-MG e, como uma instituição de ciência, tecnologia e inovação, atua na proposição e na realização de pesquisas que contribuem para a produção de conhecimentos no âmbito do SUS-MG.

No contexto da formação, a ESP-MG cumpre uma função estratégica para o desenvolvimento e o fortalecimento do SUS em Minas Gerais, buscando responder a alguns desafios importantes que atravessam a qualificação e, por consequência, a atuação dos trabalhadores do SUS: a necessidade de ampliar as discussões sobre os referenciais teóricos e filosóficos do SUS e da Saúde Coletiva, em face à concepção biologicista e médico-centrada que é hegemônica nas graduações em saúde e na imagem do trabalho em saúde (DAMIANCE et al., 2016); e a importância de fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade como princípio para aproximar a formação das necessidades de saúde da população e das necessidades do SUS, com destaque para o desenvolvimento de métodos e estratégias que fomentem a experimentação de atividades interprofissionais, induzam mudanças nos processos de cuidado em saúde e sejam permeáveis às realidades locais regionais dos serviços e das coletividades (MENDES et al., 2020). Orientadas pelos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS), as ações educacionais desenvolvidas pela ESP-MG buscam fortalecer um exercício

permanente de análise e de problematização coletiva das condições em que se realizam as ações no cotidiano do trabalho em saúde e promover subsídios para a transformação das práticas de cuidado em saúde, em consonância com os princípios do SUS, afirmando o compromisso institucional com a oferta de qualificação implicada com as demandas de formação no e para o SUS.

No contexto do desenvolvimento de pesquisas para o SUS, entende-se que a ESP-MG, como uma instituição Científica, Tecnológica e de Inovação no estado de Minas Gerais, contribui para a missão do SUS de operar com a política de Ciência e Tecnologia (C&T) em saúde, compreendendo que se trata de um componente da política nacional de saúde (GUIMARÃES et al., 2019). No âmbito de atuação da ESP-MG, em geral, as pesquisas realizadas e/ou em desenvolvimento buscam analisar as ações educacionais desenvolvidas pela instituição, como uma estratégia para o aperfeiçoamento contínuo dos processos de formação; ampliar a produção de conhecimentos sobre a realidade dos serviços e dos trabalhadores que compõem o SUS de Minas Gerais; fomentar a produção, a sistematização e a divulgação de conhecimentos afins à Saúde Coletiva; e apoiar a tomada de decisão no processo de formulação e de monitoramento das políticas públicas de saúde, no âmbito do estado de Minas Gerais.

Na instituição, há ainda desafios importantes a serem enfrentados para a expansão e a consolidação de pesquisas que contemplem diferentes dimensões de uma política de pesquisa em saúde para o SUS, que, em geral, deve abranger três dimensões, a saber: transições saúde-doença; sistemas e políticas de saúde; intersetorialidade na saúde e relações entre saúde, sociedade e desenvolvimento (GUIMARÃES et al., 2019). Diante disso e entendendo a importância da instituição no fomento à política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, há hoje em curso na ESP-MG um amplo e estratégico movimento para ampliação e fortalecimento da capacidade institucional para a realização de investigação científica e a produção/sistematização do conhecimento.

Em 2023, conforme já abordado anteriormente, a ESP-MG iniciou o trabalho de elaboração de seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), para o ciclo 2024/2028, com definição dos objetivos estratégicos institucionais. Em meio às discussões de desenvolvimento desse documento de planejamento, foi ressaltada a importância da retroalimentação entre os processos de ações educacionais e de pesquisas e foi identificada a necessidade de ampliação e fomento do desenvolvimento de pesquisas na instituição, sendo incluído um objetivo estratégico com esse foco.

Como a ESP-MG possui a atribuição de desenvolver ações de pesquisa no âmbito do SUS, visando a produção de conhecimentos que tenham aplicação no sistema de saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para fomentar a ampliação das ações de pesquisa. O que se pretende, até o final do ciclo do novo PDI, é aumentar o número de pesquisas e os seus produtos, gerando reconhecimento da instituição como promotora de conhecimento, não somente por meio da educação em saúde, mas, também, com relação à inovação e à pesquisa. Para isso, será desenvolvido instrumento de monitoramento e publicização de pesquisas e seus produtos e será criado um grupo permanente de apoio e fomento à pesquisa, que será um espaço de caráter educativo, consultivo e deliberativo para instruir servidoras e servidores sobre processos de pesquisa, divulgar pesquisas em andamento e oportunidades de pesquisas e identificar necessidades com relação aos temas de pesquisa e à inovação, tornando o tema mais acessível a todas as servidoras e servidores.

Assim, por meio de novos processos de fomento interno à atuação em pesquisa, a meta que se pretende alcançar na ampliação do quantitativo anual de pesquisa e/ou seus produtos é de 20%, por ano, até 2028.

Além do objetivo estratégico vinculado à ampliação da pesquisa na ESP-MG, outros objetivos foram igualmente discutidos e definidos coletivamente na instituição, no contexto de elaboração do PDI para o ciclo 2024/2028.

A instituição possui uma capacidade de ampla oferta de ações educacionais à distância, incluindo ações remotas e uma proposta pedagógica consolidada, tendo um modo de fazer pautado na Educação Permanente em Saúde (EPS), que produz sentido junto às trabalhadoras e trabalhadores do SUS. Dessa maneira, foi definido, também, durante o processo de elaboração de objetivos estratégicos para os próximos anos, o fortalecimento da produção institucional a

partir de definição da periodicidade de oferta, fazendo-se necessária a definição de um portfólio de ações educacionais estratégicas para o SUS, com oferta regular e contínua.

Nos últimos anos, a ESP-MG tem se estruturado para oferta de ações na modalidade a distância. A utilização das tecnologias digitais possibilita atingir alunas e alunos dispersos geograficamente em nosso estado com dimensões territoriais significativas. Considerando que existe em Minas Gerais um público potencial amplo e heterogêneo, interessado nas ações da ESP-MG, que reconhece o trabalho desenvolvido pela instituição, percebe-se que o público das ações em EaD ainda está aquém da possibilidade e heterogeneidade do SUS/MG. Identificou-se, assim, a necessidade de diversificação do público das ofertas de ações educacionais em EaD, por meio da oferta de novos cursos, focados em públicos específicos, e com a ampliação dos públicos dos cursos existentes para categorias não atendidas nas ofertas atuais.

Por fim, destacam-se as principais ações em desenvolvimento na Escola de Saúde, no ano de 2023:

- Projetos de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde:
 - Atenção Ambulatorial Especializada em Minas Gerais: análise de processos de implementação e de funcionamento dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE): pesquisa em andamento, com recursos próprios da ESP-MG, que tem o objetivo de analisar processos de implementação e de funcionamento dos CEAE do estado de Minas Gerais. Espera-se realizar uma caracterização dos CEAE do estado; conhecer e analisar aspectos relacionados à organização do cuidado no serviço e na rede de atenção à saúde; e apontar subsídios para apoiar a Coordenação de Atenção Especializada da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CAEA/SES-MG) no processo de acompanhamento e supervisão dos CEAE.
 - Tai Chi Chuan e Qi Gong: experimentações corporais em um processo formativo e práticas nos polos das Academias da Saúde: pesquisa em análise pelo Comitê de Ética. Será realizada com recursos próprios da ESP-MG e em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o Instituto Federal de Minas Gerais – Campus Sabará (IFMG-Sabará) e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Trata-se de pesquisa vinculada à ação educacional em desenvolvimento “Práticas Corporais nos Polos de Academias da Saúde de Minas Gerais: formação de instrutores de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e Qi Gong”, que é realizada pela ESP-MG em parceria com o IFMG-Sabará e a SES-MG. O objetivo da pesquisa é analisar aspectos relacionados ao processo de aprendizagem das práticas corporais de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e de Qi Gong e à sua incorporação no cotidiano de trabalho dos Polos de Academia da Saúde do estado de Minas Gerais. Espera-se analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre a sua relação com o próprio corpo no processo de aprendizado das práticas corporais de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e Qi Gong; mapear os Polos das Academias da Saúde de Minas Gerais em que foram incorporadas as práticas de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e Qi Gong, após o processo formativo; conhecer modos, características e desafios para a incorporação das práticas corporais de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e Qi Gong em Polos das Academias da Saúde do estado de Minas Gerais; e conhecer possíveis benefícios da realização das práticas corporais de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e Qi Gong em Polos das Academias da Saúde do estado de Minas Gerais.
 - Menos Preconceito É Mais Saúde: Divulgação Científica e Saúde da População LGBT: Projeto de pesquisa e divulgação científica contemplado pelo Edital FAPEMIG N° 005/2022 e tem como objetivo geral promover a divulgação científica das temáticas relacionadas à

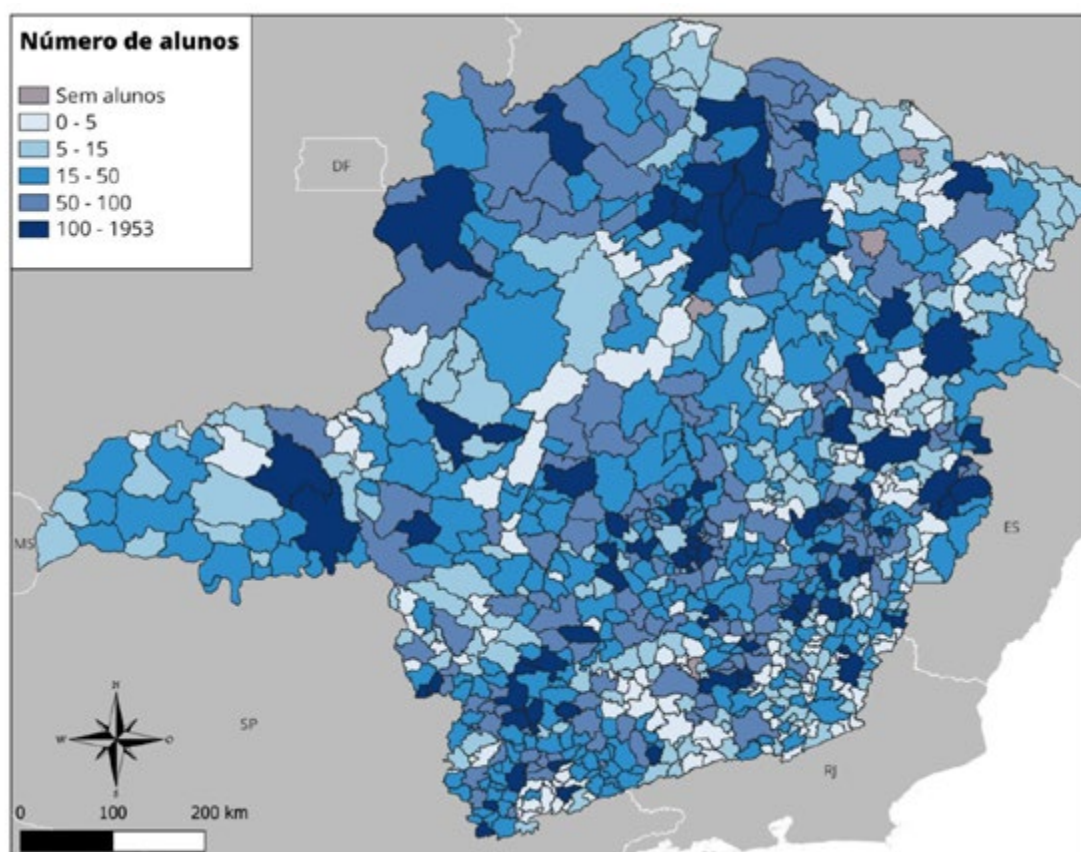
saúde da população LGBT visando reduzir a discriminação e o preconceito institucional que representam obstáculos no acesso aos serviços e cuidados com a saúde. É realizada em parceria com a Fundação João Pinheiro, Assessoria do Sistema Municipal de Direitos Humanos da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Tem como público população LGBT, profissionais de saúde dos três níveis de atenção, gestoras e gestores estaduais, profissionais e alunas e alunos da educação básica (Ensinos Fundamental e Médio) e a população em geral. Tem como natureza metodológica um caráter qualitativo, a partir de pesquisa documental, revisão sistemática, grupos focais, oficinas, dentre outros. Como produtos, serão elaborados e divulgados boletins informativos, podcasts, cartilha ilustrada, vídeo curto, workshop de fotografias, exposição fotográfica, material didático pedagógico, webinários, artigos científicos, resumos para congressos, relatórios síntese.

- Formação de profissionais de nível médio pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: trajetórias e implicações no mundo do trabalho: pesquisa em andamento, com recursos próprios da ESP-MG, que tem o objetivo de analisar e compreender a percepção dos atores envolvidos nas ações educacionais de nível médio desenvolvidas pela ESP-MG em relação ao processo ensino-aprendizagem, inserção e mobilidade ocupacional dos egressos. Já foram elaborados alguns relatórios que apontam a importância da investigação para subsidiar o planejamento educacional e possíveis adequações no processo ensino-aprendizagem e a análise e reflexão das implicações do curso na inserção e manutenção do profissional nos serviços de saúde, bem como na qualificação do processo de atenção à saúde voltado às necessidades dos cidadãos e do SUS.
- Ações educacionais:
 - Especialização em Direito Sanitário
 - Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial
 - Especialização em Saúde Pública
 - Especialização em Vigilância em Saúde
 - Curso “Qualificação Profissional para Trabalhadores de Salas de Vacina”
 - Curso de Educação em Saúde nas Práticas do ACS
 - Curso de Gestão da saúde no Sistema Prisional
 - Curso de Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde
 - Curso Introdutório para Agente de Combate a Endemias
 - Curso "Práticas Corporais nos Polos de Academias da Saúde de Minas Gerais: formação de instrutores de Tai Chi Chuan (Taiji Quan) e Qi Gong"
 - Gestão de Políticas Públicas do SUS
 - Oficina Macrorregional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador: Controle Social e discussões no SUS
 - Oficina sobre a integralidade do Cuidado em Saúde Mental
 - Percurso Formativo do Fiscal Sanitário - Curso 01: Conhecimentos introdutórios para atuação em vigilância sanitária
 - Percurso Formativo do Fiscal de Vigilância Sanitária - Curso 02: Fiscalização Sanitária
 - Percurso Formativo do Fiscal de Vigilância Sanitária - Curso 03: Vigilância Sanitária: conhecendo as áreas de atuação
 - Projeto Saúde em Rede: Formação de Tutores
 - Projeto Saúde em Rede: Formação Inicial dos Analistas Regionais

- Projeto Saúde em Rede: Oficinas tutoriais (APS e AAE)

Destaca-se ainda que, até setembro de 2023, a ESP alcançou todos os municípios mineiros, tendo, pelo menos, um aluno matriculado em uma de suas ações educacionais.

Figura 46: Abrangência das ações educacionais ofertadas pela ESP-MG no ano de 2023.



Fonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

3.6.2. A Atuação da Fundação Ezequiel Dias

A Funed possui grande importância para o Sistema Único de Saúde - SUS, configurando-se como um importante Instituto de Ciência e Tecnologia do Estado de Minas Gerais - ICTMG, com expertise no desenvolvimento de pesquisas na área de biotecnologia em saúde. Acrescenta-se, ainda, a sua relevante atuação como Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (Lacen/MG) além do seu papel no fornecimento de vacinas e medicamentos para distribuição pelo Ministério da Saúde.

A Funed tem papel de destaque na produção científica no estado de Minas Gerais, possibilitando converter conhecimento científico em desenvolvimento. As pesquisas desenvolvidas na instituição têm a finalidade de gerar conhecimento científico e tecnológica inovadores, visando: transferir tecnologias para outras ICTs e empresas, desenvolver protótipos, produzir lotes piloto para registro e /ou realização de ensaios clínicos voltados à saúde pública. A execução de projetos de pesquisa básica e aplicada possibilitam o desenvolvimento de produtos a partir de toxinas animais (serpentes, aranhas, escorpiões e abelhas), plantas medicinais, microrganismos, células e nanotecnologia. Há também pesquisas relacionadas ao atendimento das 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, análises de vigilância genômica, controle de qualidade de ensaios laboratoriais e acreditação como provedor de novos ensaios de proficiência.

Outra frente de atuação é a formação de recursos humanos altamente qualificados para atuação em setores produtivos e instituições de ciência e tecnologia que serão capazes de contribuir para o desenvolvimento de produtos, processos e novas técnicas de análise e diagnóstico de base biotecnológica. Anualmente a Funed forma mestres por meio do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (PBIotec) em duas áreas de pesquisa: Bioprodutos e Bioensaios e métodos diagnósticos.

A Pesquisa e Desenvolvimento do ICT/Funed também trabalha em parceria com outras empresas de base tecnológica, universidades e demais órgãos públicos, compartilhando recursos humanos, equipamentos e infraestrutura, seguindo a tendência mundial de plataformas tecnológicas científicas.

Atualmente, estão em desenvolvimento na Funed mais de 60 projetos de pesquisa. Em 2022 foram cerca de 70 artigos científicos publicados em revistas indexadas. Em 2023, até agosto, já foram publicados 40 artigos. Com o desenvolvimento de projetos de pesquisa a Funed busca a incorporação de novos produtos e serviços no SUS. Atualmente a instituição está com 27 patentes vigentes no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), sendo 8 com carta patente. A patente é uma forma de proteção do conhecimento que possibilita a exploração da tecnologia de forma exclusiva.

Outra frente de atuação é o fortalecimento da Funed como ICT. A Instituição está trabalhando para garantir a implementação do marco regulatório da Inovação nos processos da Instituição com o objetivo de utilizar de fundações de apoio para gestão de projetos de pesquisa, desenvolvimento e inovação de forma a melhorar a execução financeira e garantir o fornecimento de insumos, equipamentos e serviços essenciais à pesquisa em tempo hábil. Além disso, está atuando como coordenadora dos Núcleos de Inovação Tecnológica – NITs do Estado de Minas Gerais, com foco em melhorar e oferecer novos produtos, processos e serviços para a população mineira, por meio da pesquisa e inovação. Uma das entregas desse trabalho é o desenvolvimento de uma plataforma para divulgar as tecnologias desenvolvidas pelos ICT's e buscar formas de conseguir licenciar ou desenvolver em parceria novos produtos, serviços ou processos possibilitando que cheguem à sociedade.

Entre os objetivos da Instituição para o período de 2023-2027 está o de ampliar o escopo de atuação da instituição como Instituto de Ciência e Tecnologia – ICT com a proposta de contratação de fundações de apoio para gestão dos projetos de pesquisa e inovação e realizar estudo e modelagem institucional para garantir a prestação de serviços técnicos especializados em pesquisa, desenvolvimento e inovação. A expectativa é formalizar a execução de projetos com a gestão por fundação de apoio e elaborar instrumentos jurídicos, procedimentos e fluxo para realização de prestação de serviços técnicos especializados em pesquisa, desenvolvimento e inovação.

4. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

O presente capítulo trata das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) do Plano Estadual de Saúde, para os próximos 4 anos. Nesse sentido, serão apresentados os principais conceitos que compõem o DOMI, o processo de elaboração do PES e as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do quadriênio.

Conforme propõe o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS 2009), as Diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. Elas são expressas de forma objetiva, por meio de um enunciado síntese, com o intuito de delimitar a estratégia geral. As diretrizes do PES derivam diretamente das propostas da 10ª Conferência Estadual de Saúde.

Os **Objetivos** expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Nesse sentido, eles apresentam o resultado esperado para o período, considerando os desafios e as prioridades definidas.

As **Metas** expressam quantitativamente um objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, e “quando”. As metas dizem respeito à efetividade das medidas adotadas sobre a situação de saúde da população e da gestão do Sistema de Saúde.

Os **Indicadores** medem o cumprimento das metas. São índices capazes de refletir parte de determinada situação, a partir da quantificação de variáveis. Um bom indicador deve ser sensível às mudanças situacionais e comunicável.

O Plano Estadual de Saúde foi elaborado com base em diversos insumos produzidos pela Secretaria de Estado de Saúde, pelas instituições vinculadas e pelo Conselho Estadual de Saúde. Nesse sentido, é um documento que busca consolidar problemas, prioridades e diretrizes construídas de forma ampla e com a participação de atores diversos.

Assim, o processo de construção das diretrizes e objetivos ocorreu, baseado primordialmente nas recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde em articulação com diagnósticos e outros instrumentos de planejamento em saúde do estado. Para além das diretrizes apresentadas pela participação social, também foram consideradas as recomendações apresentadas pela Comissão Técnica de Orçamento e Finanças do Conselho Estadual no Relatório de apreciação do Relatório Anual Geral de 2022.

O primeiro insumo para a elaboração do PES 2024-2027 foi apresentado em janeiro de 2023, qual seja, a Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais. O documento contém informações acerca das condições de saúde da população, das características territoriais e dos determinantes e condicionantes de saúde. A Análise de Situação de Saúde é primordial para um processo de planejamento baseado em evidências.

O Novo Planejamento Estratégico da SES-MG também foi mobilizado como insumo para elaboração deste Plano. A metodologia de construção do Planejamento Estratégico foi desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde e se pautou pela valorização da participação das equipes, uso de evidências e horizontalidade. Assim, participaram da construção do NPE mais de 800 trabalhadoras e trabalhadores do SUS, tanto do nível central quanto do nível regional. A partir do processo participativo, foram priorizados 15 situações-problemas. Da discussão aprofundada destes problemas, definiu-se 16 objetivos estratégicos para o quadriênio 2023-2026 além da redefinição da missão, visão e dos valores que orientam os esforços da instituição.

Além do Planejamento Estratégico da SES-MG e da Análise de Situação de Saúde, o PES também foi estruturado a partir dos resultados do Planejamento Regional Integrado (PRI). O PRI, como estratégia de planejamento ascendente, visa identificar as necessidades das regiões de saúde, definir prioridades para cada região e estabelecer um plano de ação, com a participação do Estado, dos municípios e da União, com vistas à promoção da equidade e à organização dos serviços e ações de saúde. Assim, ele foi incorporado ao PES a partir das prioridades sanitárias definidas por cada uma das macrorregiões. Como produto desse processo, é possível verificar, em cada DOMI apresentado, a vinculação entre objetivos e macrorregiões cujas prioridades sanitárias estejam interrelacionadas.

No que diz respeito ao orçamento, o Plano Plurianual de Gestão (PPAG) foi revisado e reestruturado em 2023. A proposta da SES-MG apresenta uma estrutura de programas e ações

revisada, que buscou alinhar o Planejamento Orçamentário ao Planejamento Estratégico e à Nova Estrutura Organizacional da secretaria, oferecendo uma melhor organização e clareza sobre a distribuição dos recursos, produtos e metas pactuadas. Dessa forma, foram propostos 15 programas e 47 ações, para execução direta da SES, e pelas suas entidades vinculadas. Assim, a proposta de PPAG foi um importante insumo para o PES por auxiliar na análise de viabilidade de objetivos e metas.

Para além dos instrumentos de planejamento do estado e do SUS, a elaboração do PES buscou também se orientar pelas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que foram considerados no momento de priorização dos objetivos contidos no plano.

Com vistas a contemplar e considerar todos esses instrumentos, a Secretaria de Estado de Saúde classificou as 22 diretrizes apresentadas pelo CES em 6 grandes áreas temáticas, a saber: Redes de Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Acesso aos Serviços e Insumos de Saúde; Participação e Controle Social; Gestão em Saúde e Ciência, Educação e Tecnologia. A partir desses temas foram classificados os objetivos e prioridades dos instrumentos de planejamento e gestão. Assim, partiu-se das diretrizes da 10ª Conferência Estadual de Saúde para definir objetivos de forma integrada às ações preconizadas pela SES-MG e entidades vinculadas para o próximo quadriênio.

No que diz respeito aos indicadores e metas, a Secretaria se propôs a elaborá-los com base nas seguintes premissas:

- Dispor, prioritariamente, de indicadores com periodicidade quadrimestral ou semestral, de forma a viabilizar a atuação do controle social e propiciar que eventuais ajustes nas políticas e ações de saúde ocorram de forma tempestiva.
- Estruturar indicadores que, para além do apuro técnico, sejam capazes de expressar para a gestão e para a sociedade, de forma clara, aquilo que se propõem a mensurar.
- Priorizar a elaboração de indicadores de resultado, que consigam mensurar os efeitos assistenciais da política, sempre que possível.
- Assegurar a coerência entre os indicadores propostos no PES e aqueles que estejam pactuados em outros instrumentos de planejamento.

Para a elaboração dos indicadores, a SES-MG realizou uma revisão minuciosa dos indicadores do PES (2020-2023), buscando rever aqueles que não estavam sendo apurados com a frequência devida, que não representavam metas factíveis, ou que haviam sofrido mudanças em suas fórmulas de cálculo e destacando aqueles que eram comuns aos demais instrumentos, que representavam fidedignamente as diretrizes da 10ª Conferência Estadual de Saúde e da gestão e eram possíveis de serem apurados tendo em vista os dados disponíveis.

Ademais os indicadores relacionados ao objetivo que trata da participação e controle social, foram elaborados em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, de forma que as metas estivessem alinhadas às prioridades do CES para o quadriênio.

Finalmente, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores foram apresentadas ao CES para apreciação, avaliação e considerações.

A matriz de coerência que será apresentada na seção a seguir sintetiza o esforço de vinculação e harmonização entre os diferentes instrumentos de planejamento mobilizados, bem como evidencia a proposta objetiva de encaminhamento das demandas advindas da participação social.

Dessa forma, as tabelas abaixo apresentam as Diretrizes, Objetivos, metas e indicadores do PES. Destaca-se que os instrumentos de planejamento associados a cada objetivo estão indicados por meio de ícones conforme legenda abaixo:

Diretriz 1

Potencializar as redes de atenção à saúde de forma integral, intersetorial, matriciada e regionalizada para fortalecer e ampliar a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, proporcionar oferta equânime de políticas públicas de Atenção Secundária e Terciária, reduzir os vazios assistenciais e promover acolhimento no cuidado.

OBJETIVO 01

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, qualificando a infraestrutura, provendo equipes completas multi e interdisciplinares, ampliando a cobertura, aumentando a resolubilidade e a realização de ações intersetoriais, para aproximar os serviços da cidadã e do cidadão com vistas a garantir a universalidade e a equidade, considerando raça e gênero.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Centro, Leste, Leste do Sul e Sul.**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas	Responsável
01	Ampliar a estimativa de cobertura da Atenção Primária no estado por meio do monitoramento do quantitativo de equipes de saúde da família pagas. O cálculo do indicador segue a fórmula definida pela SES-MG, levando em consideração a quantidade de eSF pagas e o parâmetro máximo de pessoas vinculadas por eSF, conforme faixas populacionais estipuladas pelo Ministério da Saúde.	Cobertura da Atenção Primária pelas equipes de Saúde da Família	Quadrimestral	87,36% (2023)	2024 91%	SES
					2025 93%	
					2026 96%	
					2027 100%	
02	Ampliar a cobertura da Saúde Bucal no estado por meio do monitoramento do quantitativo de equipes de saúde de saúde bucal 40 horas pagas. O cálculo do indicador segue a fórmula definida pela SES-MG, levando em consideração a quantidade de eSB 40 horas pagas e o parâmetro máximo de pessoas vinculadas por eSB, conforme faixas populacionais estipuladas pelo Ministério da Saúde.	Cobertura das equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária	Quadrimestral	54,33% (2023)	2024 62%	SES
					2025 66%	
					2026 69%	
					2027 72%	
03	Reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) conforme definidas pelos CIDs estipulados na Lista Brasileira de Intenções por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria MS nº 221/2008). A seleção de CIDs para o indicador permite também o monitoramento da atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que as doenças consideradas apresentam maior prevalência e impacto na saúde desse grupo etário	Taxa de Internações Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Semestral	37,66% (2023)	2024 37,32%	SES
					2025 37,02%	
					2026 36,77%	
					2027 36,56%	

OBJETIVO
02

Proporcionar o tratamento oportuno, continuado, integral e regionalizado às cidadãs e aos cidadãos, por meio da ampliação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial, incluindo o apoio diagnóstico e terapêutico, a rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Saúde Bucal e os cuidados paliativos, integrados a todos os níveis de atenção à saúde, atendendo ao princípio da equidade.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Centro, Centro Sul, Leste, Norte, Sudeste, Triângulo do Sul, Triângulo Norte, Jequitinhonha.**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas	Responsável
04	Qualificar o Projeto Terapêutico Singular provendo a sua atualização em acordo com a evolução da paciente e do paciente no processo terapêutico	Percentual de Projeto Terapêutico Singular atualizado	Semestral	80% (2023)	2024 82%	SES
					2025 84%	
					2026 86%	
					2027 88%	
05	Aumentar a soma de microrregiões cobertas pelas linhas de cuidado prioritárias no âmbito da Atenção Ambulatorial Especializada nos pontos de atenção pactuados e financiados ou cofinanciados com recurso estadual. Considera-se linhas de cuidado prioritárias: Pré-Natal de Alto Risco, Criança de Risco, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de alto e muito alto risco, Propedêutica do Câncer de Mama, Propedêutica do Câncer de Colo de Útero, Saúde da Pessoa Idosa, Doença Renal Crônica, Doenças Respiratórias Graves, bem como das especialidades de Oftalmologia e Oncologia. A fórmula de cálculo da meta é o somatório das linhas de cuidado prioritária.	Número de linhas de cuidado prioritárias ofertadas nos pontos de Atenção Ambulatorial Especializada	Quadrimestral	324 (2023)	2024 375	SES
					2025 420	
					2026 467	
					2027 472	
06	Aumentar a oferta oportuna de consultas, exames e/ou procedimentos marcadores na AAE relacionados às linhas de cuidado prioritárias. Considera-se linhas de cuidado prioritárias: Pré-Natal de Alto Risco, Criança de Risco, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de alto e muito alto risco, Propedêutica do Câncer de Mama, Propedêutica do Câncer de Colo de Útero, Saúde da Pessoa Idosa, Doença Renal Crônica, Doenças Respiratórias Graves, bem como das especialidades de Oftalmologia e Oncologia. A fórmula de cálculo considera a produção de todas as linhas de cuidado prioritárias.	Percentual de consultas, exames e/ou procedimentos das linhas de cuidado prioritárias realizados na Atenção Ambulatorial Especializada	Quadrimestral	71% (2023)	2024 76%	SES
					2025 79%	
					2026 82%	
					2027 85%	
07	Ampliar o matriciamento sistemático entre as equipes de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RCPD)	Percentual de Pontos de Atenção da RCPD realizando ações de matriciamento sistemático com equipes de Atenção Básica	Semestral	N/A	2024 20	SES
					2025 30	
					2026 40	
					2027 50	
08	Promover a redução dos vazios assistenciais nas Microrregiões de Saúde, ampliando o acesso da população aos serviços de atenção ambulatorial especializada em saúde bucal	Número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados e credenciados	Semestral	108 (2023)	2024 114	SES
					2025 125	
					2026 130	
					2027 135	
09	Cofinanciar os municípios que possuem serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Doenças Raras e monitorar os serviços financiados para atendimento às doenças raras.	Número de municípios com serviços financiados nas seguintes modalidades: Reabilitação Física, Visual, Saúde Auditiva/Triagem Auditiva Neonatal, Reabilitação Intelectual/Programa de Intervenção Precoce Avançado, Oficina Ortopédica itinerante, Serviço de Fonoaudiologia Descentralizada e Doenças Raras	Quadrimestral	167 (2023)	2024 169	SES
					2025 184	
					2026 202	
					2027 222	

Diretriz 1

OBJETIVO 02

Proporcionar o tratamento oportuno, continuado, integral e regionalizado às cidadãs e aos cidadãos, por meio da ampliação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial, incluindo o apoio diagnóstico e terapêutico, a rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Saúde Bucal e os cuidados paliativos, integrados a todos os níveis de atenção à saúde, atendendo ao princípio da equidade.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Centro, Centro Sul, Leste, Norte, Sudeste, Triângulo do Sul, Triângulo Norte, Jequitinhonha.**

10

Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
Aumentar a produtividade dos serviços que compõem a RCPD-MG.	Média da porcentagem da produtividade dos procedimentos: OPMs físicas, oftalmológicas, PIPA, Procedimentos em TAN, CEMEAR e oficina ortopédica itinerante.	Anual	75,66% (2023)	2024	75,66%	SES
				2025	79,44%	
				2026	83,42%	
				2027	87,59%	

OBJETIVO
03

Ampliar e qualificar a assistência hospitalar, promovendo o atendimento efetivo ao cidadão e cidadã, em tempo e local oportuno, de forma regionalizada, com equipes suficientes, interdisciplinares e capacitadas, para fortalecer a resolubilidade e suprir vazios assistenciais, de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Saúde Bucal



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Leste, Nordeste e Noroeste.**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas	Responsável
11	Aumentar o percentual de microrregiões do estado com um patamar de resolubilidade hospitalar esperado para este recorte territorial, conforme parâmetros do PDR. A resolubilidade microrregional será calculada utilizando-se como base o nível de territorialização esperado no PDR e a Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG atualizada em 2023	Percentual de microrregiões com resolubilidade microrregional da média complexidade hospitalar maior que 80%	Semestral	58,43% (2022)	2024 62% 2025 65% 2026 69% 2027 72%	SES
12	Aumentar a média estadual da resolubilidade hospitalar macrorregional de alta complexidade, nos termos definidos na tipologia hospitalar utilizada no PDR/MG. A resolubilidade macrorregional será calculada utilizando-se como base o nível de territorialização esperado e a Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG atualizada em 2023	Média da Resolubilidade hospitalar macrorregional de alta complexidade	Semestral	82,84% (2022)	2024 83% 2025 83,5% 2026 83,8% 2027 84%	SES
13	Implantar os Hospitais Regionais de Governador Valadares, Teófilo Otoni, Juiz de Fora, Divinópolis, Sete Lagoas e Conselheiro Lafaiete.	Número de Hospitais Regionais implantados	Quadrimestral	0 (2023)	2024 1 2025 2 2026 2 2027 1	SES
14	Manter o SAMU 192 Regional em funcionamento adequado em todas as macrorregiões do Estado.	SAMU 192 Regionais mantidos em macrorregiões de saúde do Estado	Quadrimestral	12 (2023)	2024 12 2025 13 2026 14 2027 14	SES
15	Ampliar a oferta da Odontologia Hospitalar para os Hospitais Macrorregionais e Estaduais do Módulo Valor em Saúde e Hospitais Microrregionais do Módulo Valor em Saúde que contam com UTI	Número de Hospitais com oferta do Componente Beira Leito na Odontologia Hospitalar	Quadrimestral	19 (2023)	2024 30 2025 50 2026 70 2027 90	SES
16	Atingir a taxa de ocupação hospitalar ideal preconizada pela literatura, nas unidades assistenciais da FHEMIG, que possuem leitos de internação operacionais do SUS. Para fins de cálculo do indicador, serão consideradas todas as unidades assistenciais exceto os leitos psiquiátricos dos hospitais de saúde mental (IRS e CHPB), nos quais há o desincentivo ao aumento da taxa de ocupação hospitalar	Taxa de Ocupação Hospitalar	Anual	79,52% (2022)	2024 80% 2025 82% 2026 83% 2027 85%	FHEMIG
17	Reduzir o tempo médio de permanência hospitalar nas unidades assistenciais da FHEMIG que possuem leitos de internação operacionais do SUS. Para fins de cálculo do indicador, serão consideradas todas as unidades exceto CSSI, CSSFA, CSSFE, CSPD, CHPB, IRS e HCM, pois possuem um perfil de atendimento diferente do que o indicador propõe mensurar. Em sua maioria, os serviços prestados por estas unidades estão voltados para pacientes crônicos com longos períodos de internação (em dias)	Média de permanência hospitalar (dias)	Quadrimestral	8,37 (2022)	2024 8,2 2025 8,04 2026 7,88 2027 7,72	FHEMIG
18	Aumentar o número de pacientes-dia no Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência. Para fins de cálculo do indicador, serão consideradas as unidades Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Infantil João Paulo II (HJPII) e Hospital Maria Amélia Lins (HMAL).	Número de pacientes-dia no Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência	Quadrimestral	157.602 (2022)	2024 160.754 2025 163.966 2026 167.249 2027 170.593	FHEMIG
19	Aumentar o número de pacientes-dia nas Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados. Para fins de cálculo do indicador, serão consideradas as 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)	Número de pacientes-dia nas Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados	Quadrimestral	46.479 (2022)	2024 47.409 2025 48.357 2026 49.324 2027 50.310	FHEMIG
20	Aumentar o número de pacientes-dia no Complexo Hospitalar de Barbacena. Para fins de cálculo do indicador, serão consideradas as unidades Hospital Regional de Barbacena (HRB) e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), desconsiderando-se os leitos de internação psiquiátrica.	Número de pacientes-dia no Complexo Hospitalar de Barbacena	Quadrimestral	50.663 (2022)	2024 51.676 2025 52.710 2026 53.764 2027 54.839	FHEMIG

OBJETIVO
03

Ampliar e qualificar a assistência hospitalar, promovendo o atendimento efetivo ao cidadão e cidadã, em tempo e local oportuno, de forma regionalizada, com equipes suficientes, interdisciplinares e capacitadas, para fortalecer a resolubilidade e suprir vazios assistenciais, de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Saúde Bucal



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Leste, Nordeste e Noroeste.**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
21	Aumentar o número de pacientes-dia no Complexo Hospitalar de Especialidades. Para fins de apuração do indicador, serão consideradas as unidades Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) e Hospital Júlia Kubitschek (HJK).	Número de pacientes-dia no Complexo Hospitalar de Especialidades	Quadrimestral	84.294 (2022)	2024	84.294	FHEMIG
					2025	85.980	
					2026	87.699	
					2027	89.453	
22	Aumentar o número de pacientes-dia nas Unidades Assistenciais de Referência. Para fins de apuração da meta, serão consideradas as unidades Hospital Regional João Penido (HRJP), Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), Maternidade Odete Valadares (MOV) e Hospital Eduardo de Menezes (HEM).	Número de pacientes-dia nas Unidades Assistenciais de Referência	Quadrimestral	135.390 (2022)	2024	138.098	FHEMIG
					2025	140.860	
					2026	143.677	
					2027	146.550	
23	Implantar o SAMU 192 Regional em todas as macrorregiões do Estado.	Número de novas unidades do SAMU 192 regional implantados nas macrorregiões	Quadrimestral	N/A	2024	1	SES
					2025	1	
					2026	0	
					2027	0	
90	Monitorar o número de pacientesdia na Casa de Saúde Padre Damião (CSPD)	Número de pacientes-dia na Casa de Saúde Padre Damião	Quadrimestral	N/A	2024	N/A	FHEMIG
					2025	N/A	
					2026	8.088	
					2027	8.088	

Diretriz 1

OBJETIVO 04

Qualificar a Rede de Atenção Psicossocial, de forma territorializada, interdisciplinar e integrada a todos os níveis de atenção à saúde, por meio do fortalecimento da Política Estadual de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Vale do Aço.**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
24	Ampliar o matriciamento sistemático entre as equipes da Atenção Primária à Saúde e os Centro de Atenção Psicossociais (CAPS), que inclui ações de educação permanente e supervisão clínico institucional.	Percentual de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) realizando ações de matriciamento sistemático com equipes de Atenção Básica	Quadrimestral	39,76% (2023)	2024	50%	SES
					2025	60%	
					2026	70%	
					2027	80%	
25	Fortalecer a Rede da Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da ampliação do cofinanciamento dos CAPS - (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi)	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cofinanciados	Quadrimestral	405 (2023)	2024	486	SES
					2025	527	
					2026	540	
					2027	594	
26	Ampliar o cofinanciamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT I e SRT II). O serviço é o principal responsável pelo recebimento dos usuários que passaram pelo processo de desinstitucionalização, sua disponibilidade e bom funcionamento indicam a qualidade da Rede e do atendimento a esse público	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) cofinanciados	Quadrimestral	133 (2023)	2024	163	SES
					2025	176	
					2026	181	
					2027	199	
91	Promover a participação em ações de prevenção em uso e abuso de álcool e outras drogas	Número de participantes em ações de prevenção em uso e abuso de álcool e outras drogas	Quadrimestral	N/A	2024	N/A	SEJUSP
					2025	N/A	
					2026	67.600	
					2027	67.600	

Diretriz 1

OBJETIVO 05

Reduzir o número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, por meio da qualificação da rede materno-infantil, da integração dos três níveis de atenção, e da ampliação e fortalecimento dos serviços de pré-natal para gravidez de alto-risco



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Leste, Leste do Sul, Oeste**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas	Responsável
27	Reduzir a mortalidade infantil em Minas Gerais, monitorando o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida, considerando os recortes de Gênero e Raça/cor/etnia no monitoramento	Taxa de mortalidade infantil	Anual	11,51 (2019)	2024 10,5	SES
					2025 10	
					2026 9,9	
					2027 9,9	
28	Reduzir a mortalidade materna em Minas Gerais, mensurando o número de óbitos maternos diretos e indiretos, considerando os recortes de Gênero e Raça/cor/etnia no monitoramento	Razão de Mortalidade Materna	Anual	42,02 (2019)	2024 46,62	SES
					2025 40,25	
					2026 34,75	
					2027 30,08	
29	Aumentar o percentual de gestantes que realizam o atendimento adequado do pré-natal. No monitoramento desta meta, considerar os recortes de gênero e raça/cor/etnia.	Percentual de gestantes com pré-natal adequado	Quadrimestral	38% (2022)	2024 45%	SES
					2025 47%	
					2026 49%	
					2027 51%	
30	Reduzir o risco de transmissão vertical da sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (casos por 1.000 nascidos vivos)	Quadrimestral	9,5 (2022)	2024 9	SES
					2025 8	
					2026 6,5	
					2027 5	
31	Atender em tempo oportuno a primeira consulta de pacientes com hemoglobinopatias identificados na triagem neonatal do teste do pezinho	Média de nº de dias decorridos entre o diagnóstico e o atendimento da 1ª consulta dos pacientes diagnosticados após a triagem neonatal	Semestral	15 (2022)	2024 23	SES
					2025 23	
					2026 23	
					2027 23	

Diretriz 1

OBJETIVO 06

Promover o cuidado integral e equânime à cidadã e ao cidadão, por meio do fortalecimento das políticas e ações relacionadas aos ciclos de vida, incluindo a qualificação da atenção à saúde da mulher, do homem, da criança, do adolescente e da pessoa idosa, com equipes interdisciplinares e estratégias intersetoriais, fortalecendo ações de educação permanente, para buscar assegurar equidade no acesso, especialmente às populações vulnerabilizadas



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

Este objetivo dialoga com as prioridades sanitárias definidas no PRI pelas macrorregiões: **Leste, Leste do Sul, Oeste.**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
32	Aumentar a porcentagem de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	Porcentagem de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos em relação da população da mesma faixa etária (NT nº04/2022-SAPS)	Anual	27,7%	2024	N/A	SES
					2025	N/A	
					2026	N/A	
					2027	37%	
33	Promover ações de qualificação da assistência na atenção e promoção da saúde dos homens, em sua diversidade, pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio de educação permanente, instruções assistenciais e outros.	Ações de qualificação referente à Atenção Integral a Saúde do Homem na Atenção Primária	Semestral	N/A	2024	4	SES
					2025	4	
					2026	4	
					2027	4	
34	Realizar a vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA), em menores de 15 anos, para monitoramento e detecção precoce de casos suspeitos de poliomielite	Taxa de incidência de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade (casos por 100.000 habitantes)	Anual	1,00 (2022)	2024	1,00	SES
					2025	1,00	
					2026	1,00	
					2027	1,00	
35	Alcançar a proporção de atendimentos Multiprofissionais para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, prevista na Política Hospitalar Estadual, cumprindo o estabelecido na Norma Técnica de Atendimento Humanizado às Mulheres em Situação de Violência, do Ministério da Saúde. Realizando o monitoramento considerando os recortes de raça/cor/etnia e orientação sexual, sempre que possível.	Taxa de atendimentos registrados em relação aos casos notificados de violência sexual	Semestral	N/A	2024	70%	SES
					2025	70%	
					2026	70%	
					2027	70%	
36	Aumentar a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos, a cada 2 anos, conforme preconiza o INCA	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Quadrimestral	0,23 (2022)	2024	0,26	SES
					2025	0,29	
					2026	0,32	
					2027	0,35	
92	Promover o acesso adequado à saúde dos adolescentes atendidos pelas Unidades Socioeducativas	Percentual de adolescentes que tiveram o primeiro atendimento com enfermeiro em até 5 dias	Quadrimestral	N/A	2024	N/A	SES/ SEJUSP
					2025	N/A	
					2026	67.600	
					2027	67.600	

Diretriz 1

OBJETIVO 07

Estruturar programas e ações de saúde visando a qualificação do atendimento às populações historicamente vulnerabilizadas (LGBT+, negra, povos indígenas, privada de liberdade, campo, da floresta e das águas, entre outras) e o fortalecimento da Política Estadual de Promoção da Saúde na rede de atenção à saúde.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas	Responsável
37	Ampliar o acompanhamento das crianças beneficiárias do PBF quanto às condicionalidades de Saúde, incluindo o acompanhamento do seu crescimento, desenvolvimento, estado nutricional e cumprimento do calendário de vacinação. O acompanhamento das condicionalidades de saúde caracteriza o exercício da equidade no SUS, pela garantia do acesso aos serviços pelas populações em situação de vulnerabilidade social.	Percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde das crianças do Programa Bolsa Família (PBF)	Semestral	64,73% (2022)	2024 65%	SES
					2025 66%	
					2026 67%	
					2027 68%	
38	Promover a cessação do tabaco e fornecer tratamento efetivo a sua dependência, reduzindo a morbimortalidade relacionada ao tabagismo.	Número de municípios com oferta do tratamento para o tabagismo.	Quadrimestral	411 (2022)	2024 415	SES
					2025 419	
					2026 423	
					2027 427	
39	Ampliar o número de municípios que possuem Comitê Municipal de Equidade em Saúde instituído e em funcionamento, com a realização de, no mínimo, uma reunião bimestral. O Comitê é uma instância de participação social de representantes das populações específicas em situação de maior vulnerabilidade social e em saúde incluídas no escopo das políticas de promoção da equidade em saúde, a saber: população do campo, florestas e águas; Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs); população cigana; população em situação de rua; população LGBT; população negra; população de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; população migrante, refugiada e apátrida. Recomenda-se ainda que os Comitês possuam participação dos Conselhos Municipais e se organizem também em Câmaras Técnicas para discussão da Política de Saúde Integral da População Negra e LGBT+	Número de municípios com Comitê Municipal de Equidade em Saúde instituído e com realização de, no mínimo, uma reunião quadrimestral.	Quadrimestral	617 (2022)	2024 644	SES
					2025 663	
					2026 683	
					2027 704	
40	Ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção a Primária à Saúde como instrumento de fortalecimento e integralidade do cuidado.	Número de municípios com oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	Quadrimestral	625 (2022)	2024 644	SES
					2025 663	
					2026 683	
					2027 704	
41	Reduzir o número de crianças menores de 5 anos com obesidade, conforme relatórios do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).	Percentual de crianças menores de 5 anos com obesidade acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde	Quadrimestral	6,8% (2021)	2024 6,5%	SES
					2025 6,2%	
					2026 5,9%	
					2027 5,6%	

Diretriz 1

OBJETIVO 07

Estruturar programas e ações de saúde visando a qualificação do atendimento às populações historicamente vulnerabilizadas (LGBT+, negra, povos indígenas, privada de liberdade, campo, da floresta e das águas, entre outras) e o fortalecimento da Política Estadual de Promoção da Saúde na rede de atenção à saúde.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
42	Proporcionar à população negra e quilombola o acesso aos serviços de Atenção Primária a Saúde	Percentual de atendimentos individuais de pessoas na APS de raça preta e parda, em relação ao total de atendimentos, considerando as faixas profissionais. Para este indicador, considera-se apenas os atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior.	Quadrimestral	56,4% (2024)	2024	56,4%	SES
					2025	56,9%	
					2026	57,4%	
					2027	57,9%	
43	Ampliar o preenchimento adequado do campo Orientação Sexual na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo instrutivo do Ministério da Saúde	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo orientação sexual preenchido com informação válida.	Anual	59,8% (2023)	2024	59,8	SES
					2025	63%	
					2026	67%	
					2027	70%	
44	Ampliar o preenchimento adequado do campo Identidade de Gênero na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo instrutivo do Ministério da Saúde	Proporção de notificações de violência interpessoal e auto-provocada com campo identidade de gênero preenchido com informação válida.	Anual	58,47% (2023)	2024	58,47%	SES
					2025	62%	
					2026	65%	
					2027	68%	
45	Garantir que todos os sistemas de gestão estadual que registram dados das pessoas usuárias do SUS disponibilizem os campos para orientação sexual e identidade de gênero, de forma padronizada	Percentual de sistemas de informação de saúde, sob a gestão estadual, com campo orientação sexual e identidade de gênero incluídos.	Semestral	40% (2024)	2024	40%	SES
					2025	80%	
					2026	100%	
					2027	100%	
93	Atender os Indivíduos em Privação de Liberdade, conforme protocolos estabelecidos no âmbito da saúde prisional, promovendo continuidade do cuidado e a integralidade da assistência	Número de atendimentos e procedimentos ofertados aos IPL pela Equipe de Saúde e Psicossocial, conforme protocolos estabelecidos no âmbito da saúde prisional	Quadrimestral	N/A	2024	N/A	SES
					2025	N/A	
					2026	300.000	
					2027	300.000	

Diretriz 2

Ampliar e fortalecer as políticas de Vigilância em Saúde de forma regionalizada e articulada com os entes federados, com a finalidade de proteger a saúde, proporcionar a integralidade e prevenir doenças e agravos, reduzindo a morbimortalidade, as vulnerabilidades e os riscos à saúde humana, animal e ambiental.

OBJETIVO 08

Fortalecer a Vigilância Epidemiológica, por meio do apoio técnico e financeiro aos municípios para o desenvolvimento das ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças ou agravos.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas	Responsável
46	Aumentar o registro de casos de doenças e agravos de notificação compulsória nos sistemas de informação oficiais que possuem no campo "Critério de Confirmação" a informação "Laboratorial", buscando qualificar as informações da Vigilância em Saúde.	Percentual de casos de doenças e agravos de notificação compulsória encerrados por critério laboratorial	Quadrimestral	43,32% (2022)	2024 45,49%	SES
					2025 47,76%	
					2026 50,15%	
					2027 52,65%	
47	Reduzir o número de municípios do estado de Minas Gerais que apresentam incidência muito alta para arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya), conforme parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde.	Percentual de municípios do estado de Minas Gerais com incidência muito alta para arboviroses	Quadrimestral	24,6% (2023)	2024 23,37%	SES
					2025 22,2%	
					2026 21,09%	
					2027 20,04%	
48	Ampliar a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da água para consumo humano em relação aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	Quadrimestral	40% (2023)	2024 42%	SES
					2025 44%	
					2026 46%	
					2027 48%	
49	Atender às demandas laboratoriais da Vigilância em Saúde, bem como investigar os surtos e epidemias de doenças e agravos que impactam a saúde individual e coletiva	Percentual de laudos e resultados liberados no prazo	Bimestral	92,9% (2023)	2024 90%	FUNED
					2025 90%	
					2026 90%	
					2027 90%	
50	Curar 90% dos casos diagnosticados de hanseníase entre os casos novos diagnosticados	Proporção de cura em hanseníase dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	Quadrimestral	76,1% (2023)	2024 76,1%	SES
					2025 80,48%	
					2026 85,11%	
					2027 90%	

Diretriz 2

Ampliar e fortalecer as políticas de Vigilância em Saúde de forma regionalizada e articulada com os entes federados, com a finalidade de proteger a saúde, proporcionar a integralidade e prevenir doenças e agravos, reduzindo a morbimortalidade, as vulnerabilidades e os riscos à saúde humana, animal e ambiental.

OBJETIVO 08

Fortalecer a Vigilância Epidemiológica, por meio do apoio técnico e financeiro aos municípios para o desenvolvimento das ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças ou agravos.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

51

Reduzir a proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidade física (GIF2) no momento do diagnóstico de 14% para 5% até 2027

Proporção de incapacidade física grau 2 (GIF2) no diagnóstico de casos novos de hanseníase

Quadrimestral

14%
(2023)

2024	14%
2025	9,93%
2026	7,04%
2027	5%

SES

52

Ampliar a testagem de HIV, entre os novos casos de tuberculose, a fim de diagnosticar precocemente possíveis co-infectados, minimizando a possibilidade de desfechos desfavoráveis

Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose.

Quadrimestral

81%
(2022)

2024	81%
2025	83%
2026	84%
2027	85%

SES

Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
51 Reduzir a proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidade física (GIF2) no momento do diagnóstico de 14% para 5% até 2027	Proporção de incapacidade física grau 2 (GIF2) no diagnóstico de casos novos de hanseníase	Quadrimestral	14% (2023)	2024	14%	SES
				2025	9,93%	
				2026	7,04%	
				2027	5%	
52 Ampliar a testagem de HIV, entre os novos casos de tuberculose, a fim de diagnosticar precocemente possíveis co-infectados, minimizando a possibilidade de desfechos desfavoráveis	Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose.	Quadrimestral	81% (2022)	2024	81%	SES
				2025	83%	
				2026	84%	
				2027	85%	

Diretriz 2

OBJETIVO 09

Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os CERESTs: Estadual, Regionais e Municipal.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
53	Ampliar as ações e procedimentos realizados pelo CEREST Estadual, conforme a Portaria nº 1.206 GM/MS, de 24 de outubro de 2013, e suas alterações.	Número de ações e/ou procedimentos realizados pelo CEREST Estadual registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)	Bimestral	50 (2023)	2024	135	SES
					2025	150	
					2026	165	
					2027	180	
54	Aumentar a proporção de preenchimento adequado dos campos “Ocupação” e “Atividade Econômica” nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, informação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) contribui para a compreensão sobre os determinantes e condicionantes do risco ocupacional ao qual o trabalhador está exposto e dos danos potenciais. Essas informações apontam a existência de uma possível relação entre o agravo e a ocupação, bem como a relação do agravo com a atividade desenvolvida pelo trabalhador.	Proporção de preenchimento do campo “Ocupação” e do campo “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART)	Quadrimestral	75% (2022)	2024	75%	SES
					2025	78%	
					2026	82%	
					2027	87%	

OBJETIVO 10

Aumentar o nível de cobertura vacinal para prevenir internações e óbitos, por meio da adoção de estratégias inovadoras e intersetoriais na qualificação da estrutura e dos profissionais do Estado, na promoção do conhecimento da situação vacinal individual e na captação de cidadãos e cidadãs para a vacinação.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
55	Alcançar a meta de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde em relação aos imunobiológicos recomendados no Calendário Nacional de Vacinal.	Número de vacinas recomendadas no Calendário Nacional de Vacinação com alcance de cobertura vacinal, conforme meta preconizada pelo Ministério da Saúde	Quadrimestral	1 (2023)	2024	11	SES
					2025	12	
					2026	13	
					2027	14	
56	Fomentar a realização de ações de vacinação extramuro em escolas.	Percentual de municípios com ações de vacinação extramuro realizadas em escolas	Quadrimestral	N/A	2024	80%	SES
					2025	85%	
					2026	90%	
					2027	100%	

Diretriz 2

OBJETIVO 11

Modernizar e desburocratizar os processos de trabalho da Vigilância Sanitária em âmbito estadual, estimulando a população a adotar práticas sanitárias que busquem a promoção da saúde e a prevenção de agravos e de doenças, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens, da prestação de serviços de saúde e do interesse da saúde.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
57	Avaliar projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário em período adequado.	Percentual de projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário avaliados em 45 dias	Bimestral	99,09% (2022)	2024	99%	SES
					2025	99%	
					2026	99%	
					2027	99%	
58	Desenvolver e implementar a transformação digital de 100% dos serviços da Carta de Serviços da VISA-MG no sistema VISA Digital até 2027.	Número de serviços prestados pela VISA-MG desenvolvidos e implementados através do VISA Digital	Semestral	N/A	2024	3	SES
					2025	6	
					2026	9	
					2027	13	
59	Atender às solicitações de concessão e renovação de alvará sanitário em período adequado.	Percentual de solicitações de concessão e renovação de alvará sanitário respondidos em período adequado	Trimestral	N/A	2024	95%	SES
					2025	95%	
					2026	95%	
					2027	95%	

OBJETIVO 12

Fortalecer a governança e a inovação no Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, visando a proteção da população e prevenção dos riscos à saúde pública em Minas Gerais.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
60	Implantar o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde nos municípios de Minas Gerais, conforme modelo do Programa VigiMinas.	Percentual de municípios com o Plano Municipal de Implementação do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde (SEVS-MG) executado, conforme modelo do VigiMinas	Semestral	N/A	2024	10	SES
					2025	80	
					2026	90	
					2027	100	

Diretriz 3

Garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços e insumos de saúde pública, de forma tempestiva, desburocratizada e regionalizada, proporcionando o atendimento eficiente, resolutivo e adequado às necessidades da cidade e do cidadão, respeitando a pactuação tripartite do SUS e as especificidades regionais.

OBJETIVO 13

Fortalecer a Assistência Farmacêutica enquanto política de saúde integrada a todos os níveis de atenção, de modo a garantir o acesso e o uso racional de medicamentos e de outros insumos essenciais à população.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
61	Aumentar o registro de dispensações por mês no Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica (SIGAF) a fim de fortalecer a base de dados para a tomada de decisão.	Número de registro de dispensações realizadas por mês no SIGAF	Mensal	17.449.040 (2022)	2024	20.173.601	SES
					2025	22.594.433	
					2026	25.305.765	
					2027	28.342.457	
62	Aumentar a disponibilidade média mensal de categorias de medicamentos traçadores, conforme registro de dados no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).	Número de municípios com disponibilidade adequada de medicamentos traçadores no âmbito da Atenção Primária à Saúde	Mensal	N/A	2024	552	SES
					2025	728	
					2026	803	
					2027	853	
63	Aumentar o número de pacientes ativos atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).	Número de pacientes atendidos pelo CEAF	Mensal	239.335 (2022)	2024	253.928	SES
					2025	274.703	
					2026	283.555	
					2027	288.555	

Diretriz 3

OBJETIVO

14

Tornar mais eficiente o cumprimento das demandas judiciais, bem como promover ações direcionadas para a redução dos impactos da judicialização da saúde.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
Analisar processos judiciais relacionados aos medicamentos mais demandados a fim de identificar os pacientes elegíveis para avaliação dos pareceristas da Assistência Farmacêutica, incentivando a migração da via judicial para a via administrativa.	Percentual de processos analisados para migração da via judicial para a via administrativa	Quadrimestral	N/A	2024	100	SES
				2025	100	
				2026	100	
				2027	100	
Aumentar o quantitativo de itens da lista base de insumos de saúde (medicamentos, produtos nutricionais, materiais de saúde, etc.) demandados judicialmente que foram disponibilizados aos pacientes.	Percentual de insumos de saúde judicializados disponibilizados pela SES	Quadrimestral	N/A	2024	65	SES
				2025	65	
				2026	70	
				2027	70	

OBJETIVO

15

Propiciar a captação e oferta de sangue, hemoderivados, células, órgãos e tecidos, obedecendo os padrões de excelência e qualidade, em respeito às normas técnicas vigentes.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade e	Valor de Referência	Metas		Responsável
Aumentar a disponibilização de produtos médicos de origem humana (células, tecidos ou soro autólogo) para utilização terapêutica ou pesquisa clínica no âmbito do SUS-MG.	Número de produtos médicos de origem humana processados	Quadrimestral	452 (2022)	2024	492	HEMOMINAS
				2025	592	
				2026	652	
				2027	772	
Produzir hemocomponentes para o programa de Assistência em Hematologia, Hemoterapia, Células e Tecidos Biológicos.	Número de Hemocomponentes produzidos	Semestral	668.568 (2022)	2024	582.000	HEMOMINAS
				2025	582.000	
				2026	582.000	
				2027	582.000	
Aumentar e manter a eficácia transfusional de atendimento a bolsas de concentrado de hemácias solicitadas pelos serviços de saúde contratantes e ambulatorios da FH.	Percentual de eficácia transfusional de atendimento a bolsas de concentrado de hemácias	Mensal	85,78% (2022)	2024	90	HEMOMINAS
				2025	90	
				2026	90	
				2027	90	
Manter a eficácia transfusional de atendimento a bolsas de concentrado de plaquetas solicitadas pelos serviços contratantes e ambulatorios da FH.	Percentual de eficácia transfusional de atendimento a bolsas de concentrado de plaquetas	Mensal	95,57% (média dos resultados mensais) (2022)	2024	90	HEMOMINAS
				2025	90	
				2026	90	
				2027	90	
Aumentar a captação de órgãos ou tecidos, de maneira segura, respeitando as normas técnicas vigentes.	Número de órgãos ou tecidos captados	Quadrimestral	1.717 (2022)	2024	1.902	FHEMIG
				2025	1.940	
				2026	1.979	
				2027	2.018	

Diretriz 3

OBJETIVO

16

Aprimorar o processo de regulação dos pacientes, bem como o monitoramento da oferta e da demanda de serviços em saúde, a fim de proporcionar alternativa assistencial adequada, em tempo e local oportuno, com equidade e transparência.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

71

Monitorar o número de pacientes regulados registrados no SUSfácilMG e avaliados pela Central Regional de Regulação Assistencial.

Monitorar o número de pacientes regulados registrados no SUSfácilMG e avaliados pela Central Regional de Regulação Assistencial.

Quadrimestral

1.392.751
(2022)

2024	1.406.704
2025	1.413.746
2026	1.420.827
2027	1.427.914

SES

72

Aumentar o percentual de internação de pacientes regulados via SUSfácil

Percentual de pacientes de U/E com situação “internação realizada” ou Motivo de Cancelamento “alta hospitalar”, “alteração/correção de laudo”, “internação mantida” e “compra de leito na rede privada”.

Anual

92%
(2022)

2024	92%
2025	93%
2026	94%
2027	95%

SES

OBJETIVO

17

Promover políticas de transporte em saúde que viabilizem o acesso da cidadã e do cidadão aos pontos de atenção, em tempo e local oportuno, a fim de proporcionar o atendimento e a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

73

Reduzir o déficit de assentos nos Sistemas Regionais de Transporte Eletivo em Saúde no Estado.

Percentual de déficit de assentos nos Sistemas Regionais de Transporte Eletivo em Saúde no Estado

Quadrimestral

79,91%
(2022)

2024	50%
2025	30%
2026	0%
2027	0%

SES

Diretriz 4

Aprimorar e Promover a participação social como processo de emancipação e de cidadania e a qualificação da comunicação com a sociedade, envolvendo a cidadã e o cidadão na construção e no monitoramento das políticas de saúde.

OBJETIVO 18

Fortalecer o Conselho Estadual de Saúde e as instâncias de participação social, com financiamento, apoio técnico, infraestrutura e educação permanente continuada, como mecanismo de aproximação entre os Conselhos de Saúde e a população, promovendo a conscientização sobre as políticas de saúde e o papel cidadão na construção e monitoramento do SUS a nível central e regional



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
74	Realizar as reuniões ordinárias mensalmente, durante todo o ano, com a devida infraestrutura, representando o pleno funcionamento do CES-MG.	Número de reuniões ordinárias realizadas	Mensal	11 (2023)	2024	12	CES
2025					12		
2026					12		
2027					12		
75	Implantar e organizar fóruns macrorregionais que deverão se reunir periodicamente para discutir as questões da região, processo a ser conduzido pelo CES-MG durante o período do plano. Os Fóruns macrorregionais deverão ter representação dos Conselhos Municipais de Saúde que atuam naquela região.	Número de Fóruns Macrorregionais implantados	Anual	N/A	2024	2	CES
2025					3		
2026					3		
2027					2		
76	Promover a formação das conselheiras e conselheiros de saúde e representantes de movimentos sociais, de forma presencial e também na metodologia de ativadores para o controle social no SUS, assim como através de rodas de conversa sobre o controle social no SUS. Conforme Plano Estadual de Educação Permanente elaborado em parceria com a ESP, Ministério da Saúde, Conselho Estadual de Saúde, entre outras entidades.	Percentual de execução das ações do Plano Estadual de Educação Permanente elaborado pelo CES-MG, em parceria com a ESP, Ministério da Saúde, entre outras entidades, planejadas para o ano.	Anual	N/A	2024	75%	CES
2025					80%		
2026					80%		
2027					80%		

Diretriz 4

OBJETIVO 19

Qualificar o relacionamento com a cidadã e o cidadão, por meio do fortalecimento das ouvidorias de saúde e da melhoria na comunicação com a sociedade civil



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

77

Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
Responder às manifestações registradas no âmbito do componente estadual do Sistema Estadual de Ouvidorias de Saúde do SUS/MG (Seos/MG), em conformidade com o prazo estabelecido pela Lei n. 13.460/2017. O indicador apura o cumprimento do prazo estabelecido no Parágrafo Único do Art. 16 da Lei n. 13.460/2017, que define prazo de 20 dias para resposta do órgão ou entidade responsável pela decisão administrativa final, prorrogável de forma justificada por apenas uma vez. Assim, mede o tempo médio entre o encaminhamento para o ponto focal ou ouvidoria responsável pela resposta administrativa final e o envio da resposta definitiva ao manifestante. Assim tem-se como universo de análise o total de manifestações encerradas no quadrimestre em questão, de competência estadual (SES Central e Regional, Funed, Fhemig, Hemominas e Ouvidoria de Saúde da OGE/MG), excluídas as denúncias e comunicações de irregularidades (uma vez que demandam apuração)	Tempo médio de resposta dos órgãos do SUS às manifestações da Ouvidoria (Dias)	Quadrimestral	22 (2022)	2024	20	SES/ OGE
				2025	20	
				2026	20	
				2027	20	
Realizar ações de sensibilização dos municípios com foco na criação das ouvidorias municipais	Número de Ações de Sensibilização com foco na criação das ouvidorias municipais do SUS-MG realizadas	Bimestral	N/A	2024	12	SES/ OGE
				2025	12	
				2026	12	
				2027	12	

78

Diretriz 5

Propiciar a melhoria contínua da gestão pública por meio do aprimoramento da governança integrada com municípios e regiões de saúde, da desburocratização, do financiamento sustentável, transparente e suficiente, bem como da valorização das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, visando a qualidade no cuidado e acolhimento humanizado dos profissionais e agentes sociais do SUS, incluindo as conselheiras e conselheiros, representantes do controle social.

OBJETIVO 20

Gerir recursos com foco em resultados, respeitando as especificidades regionais, por meio da qualificação das estratégias de financiamento, do fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde, valorizando e qualificando as trabalhadoras e os trabalhadores do SUS, com vistas a promover a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e o enfrentamento à precarização.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
79	Reduzir o percentual de despesas que foram empenhadas e não pagas até o final do exercício.	Percentual de despesas empenhadas inscritas em Restos a Pagar	Anual	14% (2022)	2024	13,5%	SES
					2025	13%	
					2026	12,5%	
					2027	12%	
80	Aumentar a participação de trabalhadoras e trabalhadores da SES-MG em ações educacionais proporcionadas por esta secretaria, incluindo capacitações com temas relacionados ao controle social, desigualdade de gênero e raça, para melhoria e desenvolvimento do trabalho.	Número de trabalhadoras e trabalhadores da SES/MG capacitados	Quadrimestral	660 (2022)	2024	1.000	SES
					2025	1.000	
					2026	1.000	
					2027	1.000	
81	Implementar os módulos do Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de Minas Gerais.	Porcentagem de execução do Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (PGTES)	Semestral	N/A	2024	25%	SES
					2025	45%	
					2026	60%	
					2027	75%	
82	Disponibilizar e incentivar a capacitação de servidoras e servidores da FHEMIG por meio de ações de educação continuada (20 horas), no âmbito do SUS-MG.	Taxa de servidoras e servidores da FHEMIG capacitados em Atividades de Educação Permanente e Continuada	Quadrimestral	15% (2022)	2024	25%	FHEMIG
					2025	25%	
					2026	25%	
					2027	25%	

OBJETIVO 21

Fortalecer as estratégias de regionalização, por meio da descentralização, do respeito à autonomia dos municípios e da gestão compartilhada entre os entes, considerando as especificidades regionais e o acesso equânime à saúde, promovendo a participação efetiva do controle social.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
83	Monitorar a efetividade e coerência dos papéis e funções assistenciais definidos pelo PDR/MG a partir da disponibilização periódica de relatórios, inclusive no site oficial da SES-MG.	Número de relatórios de monitoramento do Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG) disponibilizados ao Conselho e no site oficial da SES-MG	Semestral	N/A	2024	2	SES
					2025	2	
					2026	2	
					2027	2	

Diretriz 6

Promover políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde, por meio do incentivo à pesquisa, à produção e à educação em saúde, incentivando o desenvolvimento tecnológico do Estado, a saúde digital e a disseminação do conhecimento científico, junto à sociedade civil, aos agentes sociais e às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS.

OBJETIVO 22

Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e de inovação em saúde, incluindo a educação em saúde, junto à sociedade civil, às gestoras e aos gestores, aos agentes sociais, às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
84	Realizar ações, intervenções ou exposições de ciência e tecnologia de forma presencial ou virtual para a população em geral, com foco na população estudantil.	Número de ações realizadas	Bimestral	24 (2022)	2024	95	FUNED
					2025	100	
					2026	100	
					2027	105	
85	Gerar produtos científicos e tecnológicos inovadores a partir da execução de Projetos de Pesquisa.	Número de produtos científicos e tecnológicos gerados	Bimestral	65 (2022)	2024	65	FUNED
					2025	65	
					2026	65	
					2027	65	
86	Realizar ações educacionais voltadas às trabalhadoras e aos trabalhadores, gestoras e gestores e agentes sociais do SUS.	Número de alunas e alunos inscritos e matriculados	Bimestral	17.835 (2022)	2024	17.500	ESP
					2025	20.000	
					2026	22.500	
					2027	25.000	
87	Produzir conhecimento técnico-científico no campo da saúde coletiva e divulgar resultados obtidos (artigos, apresentação de trabalhos, materiais técnicos e/ou pedagógicos).	Número de produções técnico-científicas	Bimestral	220 (2022)	2024	200	ESP
					2025	200	
					2026	200	
					2027	200	

Diretriz 6

OBJETIVO 23

Incentivar a produção de insumos, medicamentos e vacinas para fortalecer a soberania e qualificar os serviços prestados pelo SUS, promovendo o atendimento adequado às necessidades de saúde da população.



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**



Este objetivo dialoga com os **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SES-MG**

88

Produzir produtos biológicos (vacinas, soro, entre outros).

Número de produtos biológicos produzidos e entregues

Bimestral

4.247.440
(2022)

Metas	Responsável
2024	8.000.000
2025	9.850.000
2026	11.649.000
2027	12.178.500

FUNED

89

Produzir medicamentos sintéticos (talidomida, entecavir, entre outros)

Número de produtos sintéticos produzidos e entregues

Bimestral

5.757.090
(2022)

Metas	Responsável
2024	7.292.510
2025	10.300.000
2026	11.110.000
2027	12.650.000

FUNED

5. Matriz de Coerência entre os Instrumentos de Gestão (PES, PPAG, PRI, Planejamento Estratégico, ODS)

Diretriz 01: Potencializar as redes de atenção à saúde de forma integral, intersetorial, matriciada e regionalizada para fortalecer e ampliar a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, proporcionar oferta equânime de políticas públicas de Atenção Secundária e Terciária, reduzir os vazios assistenciais e promover acolhimento no cuidado.

Objetivo nº1: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, qualificando a infraestrutura, provendo equipes completas multi e interdisciplinares, ampliando a cobertura, aumentando a resolubilidade e a realização de ações intersetoriais, para aproximar os serviços da cidadã e do cidadão com vistas a garantir a equidade e o acolhimento no cuidado.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer e ampliar a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, com financiamento estadual compatível com as necessidades da população, de forma a garantir equidade e acolhimento no cuidado à saúde por meio de equipes completas multi e interdisciplinares com ações intersetoriais, práticas integrativas complementares, matriciamento e educação permanente em serviço	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 4125 - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Apoiar a implementação das políticas de atenção primária à Saúde no âmbito do Estado e fomentar sua adequada manutenção, por meio do repasse de incentivo financeiro.	SUS 3 - Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária universal e um cuidado humanizado. Compromissos: Assegurar à população o acesso geográfico à Atenção Primária; Garantir a resolutividade dos serviços da Atenção Primária nas unidades básicas de saúde; Garantir ao cidadão satisfação no serviço prestado pela Atenção Primária.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	Macrorregião Centro Definir os profissionais responsáveis pela condução, monitoramento, avaliação, discussão e qualificação dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde
	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 4127 - Estruturação da Atenção Primária Ampliar o acesso, a qualidade e a cobertura das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde no Estado e fomentar sua adequada estruturação.	SUS 4 - Alcançar o maior nível de cobertura vacinal, para prevenir internações e óbitos. Compromissos: Implementar métodos para identificar os cidadãos que não se vacinaram; Realizar iniciativas de mobilização social por público, e não apenas por vacina; Desenvolver estratégias inovadoras de comunicação ativa com o cidadão; Ter a vacinação como meta para a Atenção Primária, e não apenas para a Vigilância em Saúde; Consolidar a ideia da vacinação como compromisso do cidadão com a sociedade.		Macrorregião Centro Implantar o Saúde em Rede como um instrumento de trabalho
	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 1022 - Saúde em Rede Promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho da atenção primária, especializada e hospitalar no estado de Minas Gerais com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde na linha de cuidado Materno-Infantil.	SUS 5 - Modernizar e agilizar a assistência por meio da implantação de tecnologias de saúde. Compromissos: Implementar um Laboratório de Inovação na SES; Criar políticas que mobilizem tecnologias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde; Implantar tecnologias que tornem os processos de trabalho assistenciais mais eficientes;		Macrorregião Leste do Sul Estruturar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com ênfase na Atenção Primária à Saúde
				Macrorregião Leste Melhorar a resolubilidade da Atenção Primária Macrorregião Sul Promover o cuidado de usuários do SUS com hipertensão e diabetes

Objetivo nº2: Proporcionar o tratamento oportuno, continuado, integral e regionalizado às cidadãs e aos cidadãos, por meio da ampliação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial, incluindo o apoio diagnóstico e terapêutico e cuidados paliativos, integrados a todos os níveis de atenção à saúde, atendendo ao princípio da equidade.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Ampliar a oferta equânime de políticas públicas de atenção secundária e terciária regionalizada e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, proporcionando tratamento continuado e cuidados paliativos	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 1022 - Saúde em Rede Promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho da atenção primária, especializada e hospitalar no estado de Minas Gerais com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde na linha de cuidado Materno-Infantil.	SUS 2 - Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas. Compromissos: Identificar e diagnosticar as redes prioritárias; Estruturar redes prioritárias completas, com grade de referência, fluxos e protocolos atualizado; Criar estratégias para tornar o atendimento ao cidadão o foco das redes prioritárias; Definir e monitorar indicadores de resolubilidade para as redes prioritárias; Monitorar a jornada do paciente em todos os pontos da rede.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento	Macrorregião Central Qualificar os processos de trabalho de forma contínua, com enfoque no cuidado das pessoas com condições crônicas, em especial hipertensão e diabetes (Eixo Cardiovascular)
	Programa 61 - Atenção Especializada (SES) Ação 4129 - Pessoa com Deficiência Promover atendimento integral à pessoa com deficiência permanente, transitória e/ou intermitente, seja ela física, auditiva, visual, intelectual, transtorno do espectro do autismo, estomizados, ou múltiplas deficiências.			Macrorregião Centro Sul Ampliar e garantir o acesso ao diagnóstico para neoplasia
	Programa 61 - Atenção Especializada (SES) Ação 4131 - Atenção Especializada Ambulatorial Manter, ampliar, qualificar e fortalecer os serviços de média complexidade ambulatorial e alta complexidade, integrantes das políticas estaduais e das Redes de Atenção à Saúde do SUS/MG, organizados por meio de diferentes modelagens, de acordo com as linhas de cuidado prioritárias, visando promover a continuidade das ações.			Macrorregião Leste Estruturar a Rede de Atenção à Oncologia
				Macrorregião Leste Estruturar e ampliar a Rede de Atenção à Ortopedia
				Macrorregião Leste Habilitar serviços de média e alta complexidade
			ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	Macrorregião Leste Melhorar o acesso aos serviços de média complexidade de neurologia e neurocirurgia e habilitar serviços de alta complexidade
				Macrorregião Norte Fortalecer a Rede de Cuidado Cardiovascular
	Programa 61 - Atenção Especializada (SES) Ação 4132 - Apoio e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal Manter, ampliar e fortalecer os serviços de média complexidade relacionados às políticas temáticas de saúde bucal, integrantes das políticas estaduais e da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB/MG), visando qualificar o acesso e a produção do cuidado.			Macrorregião Sudeste Estruturar e qualificar a Rede Assistencial às Doenças Crônicas, com ênfase cardiovascular
				Macrorregião Triângulo do Sul Reorganizar os fluxos da Rede de Oncologia
				Macrorregião Triângulo Norte Fortalecer a Rede de Oncologia

Objetivo nº3: Ampliar e qualificar a assistência hospitalar e a rede de urgência e emergência, promovendo o atendimento efetivo ao cidadão e cidadã, em tempo e local oportuno, de forma regionalizada, com equipes suficientes, interdisciplinares e capacitadas, para fortalecer a resolubilidade e suprir vazios assistenciais.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Implementar uma política hospitalar e de urgência e emergência de qualidade e de gestão 100% pública e estatal, com recursos adequados e equipes suficientes, interdisciplinares e capacitadas, de forma a permitir o atendimento efetivo para toda a população e suprir todos os vazios assistenciais, especialmente nas regiões mais desassistidas, reprovando qualquer tipo de terceirização da gestão dos hospitais Regionais do Estado de Minas Gerais e rede FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.	Programa 58 - Política Hospitalar (SES) Ação 1020 - Hospitais Regionais Implantar hospitais públicos regionais a fim de suprir lacunas assistenciais em diferentes regiões do Estado, prestando papel de referência hospitalar secundária e terciária para a população.	SUS 2 - Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas. Compromissos: Identificar e diagnosticar as redes prioritárias; Estruturar redes prioritárias completas, com grade de referência, fluxos e protocolos atualizado; Criar estratégias para tornar o atendimento ao cidadão o foco das redes prioritárias; Definir e monitorar indicadores de resolubilidade para as redes prioritárias; Monitorar a jornada do paciente em todos os pontos da rede.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	Macrorregião Leste Habilitar serviços de média e alta complexidade
	Programa 58 - Política Hospitalar (SES) Ação 4123 - Estruturação da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência Executar ações de estruturação e manutenção da rede hospitalar e de urgência e emergência, de acordo com as necessidades, os perfis assistenciais e a organização das redes de atenção à saúde, para a ampliação da oferta destes serviços à população.			
	Programa 58 - Política Hospitalar (SES) Ação 4122 - Políticas pré e pós-hospitalares de Urgência e Emergência Implantar e manter as políticas pré e pós hospitalares de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais, visando o atendimento em tempo e local oportuno para demandas espontâneas e referenciadas, garantindo o encaminhamento do usuário ao ponto de atenção mais adequado e seu efetivo atendimento, reduzindo o número de mortes e sequelas por causas evitáveis.			Macrorregião Leste Melhorar o acesso aos serviços de média complexidade de neurologia e neurocirurgia e habilitar serviços de alta complexidade
	Programa 58 - Política Hospitalar (SES) Ação 4121 - Política de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência Implementar e manter a Política de Atenção Hospitalar, bem como das portas hospitalares de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais, a fim de promover ampliação do acesso, reduzir os vazios assistenciais e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde.			

	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 1022 - Saúde em Rede Promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho da atenção primária, especializada e hospitalar no estado de Minas Gerais com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde na linha de cuidado Materno-Infantil.			Macrorregião Nordeste Fomentar e organizar a Rede de Neurologia para atenção ao Acidente Vascular Encefálico (AVE)
	Programa 62 - Acesso a Serviços de Saúde (SES) Ação 4136 - Serviços Móveis de Urgência e Emergência Implantar e manter o SAMU 192 Regional, o Suporte Aéreo Avançado de Vida (SAAV) e o SAMU Municipal no Estado de Minas Gerais, visando o atendimento em tempo e local oportuno, com regulação da assistência na Macrorregião, garantindo o encaminhamento do paciente ao ponto de atenção mais adequado, e conseguinte melhoria na qualidade assistencial.			
	Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4030 - Atenção Integral nas Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados Prestar assistência hospitalar, ambulatorial e domiciliar aos pacientes que foram asilados, compulsoriamente, no passado devido à hanseníase, bem como promover a assistência de clínica médica, reabilitação física e cuidados integrados aos pacientes que necessitam de internação prolongada.	SUS 7 - Integrar o atendimento pré-hospitalar à rede de urgência e emergência reduzindo a morbimortalidade. Compromissos: Implantar o SAMU Regional em todas Macrorregiões; Reduzir o tempo de resposta do SAMU e do Serviço Aeromédico; Estruturar Linhas de Resposta Rápida capazes de garantir o atendimento pré-hospitalar e o acesso à rede de urgência e emergência em tempo oportuno nos territórios; Reduzir taxas de mortalidade por AVC, trauma e infarto.		Macrorregião Noroeste Implantar e estruturar a Rede de Atenção à Saúde (Linha de Cuidado) da Traumaortopedia
	Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4031 - Atenção Integral nas Unidades Assistenciais de Referência Atendimento geral, especializado, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência, de várias especialidades médicas e multidisciplinares. Além de promover o cuidado da saúde da mulher e materno-infantil, visando a resolutividade da saúde e diminuição das morbi- mortalidades e o atendimento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas de impacto epidemiológico e sanitário.			
	Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4032 - Atenção Integral nas Unidades Assistenciais de Saúde Mental Prestar assistência psiquiátrica ambulatorial e hospitalar aos usuários do sus, visando a inclusão social dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.			

	Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4034 - Atenção Integral no Complexo Hospitalar de Barbacena Prestar atendimento geral, especializado, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência, de várias especialidades médicas e multidisciplinares e prestar assistência psiquiátrica ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS, visando a inclusão social dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4035 - Atenção Integral no Complexo Hospitalar de Especialidades Atendimento geral, especializado, ambulatorial e hospitalar, incluindo urgência e emergência, de várias especialidades médicas e multidisciplinares, além do tratamento integral aos pacientes oncológicos. Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4036 - Atenção Integral no Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência Prestar assistência ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS em situações de urgência e emergência, visando à recuperação da saúde, diminuição da mortalidade e redução das complicações decorrentes. Prestar atendimento geral, ambulatorial e hospitalar pediátrico.			Macrorregião Jequitinhonha Adequar os serviços de cardiologia para ampliar a capacidade operacional instalada, de forma a reduzir a fila de espera da Macrorregião de Saúde com o maior número de execução dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares

Objetivo nº4: Qualificar a Rede de Atenção Psicossocial, de forma territorializada, interdisciplinar e integrada a todos os níveis de atenção à saúde, por meio do fortalecimento da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Implementar e fortalecer a reforma psiquiátrica antimanicomial, orientada pela política de redução de danos e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com espaços de cuidado e tratamento em Saúde Mental, álcool e outras drogas, intersetoriais, territorializados, abertos e 100% públicos e estatais, com equipes interdisciplinares e recursos financeiros adequados, em conformidade com as diretrizes do SUS e da Lei Nº 10.216/2001.	Programa 61 - Atenção Especializada (SES) Ação 4130 - Atenção Psicossocial Elaborar, regulamentar, implementar, coordenar e monitorar a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, de forma integrada aos três níveis de atenção à saúde, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento	Macrorregião Vale do Aço Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
			ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.5 - Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool	
			ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.a - Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil	

Objetivo nº5: Reduzir o número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, por meio da qualificação da rede materno-infantil, da integração de todos os níveis de atenção, e da ampliação e fortalecimento dos serviços de pré-natal para gravidez de alto-risco.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, garantindo o acesso e atendimento de todas as mulheres em todos os ciclos de vida, sem discriminação em todos os níveis de atenção à saúde, de forma intersetorial e interinstitucional, fortalecendo a consolidação dos princípios do SUS, assegurando a equidade com equipes interdisciplinares e educação permanente.	Programa 58 - Política Hospitalar (SES) Ação 4121 - Política de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência Implementar e manter a Política de Atenção Hospitalar, bem como das portas hospitalares de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais, a fim de promover ampliação do acesso, reduzir os vazios assistenciais e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde.	SUS 2 - Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas. Compromissos: Identificar e diagnosticar as redes prioritárias; Estruturar redes prioritárias completas, com grade de referência, fluxos e protocolos atualizado; Criar estratégias para tornar o atendimento ao cidadão o foco das redes prioritárias; Definir e monitorar indicadores de resolubilidade para as redes prioritárias; Monitorar a jornada do paciente em todos os pontos da rede.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.1 - Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos	Macrorregião Leste do Sul Estruturar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com ênfase na Atenção Primária à Saúde
	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 4125 - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Apoiar a implementação das políticas de atenção primária à Saúde no âmbito do Estado e fomentar sua adequada manutenção, por meio do repasse de incentivo financeiro.	SUS 8 - Reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil aos menores níveis da série histórica. Compromissos: Conhecer com profundidade a causa dos óbitos; Estruturar a linha de cuidado materna e infantil, com foco no pré-natal de alto risco; Estruturar a linha de cuidado materna e infantil, com foco no pré-natal de alto risco; Reduzir a taxa de mortalidade infantil a um dígito.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.2 - Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos	Macrorregião Leste Reduzir a mortalidade materna e infantil
	Programa 61 - Atenção Especializada (SES) Ação 4131 - Atenção Especializada Ambulatorial Manter, ampliar, qualificar e fortalecer os serviços de média complexidade ambulatorial e alta complexidade, integrantes das políticas estaduais e das Redes de Atenção à Saúde do SUS/MG, organizados por meio de diferentes modelagens, de acordo com as linhas de cuidado prioritárias, visando promover a continuidade das ações.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	Macrorregião Oeste Estruturar e qualificar a Rede Assistencial ao Pré-natal, Parto e Puerpério

Objetivo nº6: Promover o cuidado integral e equânime à cidadã e ao cidadão, por meio do fortalecimento das políticas e ações relacionadas aos ciclos de vida, incluindo a qualificação da atenção à saúde da mulher, do homem, da criança, do adolescente e da pessoa idosa, com equipes interdisciplinares e estratégias intersetoriais.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, garantindo o acesso e atendimento de todas as mulheres em todos os ciclos de vida, sem discriminação em todos os níveis de atenção à saúde, de forma intersetorial e interinstitucional, fortalecendo a consolidação dos princípios do SUS, assegurando a equidade com equipes interdisciplinares e educação permanente.	Programa 58 - Política Hospitalar (SES) Ação 4121 - Política de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência Implementar e manter a Política de Atenção Hospitalar, bem como das portas hospitalares de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais, a fim de promover ampliação do acesso, reduzir os vazios assistenciais e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	Macrorregião Leste do Sul Estruturar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com ênfase na Atenção Primária à Saúde
	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 4125 - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Apoiar a implementação das políticas de atenção primária à Saúde no âmbito do Estado e fomentar sua adequada manutenção, por meio do repasse de incentivo financeiro.			Macrorregião Leste Reduzir a mortalidade materna e infantil
	Programa 61 - Atenção Especializada (SES) Ação 4131 - Atenção Especializada Ambulatorial Manter, ampliar, qualificar e fortalecer os serviços de média complexidade ambulatorial e alta complexidade, integrantes das políticas estaduais e das Redes de Atenção à Saúde do SUS/MG, organizados por meio de diferentes modelagens, de acordo com as linhas de cuidado prioritárias, visando promover a continuidade das ações.			Macrorregião Oeste Estruturar e qualificar a Rede Assistencial ao Pré-natal, Parto e Puerpério

Objetivo nº7: Estruturar programas e ações de saúde visando a qualificação do atendimento às populações historicamente vulnerabilizadas (LGBT+, negra, indígena vivendo em contextos de aldeias, privada de liberdade, campo, da floresta e das águas, entre outras) e o fortalecimento da Política Estadual de Promoção da Saúde na rede de atenção à saúde.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Garantir o acesso equânime à saúde integral da população dos campos, águas e florestas, com serviços acessíveis ao usuário de acordo com a complexidade de sua demanda	Programa 60 - Atenção Primária à Saúde (SES) Ação 4126 - Promoção à Saúde e Políticas de Equidade Desenvolver e implementar ações e programas de promoção da saúde, bem como as políticas e estratégias para a redução das iniquidades em saúde no âmbito da atenção primária à saúde nos municípios de Minas Gerais.	SUS 3 - Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária universal e um cuidado humanizado. Compromissos: Assegurar à população o acesso geográfico à Atenção Primária; Garantir a resolutividade dos serviços da Atenção Primária nas unidades básicas de saúde; Garantir ao cidadão satisfação no serviço prestado pela Atenção Primária.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.a - Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil	
Implementar políticas de saúde enquanto direito humano que garantam acesso e atendimento com equidade e sem discriminação, em especial às populações mais vulnerabilizadas, assegurando assim a consolidação desse princípio do SUS.				

Diretriz 02: Ampliar e fortalecer as políticas de Vigilância em Saúde de forma regionalizada e articulada com os entes federados, com a finalidade de proteger a saúde, proporcionar a integralidade e prevenir doenças e agravos, reduzindo a morbimortalidade, as vulnerabilidades e os riscos à saúde humana, animal e ambiental.

Objetivo nº8: Fortalecer a Vigilância Epidemiológica, por meio do apoio técnico e financeiro aos municípios para o desenvolvimento das ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças ou agravos.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Ampliar a integração intersetorial do SUS com as outras políticas públicas que se articulam com a saúde (Trabalho, Educação, Meio Ambiente, Mobilidade Urbana, Saneamento Básico, Assistência Social, Cultura etc) visando aumentar parcerias, a fim de promover o fortalecimento do SUS e o avanço na efetivação dos princípios constitucionais, com foco nos determinantes sociais da saúde.	Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 4146 - Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador Promover ações e políticas de saúde relacionadas ao conhecimento, à prevenção, à promoção e à intervenção nos fatores de risco condicionantes e determinantes do trabalho e do meio ambiente, bem como prevenir doenças e agravos, visando a promoção da saúde da população. Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 4144 - Vigilância de Condições Crônicas Organizar estratégias de intervenção e contenção sobre danos, riscos e fatores determinantes das condições de saúde crônicas, agravos e doenças não transmissíveis, assim como a execução de ações de prevenção e controle.	SUS 4 - Alcançar o maior nível de cobertura vacinal, para prevenir internações e óbitos. Compromissos: Implementar métodos para identificar os cidadãos que não se vacinaram; Realizar iniciativas de mobilização social por público, e não apenas por vacina; Desenvolver estratégias inovadoras de comunicação ativa com o cidadão; Ter a vacinação como meta para a Atenção Primária, e não apenas para a Vigilância em Saúde; Consolidar a ideia da vacinação como compromisso do cidadão com a sociedade.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.3 - Até 2030 acabar, com os problemas de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo aedes aegypti e outras doenças transmissíveis ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 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	
Ampliar as ações das políticas de Vigilância em Saúde de forma integrada nas três esferas de governo, garantindo a integralidade e a equidade.	Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 4145 - Vigilância de Doenças Transmissíveis e Imunização Promover estratégias de intervenção e contenção sobre danos, riscos e fatores determinantes de doenças transmissíveis, doenças imunopreveníveis e agravos de interesse epidemiológico, assim como a execução de ações de monitoramento, avaliação, prevenção, controle e/ou eliminação e respostas às emergências em Saúde Pública. Programa 0153 - Vigilância Laboratorial em Saúde Pública (FUNED) 4457 - Atendimento de Análises Laboratoriais de Interesse da Saúde Pública Realizar vigilância laboratorial por meio de análises diagnósticas das doenças e agravos de interesse em saúde pública, monitoramento da qualidade dos produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário, qualidade da água para consumo humano e da saúde do trabalhador, visando subsidiar as políticas públicas de saúde e tomadas de decisões na prevenção, tratamento e controle de riscos e danos à saúde da população, por meio das informações geradas.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.d - Reforçar as capacidades locais para o alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos nacionais e globais de saúde	

Objetivo nº9: Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os CERESTs: Estadual, Regionais e Municipal.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Ampliar a integração intersetorial do SUS com as outras políticas públicas que se articulam com a saúde (Trabalho, Educação, Meio Ambiente, Mobilidade Urbana, Saneamento Básico, Assistência Social, Cultura etc) visando aumentar parcerias, a fim de promover o fortalecimento do SUS e o avanço na efetivação dos princípios constitucionais, com foco nos determinantes sociais da saúde.	Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 4146 - Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador Promover ações e políticas de saúde relacionadas ao conhecimento, à prevenção, à promoção e à intervenção nos fatores de risco condicionantes e determinantes do trabalho e do meio ambiente, bem como prevenir doenças e agravos, visando a promoção da saúde da população.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento	
Ampliar as ações das políticas de Vigilância em Saúde de forma integrada nas três esferas de governo, garantindo a integralidade e a equidade.				

Objetivo nº10: Aumentar o nível de cobertura vacinal para prevenir internações e óbitos, por meio da adoção de estratégias inovadoras e intersetoriais na qualificação da estrutura e dos profissionais do Estado, na promoção do conhecimento da situação vacinal individual e na captação de cidadãos para a vacinação.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Ampliar as ações das políticas de Vigilância em Saúde de forma integrada nas três esferas de governo, garantindo a integralidade e a equidade.	Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 4145 - Vigilância de Doenças Transmissíveis e Imunização Promover estratégias de intervenção e contenção sobre danos, riscos e fatores determinantes de doenças transmissíveis, doenças imunopreveníveis e agravos de interesse epidemiológico, assim como a execução de ações de monitoramento, avaliação, prevenção, controle e/ou eliminação e respostas às emergências em Saúde Pública.	SUS 4 - Alcançar o maior nível de cobertura vacinal, para prevenir internações e óbitos. Compromissos: Implementar métodos para identificar os cidadãos que não se vacinaram; Realizar iniciativas de mobilização social por público, e não apenas por vacina; Desenvolver estratégias inovadoras de comunicação ativa com o cidadão; Ter a vacinação como meta para a Atenção Primária, e não apenas para a Vigilância em Saúde; Consolidar a ideia da vacinação como compromisso do cidadão com a sociedade.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.3 - Até 2030 acabar, com os problemas de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arbovírus transmitidas pelo aedes aegypti e outras doenças transmissíveis	
Ampliar a integração intersetorial do SUS com as outras políticas públicas que se articulam com a saúde (Trabalho, Educação, Meio Ambiente, Mobilidade Urbana, Saneamento Básico, Assistência Social, Cultura etc) visando aumentar parcerias, a fim de promover o fortalecimento do SUS e o avanço na efetivação dos princípios constitucionais, com foco nos determinantes sociais da saúde.	Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 1021 - Vacina Mais Minas Aumentar o nível de cobertura vacinal para prevenir internações e óbitos, por meio da qualificação da estrutura e dos profissionais do Estado, da promoção do conhecimento da situação vacinal individual e da captação de cidadãos para a vacinação.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	

Objetivo nº11: Modernizar e desburocratizar os processos de trabalho da Vigilância Sanitária em âmbito estadual, estimulando a população a adotar práticas sanitárias que busquem a promoção da saúde e a prevenção de agravos e de doenças, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens, da prestação de serviços de saúde e do interesse da saúde.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Ampliar as ações das políticas de Vigilância em Saúde de forma integrada nas três esferas de governo, garantindo a integralidade e a equidade.	Programa 63 - Vigilância em Saúde (SES) Ação 4147 - Vigilância Sanitária Planejar, fomentar e implementar ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, da prestação de serviços de saúde e do interesse da saúde.	SUS 5 - Modernizar e agilizar a assistência por meio da implantação de tecnologias de saúde. Compromissos: Implementar um Laboratório de Inovação na SES; Criar políticas que mobilizem tecnologias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde; Implantar tecnologias que tornem os processos de trabalho assistenciais mais eficientes;	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 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	

Objetivo nº12: Fortalecer a governança e a inovação no Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, visando a proteção da população e prevenção dos riscos à saúde pública em Minas Gerais.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Ampliar as ações das políticas de Vigilância em Saúde de forma integrada nas três esferas de governo, garantindo a integralidade e a equidade.	4143 - Assessoramento e gerenciamento de Políticas de Vigilância em Saúde Planejar, fomentar, implementar e coordenar políticas de Vigilância em Saúde, bem como suas respectivas ações de apoio.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.3 - Até 2030 acabar, com os problemas de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arbovírus transmitidas pelo aedes aegypti e outras doenças transmissíveis	
			ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento	
			ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 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	
			ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.d - Reforçar as capacidades locais para o alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos nacionais e globais de saúde	

Diretriz 03: Promover o acesso universal, integral e equânime aos serviços e insumos de saúde pública, de forma tempestiva, desburocratizada e regionalizada, proporcionando o atendimento eficiente, resolutivo e adequado às necessidades da cidade e do cidadão, respeitando a pactuação tripartite do SUS e as especificidades regionais.

Objetivo nº13: Fortalecer a Assistência Farmacêutica enquanto política de saúde integrada a todos os níveis de atenção, de modo a garantir o acesso e o uso racional de medicamentos e de outros insumos essenciais à população.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer a assistência farmacêutica pública, de qualidade e acessível, com garantia de insumos e medicamentos em todos os níveis de atenção à saúde, distribuídos de forma tempestiva, desburocratizada e regionalizada	Programa 64 - Assistência Farmacêutica (SES) Ação 4148 - Abastecimento de Medicamentos Garantir o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais à população de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população.	SUS 5 - Modernizar e agilizar a assistência por meio da implantação de tecnologias de saúde. Compromissos: Implementar um Laboratório de Inovação na SES; Criar políticas que mobilizem tecnologias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde; Implantar tecnologias que tornem os processos de trabalho assistenciais mais eficientes;	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	
	Programa 64 - Assistência Farmacêutica (SES) Ação 4149 - Política de Assistência Farmacêutica Fomentar e desenvolver a Assistência Farmacêutica do SUS-MG, por meio de ações nos eixos estrutura, promoção do acesso, uso racional dos medicamentos e qualificação dos serviços.	SUS 6 - Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios. Compromissos: Conhecer a demanda e a fila por procedimentos de saúde; Aumentar a produção de consultas, exames e procedimentos; Garantir que o cidadão tenha como chegar aos pontos de atendimento; Ampliar os pontos de atenção das redes; Promover a transparência dos dados de acesso à rede; Possibilitar ao cidadão conhecer sua trajetória e status no processo. cidadão conhecer sua trajetória e status no processo.		

Objetivo nº14: Tornar mais eficiente o cumprimento das demandas judiciais, bem como promover ações direcionadas para a redução dos impactos da judicialização da saúde.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Garantir acesso aos serviços de saúde pública de qualidade, 100% SUS, buscando ampliar as ações descentralizadas e pactuações entre entes, desburocratizando e dando mais autonomia aos municípios na gestão dos seus recursos.	Programa 62 - Acesso a Serviços De Saúde (SES) Ação 4133 - Atendimento às Medidas Judiciais Atender às demandas judiciais visando fornecer assistência em todos os níveis de complexidade, comprovada a necessidade de medicamentos, produtos nutricionais, procedimentos ambulatoriais e hospitalares e outros insumos e serviços em saúde, além de promover ações relacionadas à redução dos impactos da judicialização em saúde e subsidiar tecnicamente a defesa do Estado.	SUS 6 - Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios. Compromissos: Conhecer a demanda e a fila por procedimentos de saúde; Aumentar a produção de consultas, exames e procedimentos; Garantir que o cidadão tenha como chegar aos pontos de atendimento; Ampliar os pontos de atenção das redes; Promover a transparência dos dados de acesso à rede; Possibilitar ao cidadão conhecer sua trajetória e status no processo.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	

Objetivo nº15: Propiciar a captação e oferta de sangue, hemoderivados, células, órgãos e tecidos, obedecidos os padrões de excelência e qualidade, em respeito às normas técnicas vigentes.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer e promover a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde), consolidando a soberania e o desenvolvimento da plataforma tecnológica do Estado, bem como tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população, incluindo trabalhadores como protagonistas e a educação permanente como referencial político pedagógico.	Programa 0019 - Atenção Hospitalar Especializada (FHEMIG) 4029 - Atenção Integral ao Sistema Estadual de Transplantes Coordenar atividades de transplantes no âmbito do Estado de Minas Gerais, promovendo estratégias e campanhas com objetivo de aumentar a captação de órgãos e tecidos.		ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.b - Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população	
	Programa 0087 - Assistência em Hematologia, Hemoterapia, Células e Tecidos Biológicos (HEMOMINAS) 4237 - Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais - CETEBIO Disponibilizar produtos médicos de origem humana para utilização terapêutica ou pesquisa clínica no âmbito do Sistema de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.			
	Programa 0087 - Assistência em Hematologia, Hemoterapia, Células e Tecidos Biológicos (HEMOMINAS) 4212 - Desenvolvimento do Programa de Sangue e Hemoderivados Execução das políticas públicas na área de hemoterapia e hematologia, células e tecidos, dentro das diretrizes do Governo do Estado de Minas Gerais, com a disponibilização de hemocomponentes, hemoderivados, células e tecidos de qualidade dentro dos parâmetros legais exigidos, de acordo com a demanda da rede pública e contratantes.			
	Programa 0087 - Assistência em Hematologia, Hemoterapia, Células e Tecidos Biológicos (HEMOMINAS) 4222 - Modernização e/ou Melhoria da Infraestrutura Física e/ou Tecnológica das Unidades da Fundação Hemominas Realizar a modernização e/ou melhorias da infraestrutura física e/ou tecnológica das unidades da Fundação Hemominas para garantir um ambiente adequado de atendimento aos cidadãos, com produtos e serviços de qualidade e segurança de acordo com a normatização vigente.			

Objetivo nº16: Aprimorar o processo de regulação dos pacientes, bem como o monitoramento da oferta e da demanda de serviços em saúde, a fim de proporcionar alternativa assistencial adequada, em tempo e local oportuno, com equidade e transparência.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Garantir acesso aos serviços de saúde pública de qualidade, 100% SUS, buscando ampliar as ações descentralizadas e pactuações entre entes, desburocratizando e dando mais autonomia aos municípios na gestão dos seus recursos.	Programa 62 - Acesso a Serviços de Saúde (SES) Ação 4134 - Acesso de Urgência e Emergência Viabilizar o acesso dos usuários do SUS-MG aos serviços de saúde de média e alta complexidade hospitalar de urgência e emergência, de forma equânime, buscando alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno, para as necessidades identificadas dos cidadãos.	SUS 5 - Modernizar e agilizar a assistência por meio da implantação de tecnologias de saúde. Compromissos: Implementar um Laboratório de Inovação na SES; Criar políticas que mobilizem tecnologias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde; Implantar tecnologias que tornem os processos de trabalho assistenciais mais eficientes;	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	
	Programa 62 - Acesso a Serviços de Saúde (SES) Ação 4135 - Acesso Eletivo Viabilizar o acesso dos usuários do SUS/MG aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos por meio de políticas de transporte em saúde e regulação eletivos.			
	Programa 62 - Acesso a Serviços de Saúde (SES) Ação 4137 - Programação, contratação e processamento de Serviços de Saúde Promover, conforme pactuação integrada, a prestação de ações e serviços de saúde, por meio da programação dos recursos financeiros, contratação dos estabelecimentos de saúde e processamento e pagamento de sua produção.	SUS 6 - Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios. Compromissos: Conhecer a demanda e a fila por procedimentos de saúde; Aumentar a produção de consultas, exames e procedimentos; Garantir que o cidadão tenha como chegar aos pontos de atendimento; Ampliar os pontos de atenção das redes; Promover a transparência dos dados de acesso à rede; Possibilitar ao cidadão conhecer sua trajetória e status no processo.		

Objetivo nº17: Promover políticas de transporte em saúde que viabilizem o acesso da cidadã e do cidadão aos pontos de atenção, em tempo e local oportuno, a fim de assegurar o atendimento e a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Garantir acesso aos serviços de saúde pública de qualidade, 100% SUS, buscando ampliar as ações descentralizadas e pactuações entre entes, desburocratizando e dando mais autonomia aos municípios na gestão dos seus recursos.	Programa 62 - Acesso a Serviços de Saúde (SES) Ação 4135 - Acesso Eletivo Viabilizar o acesso dos usuários do SUS/MG aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos por meio de políticas de transporte em saúde e regulação eletivos.	SUS 6 - Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios. Compromissos: Conhecer a demanda e a fila por procedimentos de saúde; Aumentar a produção de consultas, exames e procedimentos; Garantir que o cidadão tenha como chegar aos pontos de atendimento; Ampliar os pontos de atenção das redes; Promover a transparência dos dados de acesso à rede; Possibilitar ao cidadão conhecer sua trajetória e status no processo.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.8 - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS	

Diretriz 04: Promover a participação social como processo de emancipação e de cidadania e a qualificação da comunicação com a sociedade, envolvendo a cidadã e o cidadão na construção e no monitoramento das políticas de saúde.

Objetivo nº18: Fortalecer o Conselho Estadual de Saúde e as instâncias de participação social, com financiamento, apoio técnico, infraestrutura e educação permanente continuada, como mecanismo de aproximação entre os Conselhos de Saúde e a população, promovendo a conscientização sobre as políticas de saúde e o papel cidadão na construção e monitoramento do SUS.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer a Comunicação como mecanismo de aproximação entre os conselhos de Saúde e a população, promovendo a conscientização sobre as políticas de saúde e o papel cidadão na construção e monitoramento do SUS.	Programa 59 - Apoio à Gestão do SUS (SES) Ação 4458 - Promoção e fortalecimento do controle social Promover o controle social, sobretudo por meio da atuação do Conselho Estadual de Saúde, nos termos da legislação do SUS garantindo a participação dos usuários(as), profissionais de saúde, prestadores(as) de serviço e gestores(as) do sistema único de saúde, visando o controle da execução da política de saúde com apoio e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde conforme legislação vigente. (Lei Federal 8080/90, 8142/90 Resolução CNS 453/2012).	SES 7 - Qualificar o relacionamento institucional com atores externos para subsidiar a construção de políticas que garantam o acesso à saúde. Compromissos: Elaborar e implementar plano de relacionamento com principais stakeholders; Instituir fluxos para garantir a qualidade das respostas institucionais e o registro do histórico de relacionamento; Fomentar a aprovação dos instrumentos de gestão do SUS pelo CES; Qualificar o processo de deliberação na CIB-SUS; Implementar programa de aproximação da sociedade civil e atores externos às políticas de saúde.	ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes. Compromissos: 16.7 - Garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis.	
Fortalecer a participação no controle social, como processo de emancipação social e de cidadania, respeitando o poder deliberativo dos conselhos e Conferências de Saúde		SUS 1 - Garantir a participação social na construção e na implementação das políticas de saúde. Compromissos: Estruturar programa de inserção dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde; Ter 100% das políticas apresentadas ao CES antes de serem pactuadas em CIB-SUS.		
Garantir o financiamento adequado para o pleno funcionamento dos conselhos, com infraestrutura, apoio técnico e formação permanente para o avanço do controle social.				
Promover a educação permanente e continuada para fortalecer a atuação das pessoas conselheiras na consolidação do controle social				

Objetivo nº19: Qualificar o relacionamento com a cidadã e o cidadão, por meio do fortalecimento das ouvidorias de saúde e da melhoria na comunicação com a sociedade civil				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer a Comunicação como mecanismo de aproximação entre os conselhos de Saúde e a população, promovendo a conscientização sobre as políticas de saúde e o papel cidadão na construção e monitoramento do SUS.	Programa 705 - Apoio às Políticas Públicas (SES) Ação 2500 - Assessoramento e Gerenciamento de Políticas Públicas Viabilizar a execução de serviços técnicos-administrativos de gerenciamento e suporte da área meio dos órgãos e entidades, elencando os recursos que não podem ser diretamente distribuídos nas ações finalísticas.	SUS 1 - Garantir a participação social na construção e na implementação das políticas de saúde. Compromissos: Estruturar programa de inserção dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde; Ter 100% das políticas apresentadas ao CES antes de serem pactuadas em CIB-SUS.	ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes. Compromissos: 16.7 - Garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis.	
		SES 7 - Qualificar o relacionamento institucional com atores externos para subsidiar a construção de políticas que garantam o acesso à saúde. Compromissos: Elaborar e implementar plano de relacionamento com principais stakeholders; Instituir fluxos para garantir a qualidade das respostas institucionais e o registro do histórico de relacionamento; Fomentar a aprovação dos instrumentos de gestão do SUS pelo CES; Qualificar o processo de deliberação na CIB-SUS; Implementar programa de aproximação da sociedade civil e atores externos às políticas de saúde.		

Diretriz 5: Propiciar a melhoria contínua da gestão pública, por meio do aprimoramento da governança integrada com os municípios e regiões de saúde, da desburocratização, do financiamento sustentável, transparente e suficiente, bem como da valorização das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, visando a qualidade no cuidado e acolhimento humanizado dos profissionais e agentes sociais do SUS.

Objetivo nº20: Gerir recursos com foco em resultados, respeitando as especificidades regionais, por meio da qualificação das estratégias de financiamento, do fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde, valorizando e qualificando as trabalhadoras e trabalhadores do SUS, com vistas a promover a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e o enfrentamento à precarização.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e em ordenar para as necessidades do SUS, utilizando o referencial pedagógico da educação permanente para a qualificação e valorização das trabalhadoras e trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações do mundo do trabalho na área da saúde.	Programa 59 - Apoio à Gestão do SUS (SES) Ação 2023 - Políticas e ações de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) Viabilizar a manutenção e modernização de serviços e produtos de tecnologia da informação e comunicação (TIC) com qualidade, eficiência e gestão sustentável.	SES 1 - Prover a força de trabalho necessária para o alcance dos resultados. Compromissos: Zerar o déficit de pessoal diagnosticado no Dimensionamento da Força de Trabalho; Otimizar a alocação de pessoas para potencializar a produtividade e os resultados das equipes; Modernizar, simplificar e automatizar processos de trabalho prioritários; Contratar serviços que agilizem fluxos de trabalho.	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.c - Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis	
	Programa 59 - Apoio à Gestão do SUS (SES) Ação 2026 - Satisfação, reconhecimento e educação na Saúde Fomentar a Política de Desenvolvimento e Educação na Saúde (PDES), bem como a promoção de equipes satisfeitas e que se orgulhem de trabalhar na SES/MG no âmbito do Projeto CONECTARH, tendo como premissa a valorização, a humanização e a colaboração na melhoria da saúde integral e no desenvolvimento do corpo profissional para o crescimento dos níveis de satisfação geral visando o alcance dos resultados e para o atendimento constante de aperfeiçoamento do ambiente de trabalho; além de promover a capacitação dos colaboradores.	SES 2 - Formar equipes de alto desempenho que dominem os processos de trabalho e os executem de forma colaborativa. Compromissos: Estimular e facilitar a troca de conhecimento entre os colaboradores; Consolidar uma rede de apoio contínuo; Estruturar manuais e pilulas informativas da SES e dos setores para gestão do conhecimento.		
Garantir o direito constitucional à saúde por meio de financiamento tripartite adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, por meio do enfrentamento do subfinanciamento/desfinanciamento do SUS, respeitando as diferenças regionais, os perfis demográfico, epidemiológico e socioeconômico, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços, com a ampliação da gestão pública e tendo o setor privado com papel exclusivamente complementar nas ações e serviços de saúde, nos termos da Constituição Federal de 1988.	Programa 59 - Apoio à Gestão do SUS (SES) Ação 2027 - Programa Estadual de Municipalização Promover a continuidade do Programa Estadual de Municipalização, com a disponibilização de servidores qualificados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a fim de exercer suas atividades na assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).	SES 3 - Manter equipes satisfeitas e que se orgulhem de trabalhar na SES. Compromissos: Melhorar os índices de satisfação na pesquisa de clima organizacional; Reduzir a taxa de evasão de colaboradores; Realizar eventos de comemoração das entregas e estratégias de reconhecimento das equipes; Criar programação de atividades de integração.		
		SES 4 - Promover a melhoria contínua de práticas de gestão. Compromissos: Implementar o Sistema de Gestão de Qualidade dos Processos Internos; Ter fluxos de trabalho definidos e padronizados; Desenvolver novas propostas de gestão inovadoras e qualificadas; Definir indicadores dos processos de trabalho, com monitoramento unificado por meio de um painel de dados integrado; Conquistar uma certificação de qualidade.		
Garantir os princípios do SUS com mais investimento financeiro para a valorização da força de trabalho, com Plano de Carreiras e Vencimentos, visando a qualidade no cuidado e acolhimento humanizado de profissionais; otimizando a infraestrutura para maior eficiência dos serviços prestados.	Programa 705 - Apoio às Políticas Públicas (SES) Ação 2500 - Assessoramento e Gerenciamento de Políticas Públicas Viabilizar a execução de serviços técnicos-administrativos de gerenciamento e suporte da área meio dos órgãos e entidades, elencando os recursos que não podem ser diretamente distribuídos nas ações finalísticas.	SES 5 - Dispor oportunamente de dados confiáveis para subsidiar a tomada de decisão. Compromissos: Dispor da estrutura necessária para atender a demanda das políticas por dados; Consolidar a disponibilidade de dados qualificados como contrapartida do financiamento das políticas; Desenvolver novas propostas de gestão inovadoras e qualificadas; Ter gestores capazes de ler, trabalhar, analisar e se comunicar com os dados.		
		SES 6 - Gerir recursos com foco em resultados reais, simplificando e qualificando as estratégias de financiamento. Compromissos: Compreender e consolidar o papel do estado no financiamento do SUS; Revisar e acompanhar as cotas de financiamento por níveis de atenção/políticas; Avaliar o impacto das políticas públicas financiadas; Implementar o novo Decreto de Financiamento do SUS, garantindo simplificação do financiamento.		

Objetivo nº21: Fortalecer as estratégias de regionalização, por meio da descentralização, do respeito à autonomia dos municípios e da gestão compartilhada entre os entes, considerando as especificidades regionais e o acesso equânime à saúde.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Aprimorar a gestão do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, considerando as especificidades regionais, as responsabilidades de Municípios, Estados e União e o respeito ao controle social, visando oferecer às pessoas o cuidado integral à Saúde, por meio de uma gestão pública, estatal, de qualidade e com administração direta do estado, de forma a reduzir a judicialização e garantir que os serviços do SUS não sejam terceirizados/privatizados Garantir acesso aos serviços de saúde pública de qualidade, 100% SUS, buscando ampliar as ações descentralizadas e pactuações entre entes, desburocratizando e dando mais autonomia aos municípios na gestão dos seus recursos.	Programa 59 - Apoio à Gestão do SUS (SES) Ação 2024 - Gestão Regional em Saúde Promover o fortalecimento da política de Regionalização da Saúde por meio da manutenção das Unidades Regionais de Saúde, incluindo centrais de regulação, que se constituem nas sedes físicas descentralizadas da SES-MG.	SUS 2 - Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas. Compromissos: Identificar e diagnosticar as redes prioritárias; Estruturar redes prioritárias completas, com grade de referência, fluxos e protocolos atualizado; Criar estratégias para tornar o atendimento ao cidadão o foco das redes prioritárias; Definir e monitorar indicadores de resolubilidade para as redes prioritárias; Monitorar a jornada do paciente em todos os pontos da rede. SUS 3 - Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária universal e um cuidado humanizado. Compromissos: Assegurar à população o acesso geográfico à Atenção Primária; Garantir a resolutividade dos serviços da Atenção Primária nas unidades básicas de saúde; Garantir ao cidadão satisfação no serviço prestado pela Atenção Primária.		

Diretriz 06: Promover políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde, por meio do incentivo à pesquisa, à produção e à educação em saúde, incentivando o desenvolvimento tecnológico do Estado, a saúde digital e a disseminação do conhecimento científico, junto à sociedade civil, aos agentes sociais e às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS.

Objetivo nº22: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e de inovação em saúde, incluindo a educação em saúde, junto à sociedade civil, às gestoras e aos gestores, aos agentes sociais, às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e de inovação em saúde, junto à/o trabalhadora/or, gestão e agentes sociais do SUS, por meio de ações educacionais e pesquisa, tendo a educação permanente como referencial político pedagógico	Programa 0028 - Desenvolvimento de Ações de Educação e Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (ESP) 4049 - Ações Educacionais na Área da Saúde Contribuir para a formulação e implementação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais. Programa 0028 - Desenvolvimento de Ações de Educação e Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (ESP) 4050 - Produção Científica no Campo da Saúde Produzir e difundir conhecimento técnico-científico no âmbito da saúde coletiva, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Programa 0152 - Inovação Científica e Tecnológica (FUNED) 4456 - Pesquisa e Desenvolvimento Gerar produtos tecnológicos inovadores, visando a incorporação de novos produtos e serviços no	SUS 5 - Modernizar e agilizar a assistência por meio da implantação de tecnologias de saúde. Compromissos: Implementar um Laboratório de Inovação na SES; Criar políticas que mobilizem tecnologias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde; Implantar tecnologias que tornem os processos de trabalho assistenciais mais eficientes;	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.b - Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população	

	complexo econômico industrial da saúde e transferências de tecnologias para outras ICTs e empresas privadas, por meio do desenvolvimento de protótipos, da produção de lotes piloto para registro e/ou da realização de ensaios clínicos voltados à saúde pública. Formar recursos humanos altamente qualificados para atuação em setores produtivos e instituições de ciência e tecnologia que sejam capazes de contribuir para o desenvolvimento de produtos, processos e novas técnicas de análise e diagnóstico de base biotecnológica. Programa 0150 – Universalização do Acesso ao Conhecimento Científico e Tecnológico (FUNED) 4455 - Popularização da Ciência Disseminar o conhecimento científico por meio da realização de ações, intervenções ou exposições de ciência e tecnologia. A ação objetiva a aproximação da comunidade científica com o público em geral, além de contribuir para a formação de professores, alunos e agentes de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população e otimização do ensino da ciência e difusão da cultura científico-tecnológica			

Objetivo nº23: Incentivar a produção de insumos, medicamentos e vacinas para fortalecer a soberania e qualificar os serviços prestados pelo SUS, promovendo o atendimento adequado às necessidades de saúde da população.				
10ª Conferência Estadual de Saúde	Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027)	Planejamento Estratégico (PE 2023-2026)	ONU Agenda 2030	Planejamento Regional Integrado (PRI)
Fortalecer e promover a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde), consolidando a soberania e o desenvolvimento da plataforma tecnológica do Estado, bem como tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população, incluindo trabalhadores como protagonistas e a educação permanente como referencial político pedagógico.	Programa 0154 - Desenvolvimento e Produção de Medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (FUNED) 4460 - Produção de Medicamentos Fornecer medicamentos para os componentes básico e estratégico da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde. O componente básico está relacionado aos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica à Saúde, enquanto o componente estratégico está relacionado aos medicamentos sintéticos utilizados para o tratamento de agravos específicos, que possuam perfil endêmico e tenham impacto socioeconômico. Programa 0154 - Desenvolvimento e Produção De Medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (FUNED) 4459 - Produção de Vacina, Soros e Outros Produtos Biológicos Atender ao Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, que é destinado à prevenção de doenças por meio de vacinação, ao tratamento terapêutico de acidentes com animais peçonhentos e outras doenças.	SUS 5 - Modernizar e agilizar a assistência por meio da implantação de tecnologias de saúde. Compromissos: Implementar um Laboratório de Inovação na SES; Criar políticas que mobilizem tecnologias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde; Implantar tecnologias que tornem os processos de trabalho assistenciais mais eficientes;	ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Compromissos: 3.b - Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população	

6. Processo de Monitoramento e Avaliação

O planejamento da Secretaria de Estado de Minas Gerais se materializa com a elaboração do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde.

O Plano Estadual de Saúde é um instrumento quadrienal e expressa as intenções e os resultados, na forma de objetivos, diretrizes e metas, a serem buscados no período de 4 anos. Deve ser a consolidação das políticas e dos compromissos de saúde e a base para o monitoramento, avaliação e gestão do SUS.

Programação Anual de Saúde é um instrumento anual e exprime um conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da melhoria da gestão do SUS. É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano e detalha ações metas e recursos financeiros para o período de um ano.

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 pela gestora ou gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano seguinte 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 à gestora ou 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 a 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 46 - Lógica do processo de monitoramento e avaliação das diretrizes propostas no PES.



Fonte: Elaboração própria.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.

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 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. Brasília. 2012. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LCP&numero=141&ano=2012&ato=48dETS61kMVpWTa69>.

BRASIL. Lei Federal 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm.

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. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria MC nº 678, de 01 de outubro de 2021. Altera a Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011, que define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências, para incluir a possibilidade de cadastramento pelo Representante Legal, na figura do Responsável pela Unidade Familiar. Altera a Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011, que define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências, para incluir a possibilidade de cadastramento pelo Representante Legal, na figura do Responsável pela Unidade Familiar. Brasília. 2011. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=421175>.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <https://cutt.ly/yECVBmB>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica/Ministério da Saúde. Brasília. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 560, de 30 de agosto de 2021. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização,

Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. Brasília. 2021. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/uploads/files/6c61-jessica-neto/Boletins/file%20-%20Copy%2050.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Auditoria do SUS: orientações básicas. Brasília. 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/audsus/sna/publicacoes/auditoria-do-sus-orientacoes-basicas/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília. 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 37, de 22 de março de 2018: Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2037%2C%20DE%2022,o%20inciso%20I%20do%20art.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36469447/do1-2018-08-13-resolucao-n-588-de-12-de-julho-de-2018-36469431.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Brasília. 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_agua_consumo_humano.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Brasília. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.166, de 03 de dezembro de 2019. Habilita estabelecimentos de saúde como Serviço de Referência em Doenças Raras e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC, a ser disponibilizado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC aos Estados e Municípios. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3166_04_12_2019.html#:~:text=Habilita%20estabelecimentos%20de%20sa%C3%BAde%20como,disponibilizado%20por%20meio%20do%20Fundo

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.444, de 21 de dezembro de 2022. Habilita o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), como Serviço de Referência em Doenças Raras. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4444_22_12_2022.html#:~:text=Habilita%20o%20Hospital%20das%20Cl%C3%ADnicas,de%20Refer%C3%A2ncia%20em%20Doen%C3%A7as%20Raras.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.890, de 10 de agosto de 2021. Habilita o Hospital Universitário da UFJF como Serviço de Referência em Doenças Raras e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser disponibilizado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC ao Estado de Minas Gerais e Município de Juiz de Fora. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4444_22_12_2022.html#:~:text=Habilita%20o%20Hospital%20das%20Cl%C3%ADnicas,de%20Refer%C3%A2ncia%20em%20Doen%C3%A7as%20Raras.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 386, de 28 de março de 2023. Habilita Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras. Brasília, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0386_31_03_2023.html#:~:text=Habilita%20Servi%C3%A7o%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Especializada%20em%20Doen%C3%A7as%20Raras.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0221_15_02_2005.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-22-de-fevereiro-de-2022-389846459>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009. Definir Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0090_27_03_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 516, de 21 de junho de 2023. Altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, que tratam das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-516-de-21-de-junho-de-2023-491630109>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto e 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. 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. Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.675/GM/MS, de 07 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.031 GM/MS, de 23 de setembro de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Brasília. 2004. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2031.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.062 GM/MS, de 19 de agosto de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2062_23_08_2021.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.415/GM/MS, de 22 de outubro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3415_24_10_2018.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971/GM/MS, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Brasília. 2013.

.Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 220, de 27 de janeiro de 2022. Habilita, com pendência, leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico Tipo II e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC a Estados e Municípios. Brasília. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0220_04_02_2022.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2246, de 18 de outubro de 2004, que institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, que Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, que institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 288, de 19 de maio de 2008. Define diretrizes para o credenciamento/habilitação das Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia de média e alta complexidade e dos Centros de Referência em Oftalmologia, fluxos assistenciais e mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes e mecanismos necessários para incentivar a articulação assistencial entre os serviços, a partir de regramento específico quanto à habilitação de prestadores. Brasília. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0288_19_05_2008.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, que Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica/Ministério da Saúde. Brasília. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília. 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. Brasília. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes. Brasília. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria MS/SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua). Brasília. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_agua_consumo_humano.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 23, de 17 de agosto de 2017: Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção

à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolu-o-cit-n-23.pdf/view#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20para%20os%20processos,Sa%C3%BAde%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde- PNPIC SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

BRASIL. Portaria MS nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Brasília. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1246/2017. Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas. Sessão de 14/06/2017. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-realiza-auditoria-no-departamento-nacional-de-auditoria-do-sistema-unico-de-saude.htm>.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União. Brasília, 2011. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/normas-de-auditoria-do-tribunal-de-contas-da-uniao-nat.htm>.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Externo da Saúde. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília. 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Brasília. 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3689.html>.

CECCIM R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>.

DA SILVA-LIMA, DAIANE LIMA; FERREIRA, Vicente da Rocha Soares. Os Desafios da Implementação da Política Pública de Saúde no Brasil: Uma Análise sobre a Descentralização e Coordenação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/119/approved/9d740bd0f36aaa312c8d504e28c42163.pdf>.

DAMIANCE, P. R. M. et al. Formação para o sus: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. Trab. educ. Saúde, v. 14, n. 13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CGzJcBGzSHGSGvRMctFRNGD/>.

FHEMIG. Atendimento, © 2020. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento>.

FHEMIG. Planejamento Estratégico, © 2020. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/planejamento-estrategico>.

FONSECA, 2010 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012 - ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUIMARÃES, R. et al. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Ciênc. saúde colet., v. 24, n. 3, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LA FORGIA, G.M, COUTTOLENC, B.F. Hospital Performance in Brazil: The search for excellence. Washington DC: The World Bank. 2008.

LIMA, Luciana Dias de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc. & Saúde Coletiva, 17(7): p. 1903-1914, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS/CONASS. 2ªed. 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

MENDES, T. M. C. et al. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/KPQcPtFGXrLt4vJk76WBXrr/?lang=pt>.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Diretoria de Programação Pactuada Integrada. Nota Técnica nº 13/SES/SUBREG-SCP-DPPI/2023. Orientar sobre a operacionalização do processo de pleito de municípios para a descentralização da gestão de prestadores de média e alta complexidade, de acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021, que aprova as regras gerais a serem observadas pelos municípios que desejarem assumir a gestão dos seus prestadores e Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.497, de 19 de agosto de 2021, que aprova a alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021. Belo Horizonte. 2023. Disponível em: <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/notas-tecnicas-informativas/download-nota-tecnica>.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021. Aprova as regras gerais a serem observadas pelos municípios que desejarem assumir a gestão dos seus prestadores. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203349%20-%20SUBREG_SCP_PPI%20-%20Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Gest%C3%A3o%20de%20Prestadores%20-%20alterada%20AJ%20com%20coment%C3%A1rios%20DPPI%20-%20final%20\(2\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203349%20-%20SUBREG_SCP_PPI%20-%20Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Gest%C3%A3o%20de%20Prestadores%20-%20alterada%20AJ%20com%20coment%C3%A1rios%20DPPI%20-%20final%20(2).pdf).

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.497, de 19 de agosto de 2021. Aprova a alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021, que dispõe sobre as regras gerais a serem observadas pelos municípios que desejarem assumir a gestão dos seus prestadores. Belo Horizonte. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203497%20-%20SUBREG_SCP_DPPI%20-%20Altera%20descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20gest%C3%A3o%20.pdf.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.635, de 19 de novembro de 2021. Aprova repasse de incentivo financeiro para ampliação

da Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203635%20-%20SUBPAS_SRAS_CAC%20-%20Incentivo%20DRC%20Alterado%20-%20Comentada%20AEST.pdf

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022. Aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203941%20-%20SUBREG_DRUE%20-%20Sistema%20Estadual%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20Assistencial%20-%20Res.pdf.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.951 de 19 de outubro de 2022. Aprova a atualização das diretrizes de estruturação e as regras de cofinanciamento para a complementação do valor da internação em Hospitais credenciados como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, no âmbito da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Política Hospitalar Valora Minas, e dá outras providências. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203951%20-%20SUBPAS_SRAS_DAHUE%20-%20Queimados%20Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20Consolidac%C3%A7%C3%A3o%2083o.pdf.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.983, de 26 de outubro de 2022. Aprova as diretrizes de implantação da Política de Transporte Eletivo em Saúde do Estado de Minas Gerais - Transporta SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203983%20-%20SUBREG_SR_DTA%20-%20Diretrizes%20Transporta%20SUS-MG.pdf.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.754, de 22 de março de 2022. Aprova a Rede de Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica, no âmbito de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203754%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20DRC%20final%2025%20de%20fev%2022.pdf

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.014, de 17 de novembro de 2022. Aprova as diretrizes e critérios para adesão ao incentivo financeiro previsto pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.635, de 19 de novembro de 2021. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204014%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20DRC%20Eixo%20II%20-%20Vers%C3%A3o%20p%C3%B3s%20CIB.pdf

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.282, de 25 de julho de 2023. Aprova a atualização das diretrizes para organização do Programa Rede Resposta de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204282%20-%20SUBPAS_SRAS_DAHUE%20-%20Revis%C3%A3o%20do%20Programa%20Rede%20Resposta.pdf.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.331, de 17 de agosto de 2023. Aprova as regras da política continuada de financiamento para ampliação do acesso à diálise peritoneal nos serviços habilitados em Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) com Diálise Peritoneal, referente ao eixo III da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3635, de 19 de novembro de 2021. Belo Horizonte, 2023.

Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204331%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20DRC%20Eixo%20III%20-%20Gabinete%20ok%20-%20alterada%20e%20comentada%20AJ%20-%20revisao%202.pdf

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 8.340, de 21 de setembro de 2022. Estabelece as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB%208340.pdf>.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 8.494, de 07 de dezembro de 2022. Estabelece o credenciamento dos Hospitais que menciona como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, em conformidade com as regras dispostas na Resolução SES/MG nº 8.357, de 17 de outubro de 2022. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208494%20.pdf>.

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, de que tratam as Leis nº 13.317, de 24 de setembro de 1999, nº 15.474, de 28 de janeiro de 2005, nº 17.618, de 7 de julho de 2008, e a Lei Delegada nº 174, de 26 de janeiro de 2007. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/45015/2009/>.

MINAS GERAIS. Decreto nº 46.242, de 15 de maio de 2013. Dispõe sobre o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual e cria o Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/46242/2013/?cons=1>.

MINAS GERAIS. Decreto nº 46.644, de 6 de novembro de 2014. Dispõe sobre o Código de Conduta Ética do Agente Público e da Alta Administração Estadual. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/46644/2014/?cons=1>.

MINAS GERAIS. Decreto nº 47.185, de 13 de maio de 2017. Dispõe sobre o Plano Mineiro de Promoção da Integridade. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/47185/2017/?cons=1>.

MINAS GERAIS. Decreto nº 48.417, de 16 de maio de 2022. Dispõe sobre situações que configuram conflito de interesses envolvendo os agentes públicos ocupantes de cargo ou função, no âmbito da Administração Pública direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48417/2022/>.

MINAS GERAIS. Decreto nº 48.600, de 10 de abril de 2023. Dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2023. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48600/2023/>.

MINAS GERAIS. Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2023. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48661/2023/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto Estadual nº 48.661, de 31 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48661/2023/#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20da,28%20de%20abril%20de%202023>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 1.751, de 3 de junho de 1946. Reorganiza o Departamento Estadual de Saúde. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 1946. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEL/1751/1946/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 47.529, de 12 de novembro de 2018. Regulamenta os capítulos III, IV e VI da Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, no âmbito do Poder Executivo estadual e institui o Fórum Permanente de Ouvidorias do Poder Executivo estadual. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 2018. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DEC/47529/2018/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 47.910, de 7 de abril de 2020. Contém o Estatuto da Fundação Ezequiel Dias. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 2020. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/47910/2020/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 48.023, de 17 de agosto de 2020. Contém o Estatuto da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 2020. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DEC/48023/2020/#:~:text=Cont%C3%A9m%20o%20Estatuto%20da%20Funda%C3%A7%C3%A3o,do%20Estado%20de%20Minas%20Gerais>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48661/2023/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei nº 11.983, de 14 de novembro de 1995. Institui o Fundo Estadual de Saúde – FES – e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 2013. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/11983/1995/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei nº 10.057, de 26 de dezembro de 1989. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais - Fundação HEMOMINAS - e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 1989. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/10057/1989/>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei nº 22.257, de 27 de julho de 2016. Estabelece a estrutura orgânica da administração pública do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 2016. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/22257/2016/?cons=1>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei nº 7.088, de 3 de outubro de 1977. Autoriza o Poder Executivo a unificar as Fundações assistenciais e hospitalares que menciona, sob a denominação de Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Governo do Estado de Minas Gerais. 1977. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/7088/1977/?cons=1>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Secretaria de Desenvolvimento Social. Secretaria de Estado de Saúde. Orientações de medidas de controle do coronavírus (SARS-CoV-2) e

utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por profissionais que atuam nos serviços socioassistenciais no contexto de enfrentamento à Covid19. Recomendação Conjunta SEDESE/ SES nº 1/2020 solução SES-MG nº 8.430, de 09 de novembro de 2022. Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/SUBAS/Recomenda%C3%A7%C3%A3o_Conjunta_SEDESE_-_SES.pdf.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Altera os Arts. 2º, 3º e Anexo I da Resolução SES/MG nº 7.913, de 09 de dezembro de 2021, que define as normas de adesão, execução, acompanhamento e avaliação da concessão de incentivo adicional estadual para os municípios com equipes de atenção primária prisional (eAPP) credenciadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Resolução SES-MG nº 8.430, de 09 de novembro de 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%20CIB%208430.pdf>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Resolução SES-MG nº 8.430, de 09 de novembro de 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1885.pdf.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Define as normas de adesão, execução, acompanhamento e avaliação da concessão de incentivo adicional estadual para os municípios com equipes de atenção primária prisional (eAPP) credenciadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Resolução SES-MG nº 7.913, de 09 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207913%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Regulamento do Sistema de Auditoria Assistencial da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES-MG nº 2.906, de 24 de agosto de 2011. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_2906.pdf.

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. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LDL/174/2007/>.

MINAS GERAIS. Lei nº 24.313, de 28 de abril de 2023. Estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/24313/2023>.

MINAS GERAIS. Lei nº 24.433, de 25 de maio de 2023. Dispõe sobre a Caderneta de Saúde da Mulher. Belo Horizonte, MG. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/24333/2023/>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Ouvidoria Geral do Estado. Resolução Conjunta SES/OGE nº 0215, de 22 de março de 2017. Dispõe sobre a criação e a organização do Sistema Estadual de Ouvidorias SUS de Minas Gerais (Seos/MG) e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2017. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CONJUNTA%20SES-OGE_0215.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB/SUS-MG 4.289, de 25 de julho de 2023. Aprova a revisão da metodologia de financiamento e da sistemática de monitoramento da política continuada Módulo Valor em Saúde/Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, bem como a consolidação das normas gerais, regras e

critérios de elegibilidade desse Módulo. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204289%20-%20SUBPAS_SRAS_DAHUE%20-%20Valora%20Minas%202.0.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB/SUSMG nº 3.785, de 19 de abril de 2022. Aprova as normas gerais para participação, execução, monitoramento e avaliação dos requisitos para delegação da inspeção para verificação das Boas Práticas de Fabricação de produtos para a saúde classe de risco III e IV, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203785%20-%20SUBVS_SVS_DVMC%20-%20Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20Boas%20Pr%C3%A1ticas.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB/SUSMG nº 4.227, de 20 de junho de 2023. Aprova as normas gerais para participação, execução, monitoramento e avaliação dos requisitos para descentralização e/ou delegação da inspeção para verificação das Boas Práticas de Fabricação de gases medicinais e/ou produtos para a saúde classes de risco I, II, III e IV, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204227%20-%20SUBVS_SVS_DVMC%20-%20Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20PPS%20e%20Gases%20Medicinais%20ap%C3%B3s%20contribui%C3%A7%C3%A3o%20AEST%2001.06.23%20-%20final.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.564, de 21 de outubro de 2021. Aprova o Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203564%20-%20SUBPAS_SRAS_CMI%20-%20Plano%20mortalidade%20materna%20e%20infantil%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203564%20-%20SUBPAS_SRAS_CMI%20-%20Plano%20mortalidade%20materna%20e%20infantil%20(1).pdf).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.567, de 21 de outubro de 2021. Aprova a Política Estadual de Saúde Bucal – PESB, denominada SORRIA MINAS, no âmbito do SUS MG. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203567%20-%20SUBPAS_SRAS_SB%20-%20Pol%C3%ADtica%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20Bucal_01set2021.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.791, de 19 de abril de 2022. Aprova a alteração no texto do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.564, de 21 de outubro de 2021, que aprova o Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203791%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Altera%203564%20-%20final%20\(003\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203791%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Altera%203564%20-%20final%20(003).pdf).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2013. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201676%20-%20Institui%20a%20rede%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A1%20sa%C3%BAde%20bucal.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.448, de 15 de fevereiro de 2017. Institui Comissão SES/COSEMS para conduzir os trabalhos de Ajuste/Revisão do PDR-SUS/MG. Belo Horizonte. 2017. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202448%20-%20SUBREG_DEAA%20-%20Del%20Comiss%C3%A3o%20Ajuste%20PDR%202017%20revisada%20AT%20LUD.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.859, de 5 de dezembro de 2018. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em atendimento a Portaria GM/MS nº 3.194/2017. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-MG.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.999, de 18 de setembro de 2019. Aprova o Plano Estadual de Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202999%20-%20SUBPAS_SRAS_CAC%20-%20Plano%20Transplantes%20final%204.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.066, de 04 de dezembro de 2019. Aprova a regulamentação dos Centros Estaduais de Atenção Especializada, os seus processos de supervisão e avaliação e a metodologia de financiamento dos serviços. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203066%20R%20-%203G1%20-%20SUBPAS_SRAS-DAE%20-%20Regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20CEAE%20FINAL%20revis%C3%A3o%20ASLPAN-ASJUR.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.222, de 16 de setembro de 2020. Aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG) e para revisão dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha no estado. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203222%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Parto%20e%20nascimento%20-%20vers%C3%A3o%20final%20CMI%20e%20ASSJUR.doc.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.327, de 18 de fevereiro de 2021. Aprova as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203327%20-%20SUBPAS_SRAS_DSM%20-%20Incentivo%20Hospitalar%20RAPS%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203327%20-%20SUBPAS_SRAS_DSM%20-%20Incentivo%20Hospitalar%20RAPS%20(1).pdf).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021. Aprova as regras gerais a serem observadas pelos municípios que desejarem assumir a gestão dos seus prestadores. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/01_jan-fev-marc/23-03-Del3349-SUBREG_SCP_PPI.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.351, de 17 de março de 2021. Aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para (re)organização da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG). Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203351%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Grade%20de%20Refer%C3%Aancia%20Atendimento%20as%20Vitimas%20de%20Violencia%20Sexual%20final%20CIB%20-%20alterada%20_%20FINAL%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203351%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Grade%20de%20Refer%C3%Aancia%20Atendimento%20as%20Vitimas%20de%20Violencia%20Sexual%20final%20CIB%20-%20alterada%20_%20FINAL%20(1).pdf).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.442, de 15 de julho de 2021. Estabelece as diretrizes para os Componentes Hospitalares da Rede de Saúde Bucal - Deformidade Crânio Facial e bucomaxilofacial/Pacientes com Necessidades Especiais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203442%20-%20SUBPAS_SRAS_

_CSB%20-%20Diretrizes_dos_Componentes_DCF_e_BMF_PNE__atualizada_%202%20-%20final%20(1).pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.497, de 19 de agosto de 2021. Aprova a alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.349, de 17 de março de 2021, que dispõe sobre as regras gerais a serem observadas pelos municípios que desejarem assumir a gestão dos seus prestadores. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203497%20-%20SUBREG_SCP_DPPI%20-%20%20Altera%20descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20gest%C3%A3o%20.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.526, de 22 de setembro de 2021. Aprova a regulamentação do Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203526%20-%20SUBPAS_SRAS_CMI%20-%20Triagem%20Neonatal.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.592, de 05 de novembro de 2021. Aprova a atualização das diretrizes para organização do Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências no âmbito da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203592%20-%20SUBPAS_SRAS%20-%20Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20diretrizes%20Rede%20Resposta_Valora%20Minas.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.620, de 17 de novembro de 2021. Aprova a alteração do Artigo 5º e Anexo II da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.222, de 16 de setembro de 2020, que aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG) e para revisão dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha no estado. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203620%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Altera%20Del%203222_Part%20Nascimento.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.660, de 9 de dezembro de 2021. Atualiza as regras da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG, instituída pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203660%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CS%20-%20Atualiza%20RASB.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022. Aprova a regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual pelos estabelecimentos hospitalares de saúde e institui a grade de referência por Região de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203939%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Grade%20de%20viol%C3%Aancia.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022. Aprova a regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual pelos estabelecimentos hospitalares de saúde e institui a grade de referência por Região de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de

Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203939%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Grade%20de%20viol%C3%Aancia.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022: Aprova a regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=23915-deliberacao-cib-sus-mg-n-3-939-de-21-de-setembro-de-2022?layout=print.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.992, de 9 de novembro de 2022. Aprova as diretrizes, parâmetros, regras de financiamento, monitoramento para estruturação dos serviços especializados ambulatoriais e fomento às linhas de cuidado prioritárias pelo Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203992%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAEA%20-%20Amplia%C3%A7%C3%A3o%20da%20M%C3%A9dia%20Complexidade.2022%20-%20final%20CONFERIR.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.993, de 9 de novembro de 2022. Aprova em caráter excepcional e transitório as regras de execução, os critérios de elegibilidade, acompanhamento, monitoramento para estruturação dos serviços especializados ambulatoriais por linhas de cuidado prioritárias no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203993%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAEA%20-%20Regras%20de%20Transi%C3%A7%C3%A3o.2022%20-%20alter_%20CONFERIR.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.065, de 07 de dezembro de 2022. Aprova a Rede de Atenção em Oftalmologia no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204065%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAEA%20-%20Rede%20Oftalmo.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.180, de 16 de maio de 2023. Aprova a metodologia para definição da grade de referência e organização da rede de atenção em oftalmologia no âmbito do sistema único de saúde do estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204180%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE%20-%20Grade%20de%20Refer%C3%Aancia%20-%20Rede%20de%20Oftalmo_15052023%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204180%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE%20-%20Grade%20de%20Refer%C3%Aancia%20-%20Rede%20de%20Oftalmo_15052023%20(1).pdf).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.284, de 25 de julho de 2023. Aprova o programa de saúde auditiva e ocular dos educandos da rede pública de educação básica de Minas Gerais, política continuada no âmbito do SUS-MG denominada Programa Miguilim, bem como a consolidação das normas gerais, regras e critérios para recebimento de recurso financeiro de ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde na atenção especializada da saúde auditiva e ocular. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204284%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE%20-%20Miguilim.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.846, de 05 de dezembro de 2018. Aprova o Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes - para o Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202846%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20Plano%20Estadual%20de%20oncologia%20-%20CIB%20\(Reparado\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202846%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20Plano%20Estadual%20de%20oncologia%20-%20CIB%20(Reparado).pdf)

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.835, de 27 de maio de 2022. Altera o Anexo I da Deliberação CIBSUS/MG nº 2.846, de 05 de dezembro de 2018, que aprova o Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes - para o Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203835%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20Alter%20Del.%202846_Plano%20Onco%20v3%20-%20alterada%20CAC.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.909, de 20 de março de 2019. Aprova o Protocolo Clínico de Alta Suspeição em Oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202909%20-%20SUBPAS_SRAS_CAC_Protocolo%20Alta%20Suspei%C3%A7%C3%A3o%20para%20CIB.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.277, de 10 de dezembro de 2020. Estabelece as regras para instituição das comissões de oncologia nos municípios que possuem hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), e dá outras providências. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203277%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20Comiss%C3%A3o%20de%20Oncologia_munic%C3%ADpios%20-%2019.11%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203277%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20Comiss%C3%A3o%20de%20Oncologia_munic%C3%ADpios%20-%2019.11%20(1).pdf)

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.524, de 22 de setembro de 2021. Institui os Comitês Gestores Regionais da Oncologia, no âmbito do Estado de Minas Gerais, e aprova seu Regimento Interno. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203524%20-%20SUBPAS_SRAS_CAC%20-%20Comit%C3%AA%20Gestor%20Oncologia.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.330, de 17 de agosto de 2023. Aprova a política continuada de Ampliação à Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204330%20-%20SUBPAS_SRAS_DAE_CAC%20-%20Transplante%20-%2020110823%20-%20alterada%20e%20comentada%20AJ%20-%20revisao%203.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.394, de 18 de outubro de 2023: Aprova a revisão 2023 do Plano Diretor de Regionalização - PDR/SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte. 2023. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg?start=20>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.415, de 18 de outubro de 2023. Aprova a política continuada Política Estadual para Vigilância, Prevenção e Controle das Arboviroses no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204415%20-%20SUBVS_SVE%20-%20Pol%C3%ADtica%20Estadual%20Arboviroses.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação nº 01 da Comissão de ética de 04 de outubro de 2022. Aprova o Regimento Interno da Comissão de Ética da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/07_2022/04-out-nov-dez/03-11-22-REGIMENTO%20INTERNO%20COMISS%C3%83O%20DE%20%C3%89TICA_SES.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 2.579, de 24 de novembro de 2010. Torna Público o Regimento Interno da Comissão Permanente de Integração

Ensino-Serviço do Estado de Minas Gerais / CIES ESTADUAL. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2010. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao_%202579.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 3.941, de 21 setembro de 2022. Aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203941%20-%20SUBREG_DRUE%20-%20Sistema%20Estadual%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20Assistencial%20-%20Res.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 318, de 7 de dezembro de 2006. Aprova o Projeto Estadual de Regulação Assistencial. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2006. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del_318.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 532, de 01 de dezembro de 2000. Aprova o Manual de Procedimentos do Tratamento Fora de Domicílio - TFD. Belo Horizonte, MG. 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 7.223, de 16 de setembro de 2020. Institui a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES_7223.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 7.832, de 5 de novembro de 2021. Altera a Resolução SES/MG nº 7.223, de 16 de setembro de 2020, que institui a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207832.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 7.869, de 19 de novembro de 2021. Institui repasse de incentivo financeiro para ampliação da Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207869-%20CIB.pdf>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 8.455, de 17 de novembro de 2022. Dispõe sobre as diretrizes e critérios para adesão ao incentivo financeiro previsto na Resolução SES/MG nº 7.869, de 19 de novembro de 2021. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208455%20-%20CIB.pdf>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 8.651/2023, de 17 de março de 2023. Dispõe sobre a reconstituição da Comissão de Ética no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao_%202579.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 8.956, de 17 de agosto de 2023. Define as regras de financiamento da política continuada para ampliação do acesso à diálise peritoneal nos serviços habilitados em Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) com Diálise Peritoneal, referente ao eixo III da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3635, de

19 de novembro de 2021. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208956.pdf>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES nº 632 de 29 de março de 2001. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS/MG, a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública - RELSP/MG. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/resolucao-ses-no-632-de-29-de-marco-de-2001/?wpdmdl=16956>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES nº 8.104, de 19 de abril de 2022. Estabelece normas gerais para participação, execução, monitoramento e avaliação dos requisitos para delegação da inspeção para verificação das Boas Práticas de Fabricação de produtos para a saúde classe de risco III e IV, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203785%20-%20SUBVS_SVS_DVMC%20-%20Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20Boas%20Pr%C3%A1ticas.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 6.711, de 17 de abril de 2019. Institui o Programa Mineiro de Monitoramento da Qualidade dos Produtos e Serviços Sujeitos ao Controle Sanitário e aprova os regulamentos técnicos dos programas específicos que o integram. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB%206711.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 6.713, de 17 de abril de 2019. Estabelece a atualização das regras gerais e das regras de concessão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB%206713.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 7.332, de 10 de dezembro de 2020. Atualiza as regras gerais para implantação, execução, acompanhamento, controle e avaliação do Programa UPA 24 horas do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207332.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 7.426, de 25 de fevereiro de 2021. Estabelece as regras do licenciamento sanitário e os prazos para resposta aos requerimentos de liberação de atividade econômica de que trata o Decreto Estadual nº 48.036, de 10 de setembro de 2020, no âmbito da Vigilância Sanitária do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207426.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 7.832, de 05 de novembro de 2021. Altera a Resolução SES/MG nº 7.223, de 16 de setembro de 2020, que institui a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207832.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 7.925, de 10 de dezembro de 2021. Institui o Projeto OtimizaSUS vinculado ao Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências.

Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207925%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.203, de 14 de junho de 2022. Dispõe sobre as estratégias de fomento e critérios para recebimento de incentivos financeiros para ampliação de Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTI-P), vinculadas ao Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208203%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.387, de 19 de outubro de 2022. Estabelece as normas gerais, as metas e os valores do incentivo financeiro do Programa de Descentralização da Vigilância Sanitária, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208387.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.834, de 20 de junho de 2023. Estabelece normas gerais para participação, execução, monitoramento e avaliação dos requisitos para descentralização e/ou delegação da inspeção para verificação das Boas Práticas de Fabricação de gases medicinais e/ou produtos para a saúde classes de risco I, II, III e IV, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208834.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.895, de 25 de julho de 2023. Define as novas regras de financiamento e monitoramento da política continuada Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, aprovadas pela Deliberação CIB/SUSMG nº 4.289, de 25 de julho de 2023. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208895%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.907, de 25 de julho de 2023. Define procedimentos, valores, beneficiários e regras de pagamento referentes ao Opera Mais, Minas Gerais - Módulo de Eletivas da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208907%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.953, de 17 de agosto de 2023. Altera a Resolução SES/MG nº 8.203, de 14 de junho de 2022, que dispõe sobre as estratégias de fomento e critérios para recebimento de incentivos financeiros para ampliação de Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTI-P), vinculadas ao Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208953.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 8.955, de 17 de agosto de 2023. Define as regras de financiamento do Programa de Ampliação à Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais instituído pela Deliberação CIB/SUS-MG nº 4.330, de 17 de agosto de 2023. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208955.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 9.036, de 26 de setembro de 2023. Altera a Resolução SES/MG nº 8.834, de 20 de junho de 2023, que estabelece normas gerais para participação, execução, monitoramento e avaliação dos requisitos para descentralização e/ou delegação da inspeção para verificação das Boas Práticas de Fabricação de gases medicinais e/ou produtos para a saúde classes de risco I, II, III e IV, no âmbito do Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%209036%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES-MG 8.895, de 25 de julho de 2023. Define as novas regras de financiamento e monitoramento da política continuada Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, aprovadas pela Deliberação CIB/SUS- MG nº 4.289, de 25 de julho de 2023. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%208895%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES-MG nº 7.916, de 9 de dezembro de 2021. Estabelece as diretrizes da ampliação e do financiamento do Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais (PTN-MG), em fases, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207916%20-%20CIB.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES-MG nº 1885, de 27 de maio de 2009. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Belo Horizonte. 2009. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=4289.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Boletim Informativo da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 1959.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES nº 637 de 25 de junho de 1993. Cria a Comissão Intergestores Bipartite e dá outras providências. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/188-resolucao-ses-n>. Acesso em 19 out. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Segundo Grau. Acordo judicial para reparação integral relativa ao rompimento das barragens B-I, B-IV e V-IVA / Córrego do Feijão de 04 de fevereiro de 2021. Belo Horizonte, MG. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 2021. Disponível em https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/probrumadinho/ata_acordo_vale_04-02-2021_1.pdf.

MOREIRA, Conceição. Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais. Tese Mestrado. 2020.

NOGUEIRA, Denise Lima; SOUSA, Maria do Socorro; DIAS Maria Socorro de Araújo; PINTO, Vicente de Paulo Teixeira; LINDSAY, Ana Cristina; MACHADO, Márcia Maria Tavares. Educação em Saúde e na Saúde: Conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. Sanare. 2022. Acesso em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1669/842>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Regulamento Sanitário Internacional – Segunda Edição. Suíça, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7179json-file-1>.

Organização Pan-Americana de Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Caderno de Informações. Planejamento da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Editora Rede Unida. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Curso de vida saudável. Washington DC. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/topicos/curso-vida-saudavel>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Oito Princípios Orientadores da Transformação Digital do Setor da Saúde. Um apelo à ação pan-americana. Washington DC. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54669>.

PAULA, C. M. B.; WELSCH, K. C. S.; MELO, J. S. R. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais na Pandemia Covid-19: A Necessidade do Perfil Inovador em Escolas de Governo Focadas em Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/ccdgp2022/526080-a-escola-de-saude-publica-de-minas-gerais-na-pandemia-covid-19--a-necessidade-de-perfil-inovador-em-escolas-de-go/>.

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.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V. 41, N. ESPECIAL 3, P. 99-113. 2017.

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9DHVfVMbDV9WcdVtwPGMwHw/abstract/?lang=pt>.

TCU – Tribunal de Contas da União. Referencial Básico de Governança. Brasília. 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FA/B6/EA/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_2_edicao.PDF.

THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. Declaração de posicionamento do IIA: o papel da auditoria interna no gerenciamento de riscos corporativos. São Paulo: IIA. 2009. Disponível em: <https://iiabrasil.org.br/korbillload/upl/ippf/downloads/declarao-de-pos-ippf-00000001-21052018101250.pdf>.

THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. Novo modelo das Três Linhas do IIA 2020. São Paulo: IIA. 2020. Disponível em: <https://iiabrasil.org.br/korbillload/upl/editorHTML/uploadDireto/20200758glob-th-editorHTML-00000013-20082020141130.pdf>.

UNITED NATIONS. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York. 2023. Disponível em: https://www.unops.org/about/our-story/sustainable-development-goals?gad=1&gclid=CjwKCAjwv-2pBhB-EiwAtsQZFMz9yjAUL0jwyIZCRazKIDdieNFOKVf1aJ2aadWIJ-GKmpv65c0WzxoC2usQAvD_BwE.

ANEXO I – Parecer CES Relatório Anual de Gestão 2022 – CETOF nº22/2023

Anexo I Relatório CES RAG – 2022

PARECER RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DE 2022- CTOF Nº-22/2023

1

À Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais – CES-MG

A Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento, no uso de suas atribuições e competências, emanadas do Regimento Interno, tem como finalidade a análise dos instrumentos de gestão, com o objetivo de assessorar e subsidiar as decisões do Plenário e Mesa Diretora do CES-MG, em seu **Art. 22º**, § 1º que retrata as atribuições da **Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento do SUS, entre outras:**

- Acompanhar, avaliar, fiscalizar, e emitir parecer sobre os Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA e o Relatório Anual de Gestão - RAG;
- Acompanhar e fiscalizar os convênios firmados entre o Sistema Único de Saúde - SUS/MG e outras instituições;
- Acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros no Sistema Único de Saúde - SUS/MG, conforme Plano Estadual de Saúde e Programação Anual de Saúde;
- Analisar e acompanhar a divulgação do Relatório Resumido de Execução Orçamentaria (RREO) e o Sistema de Informação Orçamentário Público de Saúde (SIOPS);
- Analisar e emitir parecer, quando solicitado, aos documentos enviados pela Mesa Diretora do CES-MG a esta Câmara Técnica.

Considerando o exposto acima, em cumprimento à Lei Complementar 141/2012, analisou o **RAG - Relatório Anual de Gestão 2022** e encaminha ao Plenário sua posição sobre o referido relatório.

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Composta pelos seguintes membros e membras:

- Aletéia D'Alcântara Gonçalves Silva, segmento usuária, entidade FADEMG;
- Consuelo Aparecida Gonzaga, segmento usuária entidade FADEMG;
- Erli Rodrigues, segmento usuário, entidade Morhan, Coordenador da Câmara técnica de Orçamento e Financiamento;
- Geraldo Heleno Lopes, segmento Usuário, entidade FAPMG;
- Marília Aparecida Rosário Oliveira Santos, segmento prestadora – gestora, entidade AHFMG.
- Iris de Souza Almeida, segmento Usuário, entidade UEMP;
- João Natividade Medeiros dos Reis, segmento Usuário, entidade CMP;
- Maria de Lourdes dos Santos Reis, segmento Usuário, entidade CMP;

Com contribuições do seguinte conselheiro: Geraldo Adão Santos, segmento Usuário, entidade FAPMG.

Segue análise:

A CTOF após a realização das reuniões nos dias 11/04/2023,12/04/2023,13/04/2023,09/05/2023,10/05/2023,11/05/2023,13/06/2023,14/06/2023,15/06/2023,25/07/2023, 26/07/2023, 22/08/2023 e 23/08/2023.

Encaminhou formalmente para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em processo **SEI: nº 1320.01.0108556/2023-29 (Devolução do RAG 2022)**, com questionamentos sobre as execuções orçamentárias e financeiras, do exercício de 2022.

Detectamos algumas inconformidades de dados entre o que foi apresentado nas reuniões citadas acima e o RAG 2022, e restrição as algumas informações. Ações estas que prejudicaram as análises dos membros da Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento.

Por hora cabe ressaltar que as pessoas técnicas da SES/MG quando confrontados por esta Câmara técnica, tiveram a maior boa vontade em tentar esclarecer nossos questionamentos, porém as respostas apresentadas não contemplaram em sua totalidade os membros da Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento.

3

O primeiro questionamento do ofício de devolução do RAG 2022 segue abaixo:

“1 - Em reunião da CTOF no mês de abril de 2023, foram apresentadas as seguintes planilhas: a “BASE_QDD_FISCAL” que se extraiu o total arrecadado pelo Estado na fonte 10 em 2022; e a “BO 2022 COMPLETO” que se extraíram os valores das despesas empenhadas, liquidadas e pagas de 2022 na fonte 10.

Valores apresentados pela SES em reunião da CTOF de Abril/2023				
Fonte	Fonte Recurso - Descrição	Valor Despesa Empenhada	Valor Despesa Liquidada	Valor Pago Financeiro
10	RECURSOS ORDINARIOS	R\$ 9.446.338.746,61	R\$ 8.824.539.232,53	R\$ 8.493.630.065,97
	TOTAL ARRECADADO FONTE 10 DO ESTADO	R\$ 72.982.696.976,00		
		Percentual sobre o Empenhado	Percentual sobre o Liquidado	Percentual sobre o Pago
		12,94%	12,09%	11,64%

Fonte: Planilhas apresentadas, "BASE_QDD_FISCAL" e "BO 2022 COMPLETO" em anexo.

Na 582ª Reunião Ordinária da CES/MG foram apresentados os seguintes números abaixo como comprovação do mínimo constitucional.

Valores apresentados pela SES em Reunião Ordinária na CES/MG de Maio/2023				
Despesa empenhada	Despesas Liquidada	Despesas paga	Resto a Pagar	Pago no exercício + Resto a pagar
R\$ 9.155.125.730,69	R\$ 8.323.649.911,23	R\$ 7.916.555.064,58	R\$ 1.508.838.405,62	R\$ 9.425.393.470,20

Fonte: PowerPoint apresentada, "3º RDQA 2022" em anexo.

Páginas 40 e 41 do RAG 2022.

Como se pode verificar as apresentações são divergentes, solicita-se esclarecimentos e justificativas. ”

Que foi respondido através do Ofício SES/AE nº. 34/2023 de 26/07/2023 da seguinte forma:

4

“Assunto:

Referência: [Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0108556/2023-29].

Prezados senhores,

Com meus cordiais cumprimentos, e em atendimento ao Ofício SES/CES nº. 129/2023, esclarecemos que quanto ao primeiro questionamento a respeito da divergência de valores apresentados, reforçamos o afirmado na reunião da CTOF do dia 14 de junho de 2023, de que é necessário decotar, da despesa realizada total, aquelas que não estão vinculadas a Ações e Serviços Públicos de Saúde, em consonância com o exposto na Lei Complementar nº 141/2012, seja por não ser serviço de saúde ou por não ser de acesso universal (a exemplo da execução realizada na Unidade Orçamentária do Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM), decote este que foi realizado para a apresentação dos dados oficiais apurados pela Secretaria de Estado da Fazenda (SEF). Os dados corretos foram detalhados pela Diretoria de Planejamento e Orçamento da SES no memorando ([70276684](#)).

Memorando 388 ([70276684](#)):

Cumprimentando-a cordialmente e em resposta
ao Memorando.SES/AE.nº 76/2023 ([69814933](#)), referente ao questionamento realizado

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br
Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

pelo Conselho Estadual de Saúde - CES-MG, por meio do Ofício SES/CES nº. 129/2023 ([69464019](#)), sobre os valores aplicados em ações e serviços públicos de saúde - ASPS, no exercício de 2022, segundo a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, fazemos as seguintes considerações, de acordo com os dados informados no Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO, anexo ([70355405](#)), emitido pela Secretaria de Estado de Fazenda.

a) Total da Receita Arrecadada - Base Saúde = R\$ 75.280.709.186,00

b) Execução Orçamentária e Financeira

Ano 2022	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago
Total Aplicado em ASPS no exercício para cumprimento do % mínimo a ser aplicado, conforme L.C. nº 141/2012.	9.155.125.730,69	8.323.649.901,23	7.916.555.064,58
Valor Aplicado para cumprimento dos §§ 1º e 2º do art. 24, L.C. nº 141/2012 - Restos a Pagar Cancelados.	290.101.724,34	276.007.362,65	251.197.093,00
Valor aplicado, mas não considerado no cálculo do mínimo, por não ser considerado ASPS, conforme L.C. nº 141/2012.	1.106.408,85	1.103.552,85	1.102.340,85
Total	9.446.333.863,88	8.600.760.816,73	8.168.854.498,43

Fonte: RREO/SEF e Armazém de Informações do Siafi.

Com relação a dúvida do segundo item, sugerimos encaminhá-la para a Superintendência de Assistência Farmacêutica, que é a gestora da 4466 - Abastecimento de medicamentos, para esclarecimentos.

Atenciosamente, “

Analisando a resposta acima; A CTOF não se sentiu contemplada com o percentual de pagamento financeiro de 87,63%. Percentual calculado pelo total geral do pagamento apresentado no quadro abaixo de R\$ 7.916.555.064,58, comparado com o mínimo constitucional calculado pelo RAG 2022 de R\$ 9.033.685.103,32.

O valor apurado tem impacto na assistência à saúde ofertada pelo Estado de Minas Gerais no exercício de 2022.

6

RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (b)	% (b/a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS (I)	82.373.660.457,00	85.325.662.457,00	89.485.146.820,21	104,87
Receita Resultante do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	68.094.311.645,00	71.046.313.645,00	73.613.546.064,69	103,61
ICMS	66.448.990.776,00	69.400.991.776,00	71.658.118.983,92	103,25
Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ICMS	805.329.591,00	805.329.591,00	1.066.956.692,18	132,49
Adicional de até 2% do ICMS destinado ao Fundo de Combate à Pobreza (ADCT, art. 82, §1º)	839.991.278,00	839.992.278,00	888.470.388,59	105,77
Receita Resultante do Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação de Bens e Direitos - ITCD	1.273.750.206,00	1.273.750.206,00	1.548.395.131,32	121,56
ITCD	1.235.669.964,00	1.235.669.964,00	1.426.791.680,51	115,47
Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ITCD	38.080.242,00	38.080.242,00	121.603.450,81	319,33
Receita Resultante do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	7.405.879.746,00	7.405.879.746,00	7.733.793.405,11	104,43
IPVA	6.863.065.930,00	6.863.065.930,00	7.143.398.641,60	104,08
Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do IPVA	542.813.816,00	542.813.816,00	590.394.763,51	108,77
Receita Resultante do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza Retido na Fonte - IRRF	5.599.718.860,00	5.599.718.860,00	6.589.412.219,09	117,67
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	6.358.492.313,00	6.358.492.313,00	8.060.995.218,01	126,78
Cota-Parte FPE	5.430.653.315,00	5.430.653.315,00	7.255.576.322,30	133,60
Cota-Parte IPI-Exportação	927.838.998,00	927.838.998,00	805.418.895,71	86,81
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMS-Desoneração - L.C. nº 87/1996	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras	N/A	N/A	N/A	N/A
DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)	20.748.479.714,00	21.470.979.714,00	22.265.432.852,22	103,70
PARCELA DO ICMS REPASSADA AOS MUNICÍPIOS (25%)	16.813.580.092,00	17.536.080.092,00	18.197.181.426,21	103,77
PARCELA DO IPVA REPASSADA AOS MUNICÍPIOS (50%)	3.702.939.873,00	3.702.939.873,00	3.866.896.702,56	104,43
PARCELA DA COTA-PARTE DO IPI-EXPORTAÇÃO REPASSADA AOS MUNICÍPIOS (25%)	231.959.749,00	231.959.749,00	201.354.723,45	86,81
TOTAL DAS RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - (IV) = (I) + (II) - (III)	67.983.673.056,00	70.213.175.056,00	75.280.709.186,00	107,22

Fonte: RAG 2022.

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

APURAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO LIMITE MÍNIMO PARA APLICAÇÃO EM ASPs	DESPESAS EMPENHADAS (d)	DESPESAS LIQUIDADAS (e)	DESPESAS PAGAS (f)
Total das Despesas com ASPs (XIII) = (XII)	9.445.227.455,03	8.599.657.263,88	8.167.752.157,58
(-) Restos a Pagar Não Processados Inscritos Indevidamente no Exercício sem Disponibilidade Financeira (XIV)	0,00	N/A	N/A
(-) Despesas Custeadas com Recursos Vinculados à Parcela do Percentual Mínimo que não foi Aplicada em ASPs em Exercícios Anteriores (XV)	0,00	0,00	0,00
(-) Despesas Custeadas com Disponibilidade de Caixa Vinculada aos Restos a Pagar Cancelados (XVI)	290.101.724,34	276.007.362,65	251.197.093,00
(=) VALOR APLICADO EM ASPs (XVII) = (XIII - XIV - XV - XVI)	9.155.125.730,69	8.323.649.901,23	7.916.555.064,58
Despesa Mínima a ser Aplicada em ASPs (XVIII) = (IV) x 12% (LC 141/2012)			9.033.685.102,32
Despesa Mínima a ser Aplicada em ASPs (XVIII) = (IV) x % (Constituição Estadual)			N/A
Diferença entre o Valor Aplicado e a Despesa Mínima a ser Aplicada (XIX) = (XVII (d ou e) - XVIII)	121.440.628,37	-710.035.201,09	-1.117.130.037,74
Limite não Cumprido (XX) = (XIX) (Quando valor for inferior a zero)	0,00	-710.035.201,09	-1.117.130.037,74
PERCENTUAL DA RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS APLICADO EM ASPs (XVII / IV)*100 (mínimo de 12% conforme LC nº 141/2012 ou % da Constituição Estadual)	12,16	11,05	10,51

Fonte: RAG 2022.

Fundamentando, juridicamente, as atribuições do Conselho Estadual de Saúde.

A CTOF, informa que a **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012, Seção II, Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos:**

Art. 14. O **Fundo de Saúde**, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art.16 §3º As instituições financeiras referidas no **§ 3º do art. 164 da Constituição Federal** **são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes** do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas: I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e II - **as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em “Restos a Pagar” até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício**, consolidadas no Fundo de Saúde. § 1º A **disponibilidade de caixa vinculada aos “Restos a Pagar”**, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e **posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde**. § 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente **aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos “Restos a Pagar”, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo** a ser aplicado no exercício correspondente. § 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. § 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º: I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º.

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde: Art. 31. Os **órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios** **darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade**, com ênfase no que se refere a: I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br
Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Complementar; II - Relatório de Gestão do SUS; III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. Parágrafo único; A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Na análise do mínimo constitucional, um item torna-se de tamanha relevância, a utilização dos “Restos a Pagar” que ficaram e, também, dos anos anteriores, pois os mesmos fazem parte dos 12% que devem ser aplicados na Saúde.

Ofício SES/CES nº 130/2023, de 11 de julho de 2023; perguntando sobre a utilização dos “Restos a Pagar” 2022

Assunto: Utilização dos Restos a Pagar 2022

Referência: [Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0108628/2023-25].

A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais vem por meio deste solicitar esclarecimentos sobre a utilização dos Restos a Pagar 2022, comprovação dos pagamentos já realizados e o cronograma de quitação dos restos a pagar.

Conforme lei complementar n. 141/2012, art. 24, inciso " II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente."

Ofício 130 (69468168) SEI 1320.01.0108628/2023-25 / pg. 1

Na apresentação da SES na reunião ordinária 582ª sobre RAG 2022, foi informado o valor de R\$1.508.838.405,62 de "Restos a Pagar".

Ofício SES/AE nº 42/2023, de 10 de agosto de 2023; encaminhando o memorando 400 (70735000) da Diretoria de Planejamento e Orçamento com as informações solicitadas.

Assunto: Execução de Restos a Pagar - Ano Origem 2022.
Referência: [Processo nº 1320.01.0108628/2023-25].

Prezada Assessora-Chefe,

Com os nossos cordiais cumprimentos e em resposta a demanda, feita por meio do Memorando.SES/AE.nº 75/2023 (69813566), referente à disponibilização de informações, relativas à execução dos Restos a Pagar, ano origem 2022, encaminhamos os valores pagos efetuados até 30 de junho de 2023, conforme tabela abaixo.

Em R\$ 1,00

Descrição	Restos a Pagar 2022					
	Valores Inscritos			Valor Pago (até 30/6/2023)		
	Processado (A)	Não Processado (B)	Total (C=A+B)	Processado (D)	Não Processado (E)	Total (F=D+E)
Valor aplicado, conforme incisos I e II, do art. 24 da L.C. nº 141/2012 - (I)	407.094.837	831.475.829	1.238.570.666	329.167.743	397.630.031	726.797.774,44
Valor aplicado para cumprimento dos §§ 1º e 2º, do art. 24 da L.C. nº 141/2012 - (II)	24.810.270	14.094.362	38.904.631	20.068.868	11.695.137	31.764.005
Total - (III=I+II)	431.905.106	845.570.191	1.277.475.297	349.236.612	409.325.168	758.561.780

Fonte: Armazen de informações do Siafi, SCCC/SEF e RREO/SEF.

Os valores inscritos em Restos a Pagar, no exercício de 2022, foram extraídos do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO, 6º bimestre, elaborado pela Secretaria de Estado de Fazenda - SEF. E somente foram considerados, na tabela, os valores pertencentes às ações e serviços públicos de saúde - ASPS, em conformidade com o art. 24 da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

Atenciosamente,

Paulo Bernardes Falcão
Diretor de Planejamento e Orçamento

Análise:

RAG - Relatório Anual de Gestão - 2022		
Descrição	RECEITAS REALIZADAS	
RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - 2022	R\$ 75.280.709.186,00	
	DESPESAS	%
DESPESAS EMPENHADAS (I)	R\$ 9.155.125.730,69	12,16%
DESPESAS LIQUIDADAS (II)	R\$ 8.323.649.901,23	11,06%
DESPESAS PAGAS (III)	R\$ 7.916.555.064,58	10,52%
Mínimo Constitucional - RAG 2022	R\$ 9.033.685.102,32	12,00%
"Restos a Pagar" 2022 - PAGOS ATÉ 30/06/2023 (IV)	R\$ 726.797.774,44	
	DESPESAS PAGAS (III) + "Restos a Pagar" PAGOS até 30/06/2023 (IV)	%
Desp. Pagas + "Restos a Pagar" Pagos = (III)+(IV)	R\$ 8.643.352.839,02	11,48%

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Verificamos que mesmo utilizando os “Restos a Pagar” pagos até 30/06/2023, o mínimo constitucional não foi atingido, passados seis meses do encerramento do exercício.

O segundo e último questionamento do ofício de devolução do RAG 2022 segue abaixo:

12

“2 - Após análise da ação - **4466 - Abastecimento de medicamentos**, que apresentava no RAG 2022 um resultado anual no valor de R\$ 828.616,00, o que foi contestado em reunião ampliada das câmaras técnicas do CES MG pela palestrante Ana Alice, servidora da SES, que o valor informado está incorreto.

OBJETIVO Nº 1.3 - 6 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de medida	Ano - Linha-Base	Linha-Base	Meta Plano(2020-2023)	Meta 2022	Unidade de medida - Meta	Resultado Anual	% meta alcançada da PAS
1. 16 - Ofertar 12.994.800 tratamentos medicamentosos para a população prioritária 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.	Número de tratamentos medicamentosos ofertados para a linha de cuidado Materno Infantil e Hipertensão e Diabetes	Número	2019	0	12.994.800	3.080.000	Número	828.616,00	26,90

Fonte: RAG 2022 - 4466 - Abastecimento de medicamentos

Fonte: RAG 2022

Solicita-se a correção dos valores no DigiSus. ”

Que foi respondido da seguinte forma:

“Assunto:

Referência: [Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0108556/2023-29].

Prezados senhores,

Com meus cordiais cumprimentos, e em atendimento ao Ofício SES/CES nº. 129/2023, esclarecemos que quanto ao primeiro questionamento a respeito

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

da divergência de valores apresentados, reforçamos o afirmado na reunião da CTOF do dia 14 de junho de 2023, de que é necessário decotar, da despesa realizada total, aquelas que não estão vinculadas a Ações e Serviços Públicos de Saúde, em consonância com o exposto na Lei Complementar nº 141/2012, seja por não ser serviço de saúde ou por não ser de acesso universal (a exemplo da execução realizada na Unidade Orçamentária do Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM), decote este que foi realizado para a apresentação dos dados oficiais apurados pela Secretaria de Estado da Fazenda (SEF). Os dados corretos foram detalhados pela Diretoria de Planejamento e Orçamento da SES no memorando ([70276684](#)). Com relação ao segundo item, informo que os valores das metas 16 e 19 lançados pela SES no RAG 2022, já foram corrigidos no sistema DigiSUS, como foi apresentado e justificado na reunião ampliada das câmaras técnicas do CES MG, conforme imagens abaixo extraídas do sistema:

13

Imagem 1 - Meta 16 do RAG 2022.

OBJETIVO Nº 1.3 - 6 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde									
Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de medida	Ano - Linha-Base	Linha-Base	Meta Plano(2020-2023)	Meta 2022	Unidade de medida - Meta	Resultado Anual	% meta alcançada da PAS
1. 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. 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.	Número de tratamentos medicamentosos ofertados para a linha de cuidado Materno Infantil e Hipertensão e Diabetes	Número	2019	0	12.994.800	3.080.000	Número	2.463.893	80,00
Ação Nº 1 - 4466 - Abastecimento de medicamentos									

Imagem 2 - Meta 19 do RAG 2022.

Ação Nº 1 - 4467 - Estruturação da Assistência Farmacêutica

4.19 - Fomentar o registro das dispensações no Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica (SIGAF) fortalecendo a base de dados para tomada de decisão	Nº de dispensações registradas no SIGAF por mês	Número	2019	15.840.000	80.860.784	18.291.000	Número	26.985.936	147,54

Imagem 3 - Análises e considerações do item 7 (Programação Anual de Saúde) do RAG 2022.

Análises e Considerações *

As justificativas referentes às metas que não foram cumpridas foram anexadas no item 11 - Análises e Considerações Gerais.

Conforme solicitação do CES/MG e esclarecimento da área técnica, as metas 16 e 19 foram alteradas com a apuração correta para o ano de 2022, visto que anteriormente o valor informado no campo de apuração do indicador se referia somente à apuração do 3º RDQA 2022.

Atenciosamente, “

Consideramos o erro corrigido. Alertamos quanto ao cuidado em informar corretamente os indicadores pois o erro dificulta a análise do controle social.

Avaliação de ações com percentual de desempenho baixo:**Ofício enviado solicitando esclarecimentos e sugerindo mudança.**

15

“Assunto: **Encaminhamento diversos**

Referência: [Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0108643/2023-08].

A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais vem por meio deste solicitar esclarecimentos, informações e sugestões sobre as ações em saúde; de acordo com art. 24 e seus incisos da Lei Federal nº 141/2012.

Na ação **4453 - IMPLANTACAO DA POLITICA DE ATENCAO HOSPITALAR - HOSPITAIS PLATAFORMA**, solicitamos a possibilidade de incluir a palavra Implementação na ação acima, que ficaria da seguinte forma: 4454 – IMPLANTACAO/IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE ATENCAO HOSPITALAR - HOSPITAIS PLATAFORMA.

Na ação **4454 - MODULO DE ELETIVAS DA POLITICA HOSPITALAR - VALORA MINAS - OPERA MAIS MINAS GERAIS**, solicitamos informar a quantidade de cirurgias realizadas por microrregião, uma análise do programa e valor repassado a cada município.

Solicitamos a informação quantitativa e qualitativa sobre o plano de enfrentamento de mortalidade materno infantil e a implantação de unidades de cuidados intermediários – UCI do estado de Minas Gerais.

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br
Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Solicitamos informações sobre perda de recursos financeiros do Hospital Maternidade de Betim, conforme informação repassada pela servidora Leticia em reunião da CTOF em 14/06/2023. “

Resposta enviada pela SES:

16

“Assunto: **Respostas à solicitação de esclarecimentos**

Referência: [Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0108643/2023-08].

Prezados,

Cumprimentando-os cordialmente, seguem as respostas aos questionamentos constantes no Ofício SES/CES nº. 131/2023 ([69469633](#)):

Questionamento: “Na ação **4453 - IMPLANTACAO DA POLITICA DE ATENCAO HOSPITALAR - HOSPITAIS PLATAFORMA**, solicitamos a possibilidade de incluir a palavra *Implementação* na ação acima, que ficaria da seguinte forma: **4454 – IMPLANTACAO/IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE ATENCAO HOSPITALAR - HOSPITAIS PLATAFORMA**.”

Destaca-se que a Ação 4453 - Implantação da Política de Atenção Hospitalar – Hospitais Plataforma será incorporada, na elaboração do PPAG 2024-2027, a uma nova ação de política hospitalar. Nesse contexto, acredita-se que não seja o momento oportuno para efetuar a alteração de nome, mas a sugestão será analisada na elaboração do novo instrumento.

Questionamento: “Na ação **4454 - MODULO DE ELETIVAS DA POLITICA HOSPITALAR - VALORA MINAS - OPERA MAIS MINAS GERAIS**,

solicitamos informar a quantidade de cirurgias realizadas por microrregião, uma análise do programa e valor repassado a cada município. ”

A Ação 4454 - Implantação da Política de Atenção Hospitalar - Novos Prestadores, Novos Vínculos se refere à política de cirurgias eletivas do estado de Minas Gerais nomeada "Opera Mais, Minas Gerais". Para a política, foram selecionados 880 procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade, a fim de qualificar o financiamento, ampliar o acesso e aumentar a produção de procedimentos cirúrgicos eletivos hospitalares.

A política foi implementada durante o ano de 2022 e consiste no apoio aos municípios e prestadores SUS sob gestão estadual na execução dos procedimentos cirúrgicos eletivos hospitalares de média e alta complexidade. Destacam-se os resultados positivos no crescimento da produção: aumento de 20% no número de procedimentos realizados em 2022 em relação a 2019.

Alguns resultados esperados para o ano de 2023 são a ampliação da produção de cirurgias eletivas do elenco de procedimentos selecionados, vinculados à Política Opera Mais, Minas Gerais, bem como revisão do regimento atual, para eventuais ajustes necessários. A meta para 2023 é a realização de 163.243 cirurgias, totalizando em um gasto de R\$ 187.900.000,00.

As informações solicitadas sobre a quantidade de cirurgias realizadas por microrregião e o valor repassado a cada município, no âmbito da política Opera Mias Minas Gerias, encontram-se em arquivo no Anexo 1 deste processo ([70317063](#)).

Essa ação teve um desdobramento da análise com outros questionamentos que se seguem após essa resposta de ofício.

Questionamento: *“Solicitamos a informação quantitativa e qualitativa sobre o plano de enfrentamento de mortalidade materno infantil e a implantação de unidades de cuidados intermediários – UCI do estado de Minas Gerais. ”*

Acerca do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil, as entregas do projeto, até o momento, foram:

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br
Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

1. Publicação de Deliberações com: i) ampliação do número de leitos de cuidados neonatais - terapia intensiva e cuidados intermediários convencional e canguru; ii) ampliação do número de postos de coleta e bancos de leite humano; e iii) regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual;

2. Realização de webinários e cursos de capacitação em: i) atenção integral às vítimas de violência sexual; ii) combate a barreiras sociais na saúde da mulher; iii) investigação e análise de óbitos maternos e infantis, incluindo curso específico de óbitos por COVID e óbitos na população indígena; iv) pré-natal na Atenção Primária à Saúde; v) impacto do planejamento reprodutivo para a assistência à saúde; e vi) formação continuada para Comitês de Mortalidade.

3. Implantação do projeto “Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia”, em parceria com a Organização PanAmericana de Saúde e o Ministério da Saúde, em instituição hospitalar da macrorregião central;

4. Publicação do Relatório com os principais dados nos anos de 2020 e 2021 sobre: i) óbitos de mulheres durante a gestação, parto e puerpério; e ii) óbitos de crianças com menos de um ano e óbitos fetais;

5. Construção de painéis temáticos que permitem acesso público a dados epidemiológicos da mortalidade materna e infantil no estado;

6. Realização de oficina piloto da URS Belo Horizonte sobre “Redução de cesárias desnecessárias: a importância de mobilizar e informar as mulheres”.

Ainda no âmbito do projeto, as próximas entregas previstas são:

1. Realização de cursos de capacitação em: i) oferta de métodos contraceptivos seguros e eficazes; ii) parto e nascimento seguros;

2. Publicação da linha de cuidado materno infantil;

3. Expansão da “Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia” para 27 instituições, contemplando duas instituições em cada macrorregião de saúde;

4. Elaboração de protocolo de atenção integral às vítimas de violência sexual.

Em atenção à solicitação de informações sobre a ampliação de leitos neonatais, a Coordenação Materno Infantil (CMI) informa que a política atual fomenta a ampliação de leitos de UTIN dos componentes UCINCo e UCINCa com recursos de capital e custeio, os quais se encontram alinhados com os objetivos da Política Hospitalar Valora Minas e são acompanhados pelas seguintes deliberações: CIB-SUS/MG Nº 3.854/2022, 3.911/2022, 4.030/2022, 4.031/2022, 4.162/2023, 4.224/2023.

No que se refere à ampliação dos leitos, foram recebidos pleitos referentes a 18 UTIN (*Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*), 121 UCINCo (*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - Convencional*) e 57 UCINCa (*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - Canguru*). Dentre esses pleitos, foram contemplados com recurso de capital para compra de equipamentos 10 UTIN, 26 UCINCo e 11 UCINCa. Os demais pleitos ainda estão em processo de análise técnica de documentações e poderão compor a ampliação com mais 8 UTIN, 95 UCINCo, 46 UCINCa. Já no que se refere às deliberações de custeio de leitos, a rede existente se encontra com cofinanciamento (recurso de custeio) de 248 leitos de UCINCo e 99 leitos de UCINCa.

Questionamento: *“Solicitamos informações sobre perda de recursos financeiros do Hospital Maternidade de Betim, conforme informação repassada pela servidora Leticia em reunião da CTOF em 14/06/2023.”*

A Maternidade P. Municipal Hayde Espejo Conroy, do Município de Betim, foi fechada. Todos os serviços foram transferidos para o Hospital Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco, que incorporou os recursos

anteriormente destinados à Maternidade de Betim, nos termos do Art. 1º da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 4.124/2023. Cabe destacar que tais recursos são transferidos para o Fundo Municipal de Saúde de Betim, não havendo nenhuma perda de recurso para o município. “



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Na ação 4441 – Atendimento às Medidas Judiciais

Ação Nº 1 - 4441 - Atendimento às Medidas Judiciais									
3. 101. Reduzir o número de pacientes atendidos por ordens judiciais	Número de pacientes atendidos por ordens judiciais	Número	2019	0	17.000	10.000	Número	17.440	96,89

Fonte: RAG 2022

Verifica-se que a meta foi atingida, reduzindo o número de pacientes atendidos por ordens judiciais para 17.440, mas preocupa o valor gasto muito acima da meta. Meta financeira para 2022 era de R\$ 380.693.453,00, no entanto o gasto foi R\$ 519.390.472,54.

Pergunta-se a meta foi atingida em número de pacientes, mas quantos pacientes deixaram de ser atendidos?

Porque BH extrapolou em 631,69% sobre a meta do primeiro quadrimestre? Fonte 1º RDQA 2023

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

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 NUS	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

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

 Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

 Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Resultado da ação acima no RAG 2022.

DIRETRIZ Nº 4 - 4: Recuperar o poder de gestão da Saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito

OBJETIVO Nº 4.1 - 11 - Reduzir o impacto financeiro da judicialização em saúde.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de medida	Ano - Linha-Base	Linha-Base	Meta Plano(2020-2023)	Meta 2022	Unidade de medida - Meta	Resultado Anual	% meta alcançada da PAS
1. 99. Estabelecer parcerias junto ao judiciário, ministério público e defensorias públicas para discussão destas demandas.	Número de parcerias estabelecidas pelo NJS	Número	2019	1	1	1	Número	1,00	100,00
Ação Nº 1 - 2080 - Desjudicializa SUS									
2. 100. Reduzir a despesa orçamentária anual do setor de judicialização em saúde.	Despesa orçamentária anual do setor de judicialização	Moeda	2019		350.693.453,00	380693453,00	Moeda	519.390.472,54	136,43
Ação Nº 1 - 4441 - Atendimento às Medidas Judiciais									
3. 101. Reduzir o número de pacientes atendidos por ordens judiciais	Número de pacientes atendidos por ordens judiciais	Número	2019	0	17.000	18.000	Número	17.440,00	96,89
Ação Nº 1 - 4441 - Atendimento às Medidas Judiciais									

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Dentro da Política Estadual de Atenção Hospitalar, a ação nº **1085 - IMPLANTAÇÃO DOS HOSPITAIS REGIONAIS – REPARAÇÃO** tivemos um baixo índice de execução, conforme quadro abaixo, com a seguinte justificativa em seguinte.

Ação do Programa POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DOS HOSPITAIS REGIONAIS - REPARAÇÃO - Ano Base 2022

Dados Gerais da Ação		Análise da Execução e Situação da Ação						
Tipo de Meta	Meta Programada - Crédito Inicial (A)	Meta Reprogramada - Crédito Autorizado (B)	Programado Janeiro a Dezembro (C)	Realizado Janeiro a Dezembro (D)	D/A(%)	D/B(%)	D/C(%)	Farol (D/C)
Físico	1	0	1	0	0,00	0,00	0,00	😊
Orçamentário	344.888.519,00	20.099.226,81	344.888.519,00	6.476.660,88	1,88	32,22	1,88	😞

Fonte: RAG 2022.

Justificativa dessa ação no Portal da Transparência

“RESSALTA-SE QUE A EXECUÇÃO ABAIXO DO PLANEJADO SE DEVE AOS ATRASOS PARA RETOMADA DAS OBRAS. EM SÍNTESE, O DER-MG É O ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA ORÇAMENTAÇÃO DOS ITENS DE OBRAS DE TODOS OS HOSPITAIS REGIONAIS E PELA PUBLICAÇÃO DOS EDITAIS QUE CONTRATARÃO AS EMPRESAS QUE FARÃO A RETOMADA E A CONCLUSÃO DAS OBRAS. NO ENTANTO, O CRONOGRAMA APRESENTADO INICIALMENTE PELO DER-MG SOFREU DIVERSAS ALTERAÇÕES DE PRAZO, O QUE PREJUDICOU A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PROJETO. “

Finalidade dessa ação no Portal da Transparência:

IMPLANTAR HOSPITAIS PÚBLICOS REGIONAIS A FIM DE SUPRIR LACUNAS ASSISTENCIAIS EM DIFERENTES REGIÕES DO ESTADO, PRESTANDO PAPEL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA PARA A POPULAÇÃO.

A ação **4458 - IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL** repetiu-se o baixo índice de execução abaixo, com a seguinte justificativa em seguida.

Ação do Programa POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL - Ano Base 2022

X

Dados Gerais da Ação		Análise da Execução e Situação da Ação						
Tipo de Meta	Meta Programada - Crédito Inicial (A)	Meta Reprogramada - Crédito Autorizado (B)	Programado Janeiro a Dezembro (C)	Realizado Janeiro a Dezembro (D)	D/A(%)	D/B(%)	D/C(%)	Farol (D/C)
Físico	1	1	1	0	0,00	0,00	0,00	☹️
Orçamentário	82.235.836,00	8.554.336,85	82.235.836,00	973.503,04	1,18	11,38	1,18	☹️

Fonte: RAG 2022.

Justificativa dessa ação no Portal da Transparência:

“RESSALTA-SE QUE A EXECUÇÃO ABAIXO DO PLANEJADO SE DEVE AOS ATRASOS PARA RETOMADA DA OBRA. EM SÍNTESE, O DER-MG É O ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA ORÇAMENTAÇÃO DOS ITENS DE OBRA DO HOSPITAL REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES E PELA PUBLICAÇÃO DO EDITAL QUE CONTRATARÁ A EMPRESA QUE FARÁ A RETOMADA E A CONCLUSÃO DA OBRA. NO ENTANTO, O CRONOGRAMA APRESENTADO INICIALMENTE PELO DER-MG SOFREU DIVERSAS ALTERAÇÕES DE PRAZO, O QUE PREJUDICOU A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PROJETO. “

Finalidade dessa ação no Portal da Transparência:

IMPLANTAR HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL A FIM DE SUPRIR LACUNAS ASSISTENCIAIS EM DIFERENTES REGIÕES DO ESTADO, PRESTANDO PAPEL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA PARA A POPULAÇÃO.

PARECER RAG 2022

A Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento, amparada na lei 8.142/90, na Resolução 453/2012, na Lei complementar 141/2012 e Regimento interno desse Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, em várias reuniões presenciais entre pessoas conselheiras e gestão / prestadores.

Resolve:

Parecer: Mínimo Constitucional e “Restos a Pagar”.

Considerando o artigo 24 da Lei 141/2012, a CTOF não se sentiu contemplada com as justificativas acima e que não foram apresentados pela SES a disponibilidade de caixa no final do exercício para pagar os “Restos a Pagar” 2022 totalizando o valor de R\$ 1.238.570.666,00 (Hum bilhão, duzentos e trinta e oito milhões, quinhentos e setenta mil seiscentos e sessenta e seis reais), conforme estabelecido na lei em epigrafe e que impacta diretamente no mínimo constitucional. Os “Restos a Pagar” pagos até 30/06/2023 informados de R\$ 726.797.774,44 (Setecentos e vinte e seis milhões, setecentos e noventa e sete mil, setecentos e setenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos) evidencia a não utilização do mínimo constitucional no exercício e prejudica as políticas públicas em saúde planejadas para execução em 2022 em continuidade para 2023.

No quadro acima (*Pág.4*), os “Restos a Pagar” de exercícios anteriores cancelados não podem ser considerados para cumprimento do mínimo constitucional, já que os mesmos são oriundos de exercícios anteriores. Portanto essa câmara técnica considera para análise o total pago de R\$ 7.916.555.064,58 acrescidos dos “Restos a Pagar” pagos até 30/06/2023 informado no parágrafo acima. Totalizando o valor pago para o exercício de 2022 de R\$ 8.643.352.839,02 (Oito bilhões, seiscentos e quarenta e três milhões trezentos e cinquenta e dois mil oitocentos e trinta e nove reais e dois centavos) o que ainda não cumpre o mínimo constitucional pois alcança somente o percentual 11,48%.

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br
Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Recomendamos que seja colocado o saldo correspondente aos “Restos a Pagar” do exercício sejam depositados no Fundo Estadual de Saúde para comprovação de disponibilidade no caixa, conforme lei complementar 141/2012, art. 24.

Recomendamos que no eventual cancelamento dos “Restos a Pagar” 2022 ou de anos anteriores, sejam apresentados ao Conselho Estadual de Saúde para quais ações foram ou serão alocados e sua dotação orçamentária específica, conforme lei complementar 141/2012, art. 24. Lembramos que a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde., conforme Art. 31, Parágrafo Único da Lei 141/2012.

Parecer: Ações com baixo índice de desempenho.

Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil, referente ao exercício de 2022 – A guisa de todas as explicações feitas fica registrado que essa política não atingiu as metas assistenciais propostas. Recomendamos criar programas nos moldes do “Mães de Minas” e “Viva a Vida”, aproveitando, principalmente, as partes que lograram êxito (*Proposta da 10ª Conferência Estadual de Saúde*).

A Câmara Técnica de Controle Avaliação e Atenção à Saúde solicita a separação da política de violência sexual do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil.

Mortalidade Materno Infantil, justificativa foi compreendida, mas não concordamos pois não houve o acompanhamento do Estado/SES nas ações dos municípios. Entendendo que o Estado é o financiador e responsável pela aplicabilidade desses recursos; entende-se que o mesmo tenha o dever de zelar pela saúde da população. Portanto o CES/MG não aceita que tenhamos tamanho

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

retrocesso na política de proteção à saúde da Mulher e da Criança no Estado de MG.

Recomendamos que a cada política executada com a liberação de recursos do Estado de MG para os municípios deverá ser exigido cumprimento das metas e indicadores pactuados por ambos entes federativos. Para tanto, chamamos a atenção das áreas técnicas pertinentes no acompanhamento em tempo hábil para evitar-se prejuízo assistencial a saúde com vista à redução da mortalidade materno infantil.

Recomendamos para a ação **4454 - MODULO DE ELETIVAS DA POLITICA HOSPITALAR - VALORA MINAS - OPERA MAIS MINAS GERAIS**, os seguintes itens:

1. Valor em Saúde

- a. Propor a inclusão de representantes do controle social (segmento de pessoa usuária) como membro efetivo nas Comissões Hospitalares de Avaliação;
- b. Propor o monitoramento quadrimestral das metas e indicadores assistências de todos os três os componentes que fazem parte atualmente da Política Valora Minas pelas Comissões de Controle e Avaliação das Macrorregiões e dos Municípios Plenos, com inclusão do controle social (segmento de pessoa usuária);
- c. Propor a criação de um mecanismo que seja possível dar transparência a pessoa usuária a sua posição nas filas de procedimentos e cirurgias – exemplo: MG App Cidadão (incluir dentro da aba de saúde a opção para essa consulta);
- d. Propor o incentivo ao diálogo entre a atenção primária e atenção hospitalar no âmbito do Programa Parto e Nascimento/CPN do componente de custeio das redes;

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br
Site: www.ces.saude.mg.gov.br/ Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

- e. Propor a inclusão na lista de procedimentos incentivados no componente estratégico os tratamentos de reprodução assistida e anemia falciforme.

2. Opera Mais

- a. Propor a criação de um mecanismo que seja possível dar transparência a pessoa usuária a sua posição nas filas de procedimentos e cirurgias eletivas – exemplo: MG App Cidadão (incluir dentro da aba de saúde a opção para consulta);
- b. Propor o estabelecimento de um fluxo que incentive os municípios a atualizarem a lista de espera de cirurgias eletivas;
- c. Propor avaliação e inclusão de procedimentos em diálogo com o CES/MG, de modo que possa abranger as necessidades sociais que causam impacto na saúde – exemplo: mamoplastia em homens trans e implante de silicone em mulheres trans e travestis;

Recomendamos, na ação **4441 - Atendimento às medidas judiciais**, que seja incluída como meta a realização de diagnóstico de todas as demandas judiciais com vistas a subsidiar a elaboração de política pública para diminuir o número de ações judiciais, reduzindo o quantitativo e o financeiro aplicado nessa ação.

Considerando a escassez de leitos no Brasil e, principalmente, no Estado de Minas Gerais, os vazios assistenciais na saúde no tocante das cirurgias eletivas, e as de urgência e emergência, recomendamos agilidade na execução das obras de construção dos Hospitais Regionais dentro das ações **1085 - IMPLANTAÇÃO DOS HOSPITAIS REGIONAIS – REPARAÇÃO e 4458 -**

IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL, uma vez que o atraso impacta direto na qualidade de vida das pessoas.

Ouvidoria, parte da ação **4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde – indicador 132 do RAG 2022** (*Vide quadro abaixo*), considerando que a ouvidoria é um instrumento de controle social importantíssimo na defesa dos direitos constitucionais proporcionando um canal de comunicação da população com o governante no sentido de auferir com qualidade a prestação dos serviços públicos. O Estado/SES tendo cumprido somente uma unidade dos indicadores programados de implementação das unidades de ouvidoria em 2022; recomendamos que o planejamento seja totalmente revisado no sentido de se cumprir as metas projetadas, para que não se repita o descaso com o controle social.

Que a SES em parceria com o COSEMS requeira das secretarias municipais de saúde os motivos da falta de adesão à implantação das ouvidorias do SUS, tendo em vista que é uma política de melhoria da qualidade da gestão do SUS, integrante do Sistema Único de Saúde, produzindo um diagnóstico para implantação de estratégias que fomentem a implantação e o efetivo funcionamento dessas ouvidorias.

Que a SES apresente ao Conselho Estadual de Saúde o cronograma de implantação das ouvidorias planejadas nessa ação **4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde – indicador 132 do RAG 2022** (*Vide quadro abaixo*), a curto, médio e longo prazo.

Que a SES crie incentivo financeiro estadual para manutenção do funcionamento das ouvidorias implantadas/implementadas.

Que a SES/Ouvidoria Geral do Estado, com participação do controle social através do Conselho Estadual de Saúde, realize o Seminário Estadual de Ouvidorias do SUS, com vistas a aumentar a adesão e credenciamento de

ouvidorias em todo o Estado de Minas Gerais, como medida corretiva a falta de cumprimento de metas no exercício de 2022.

Recomendamos ainda que todas as ouvidorias implementadas/implantadas passem obrigatoriamente pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e que seja a pessoa ouvidora aprovada nessa instância.

Ação Nº 1 - 4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde									
4. 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. Foco em municípios com mais de 20 mil habitantes	Número de novos municípios com adesão ao SEOS	Número	2019	81	20	20	Número	1,00	5,00

Fonte: RAG 2022.

Recomendamos para o alcance de meta da ação **4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde – indicador 130 do RAG 2022** (*Vide quadro abaixo*), seja estabelecido financiamento para o projeto o “Conselho Perto de Você” lançado pelo CES/MG com o objetivo de implantar fóruns regionais de controle social constando nessa ação a execução periódica desse projeto.

Recomendamos que no tocante a cursos e seminários, que este sejam também realizados de forma presencial a fim de garantir uma maior participação de pessoas conselheiras e lideranças de movimento sociais tendo em vista as dificuldades de acesso à internet e equipamentos compatíveis que possibilitem ações virtuais, ainda recomendamos que sejam realizados seminários temáticos de acordo com as redes de atenção à saúde.

Ação Nº 1 - 4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde									
2. 130 - 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	Número de colegiados regionais de Conselhos Municipais de Saúde implantados	Número	2019	0	14	14	Número	0	0

Fonte: RAG 2022.

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

A ação **4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde – indicador 113 do RAG 2022** (*Vide quadro abaixo*). As justificativas no Portal de Transparência não são pertinentes em relação a esse indicador.

Ação Nº 1 - 4455 - Promoção e fortalecimento da participação e do controle social na área da Saúde									
2. 113. Aumentar para 20 o número de novos núcleos de mobilização social em saúde identificados e sob supervisão	Número de núcleos de mobilização social identificados nos municípios e em supervisão	Número	2019	0	20	20	Número	11,00	55,00

Fonte: RAG 2022.

Após análise conclusiva do RAG 2022, a Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento - CTOF resolve apontar para o Plenário desse Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e recomendar a **APROVAÇÃO** com as ressalvas aqui apontadas e solicitando a devida atenção da SES MG; para que seja melhor planejado as ações e seus cumprimentos orçamentários com o intuito de proporcionar e qualificar a assistência à saúde da população de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 22 de agosto 2023

Erli Rodrigues da Silva

Conselheiro titular, segmento usuário

Representante do MORHAN MG

Coordenador da Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento

ANEXO II – Relatório X Conferência Estadual de Saúde de Minas

Anexo II Relatório 10ª Conferência Estadual

10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – CONSELHEIRO
PAULO ROBERTO VENÂNCIO DE CARVALHO

DIRETRIZES PARA O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES) 2024-2027

EIXO I: O Brasil que temos. O Brasil que queremos!

1 - Fortalecer a assistência farmacêutica pública, de qualidade e acessível, com garantia de insumos e medicamentos em todos os níveis de atenção à saúde, distribuídos de forma tempestiva, desburocratizada e regionalizada.

2 - Implementar políticas de saúde enquanto direito humano que garantam acesso e atendimento com equidade e sem discriminação, em especial às populações mais vulnerabilizadas, assegurando assim a consolidação desse princípio do SUS.

3 - Garantir acesso aos serviços de saúde pública de qualidade, 100% SUS, buscando ampliar as ações descentralizadas e pactuações entre entes, desburocratizando e dando mais autonomia aos municípios na gestão dos seus recursos.

4 - Ampliar a integração intersetorial do SUS com as outras políticas públicas que se articulam com a saúde (Trabalho, Educação, Meio Ambiente, Mobilidade Urbana, Saneamento Básico, Assistência Social, Cultura etc) visando aumentar parcerias, a fim de promover o fortalecimento do SUS e o avanço na efetivação dos princípios constitucionais, com foco nos determinantes sociais da saúde.

5 - Ampliar as ações das políticas de Vigilância em Saúde de forma integrada nas três esferas de governo, garantindo a integralidade e a equidade.

EIXO II: O papel do controle social e dos movimentos sociais.

1 - Fortalecer a Comunicação como mecanismo de aproximação entre os

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

conselhos de Saúde e a população, promovendo a conscientização sobre as políticas de saúde e o papel cidadão na construção e monitoramento do SUS.

2 - Garantir o financiamento adequado para o pleno funcionamento dos conselhos, com infraestrutura, apoio técnico e formação permanente para o avanço do controle social.

3 - Fortalecer a participação no controle social, como processo de emancipação social e de cidadania, respeitando o poder deliberativo dos conselhos e Conferências de Saúde.

4 - Promover a educação permanente e continuada para fortalecer a atuação das pessoas conselheiras na consolidação do controle social.

EIXO III: Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia.

1 - APS: Fortalecer e ampliar a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, com financiamento estadual compatível com as necessidades da população, de forma a garantir equidade e acolhimento no cuidado à saúde por meio de equipes completas multi e interdisciplinares com ações intersetoriais, práticas integrativas complementares, matriciamento e educação permanente em serviço.

2 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Ampliar a oferta equânime de políticas públicas de atenção secundária e terciária regionalizada e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, proporcionando tratamento continuado e cuidados paliativos.

3 - FINANCIAMENTO DO SUS: Garantir o direito constitucional à saúde por meio de financiamento tripartite adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, por meio do enfrentamento do subfinanciamento do SUS, respeitando as diferenças regionais, os perfis demográfico, epidemiológico e socioeconômico, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços, com a ampliação da gestão pública e tendo o setor privado com papel exclusivamente complementar nas ações e serviços de saúde, nos termos da Constituição Federal de 1988.

4 - TRABALHO: Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho e em ordenar para as necessidades do SUS, utilizando o referencial pedagógico da educação permanente para a qualificação e valorização das trabalhadoras e trabalhadores formais e informais, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações do mundo do trabalho na área da saúde.

5 - GESTÃO DO SUS: Aprimorar a gestão do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, considerando as especificidades regionais, as responsabilidades de Municípios, Estados e União e a participação do controle social, visando oferecer às pessoas o cuidado integral à Saúde, por meio de uma gestão pública, estatal, de qualidade e com administração direta do estado, de forma a reduzir a judicialização e garantir que os serviços do SUS não sejam terceirizados/privatizados.

6 - ACESSO: Garantir o acesso equânime à saúde integral da população dos campos, águas e florestas, com serviços acessíveis ao usuário de acordo com a complexidade de sua demanda.

7 - SAÚDE MENTAL: Implementar e fortalecer a reforma psiquiátrica

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

antimanicomial, orientada pela política de redução de danos e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com espaços de cuidado e tratamento em Saúde Mental, álcool e outras drogas, intersetoriais, territorializados, abertos e 100%

públicos e estatais, com equipes interdisciplinares e recursos financeiros adequados, em conformidade com as diretrizes do SUS e da Lei Nº 10.216/2001.

8 - ATENÇÃO HOSPITALAR E DE UIE: *Implementar uma política hospitalar e de urgência e emergência de qualidade e de gestão 100% pública e estatal, com recursos adequados e equipes suficientes, interdisciplinares e capacitadas, de forma a permitir o atendimento efetivo para toda a população e suprir todos os vazios assistenciais, especialmente nas regiões mais desassistidas, reprovando qualquer tipo de terceirização da gestão dos hospitais Regionais do Estado de Minas Gerais e rede FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.*

EIXO IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

1 - Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e de inovação em saúde, junto à rede de trabalhadores, gestão e agentes sociais do SUS, por meio de ações educacionais e pesquisa, tendo a educação permanente como referencial político pedagógico.

2 - Garantir os princípios do SUS com mais investimento financeiro para a valorização da força de trabalho, com Plano de Carreiras e Vencimentos, visando a qualidade no cuidado e acolhimento humanizado de profissionais; otimizando a infraestrutura para maior eficiência dos serviços prestados.

3 - Fortalecer e promover a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde), consolidando a soberania e o desenvolvimento da plataforma tecnológica do Estado, bem como tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população, incluindo trabalhadores como protagonistas e a educação permanente como referencial político pedagógico. (Diretriz elaborada no âmbito do Eixo III e movida para o Eixo IV)

4 - Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, garantindo o acesso e atendimento de todas as mulheres em todos os ciclos de vida, sem discriminação em todos os níveis de atenção à saúde, de forma intersetorial e interinstitucional, fortalecendo a consolidação dos princípios do SUS, assegurando a equidade com equipes

Edifício Lutetia - Avenida Amazonas, 558 – 5º Andar – Centro.

Belo Horizonte - MG - CEP: 30180-000 Telefones: (31) 3507-7900

Correio eletrônico: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br

Site: www.ces.saude.mg.gov.br/

Facebook: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

interdisciplinares e educação permanente.

ANEXO III – Decreto nº 48.661/2023

Anexo III Decreto de Competências SES-MG



Decreto nº 48.661, de 31/07/2023

Dispõe sobre a organização da
Secretaria de Estado de Saúde.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso de atribuição que lhe confere o inciso VII do [art. 90 da Constituição do Estado](#) e tendo em vista o disposto na [Lei nº 24.313, de 28 de abril de 2023](#).

DECRETA:

Art. 1º – A Secretaria de Estado de Saúde – SES, a que se referem os arts. 43 e 44 da [Lei nº 24.313, de 28 de abril de 2023](#), rege-se por este decreto e pela legislação aplicável.

Art. 2º – A SES tem como competências:

I – formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado, de forma regional e descentralizada, 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 Sistema Único de Saúde – 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.

Art. 3º – A SES tem a seguinte estrutura orgânica:

I – Gabinete;

II – Controladoria Setorial;

III – Assessoria Jurídica;

IV – Assessoria de Comunicação Social;

V – Assessoria Estratégica;

VI – Assessoria de Relações Institucionais;

VII – Auditoria do SUS-MG;

VIII – Assessoria de Parcerias;

IX – Assessoria de Tecnologia e Informação;

X – Subsecretaria de Redes de Atenção à Saúde:

a) Superintendência de Atenção Primária:

1 – Diretoria de Estruturação e Financiamento da Atenção Primária em Saúde;

2 – Diretoria de Políticas de Atenção Primária em Saúde;

3 – Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado;

4 – Diretoria de Promoção da Saúde e Políticas de Equidade;

b) Superintendência de Atenção Especializada:

1 – Diretoria de Políticas Estratégicas;

- 2 – Diretoria de Políticas e Estruturação de Atenção Especializada;
- c) Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar:
 - 1 – Diretoria de Estruturação Hospitalar e de Urgência e Emergência;
 - 2 – Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência;
- XI – Subsecretaria de Vigilância em Saúde:
 - a) Superintendência de Vigilância Epidemiológica:
 - 1 – Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Imunização;
 - 2 – Diretoria de Vigilância de Condições Crônicas;
 - 3 – Diretoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;
 - b) Superintendência de Vigilância Sanitária:
 - 1 – Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde;
 - 2 – Diretoria de Vigilância em Alimentos;
 - 3 – Diretoria de Vigilância em Medicamentos e Congêneres;
 - 4 – Diretoria de Vigilância em Estrutura Física;
- XII – Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde:
 - a) Superintendência de Assistência Farmacêutica:
 - 1 – Diretoria de Políticas de Assistência Farmacêutica;
 - 2 – Diretoria de Planejamento e Aquisição de Medicamentos;
 - 3 – Diretoria de Distribuição de Medicamentos;
 - b) Superintendência de Regulação do Acesso:
 - 1 – Diretoria de Estratégias em Regulação Eletiva;
 - 2 – Diretoria de Regulação do Acesso de Urgência e Emergência;

c) Superintendência de Contratação e Processamento de Serviços de Saúde:

1 – Diretoria de Processamento de Produção de Média e Alta Complexidade;

2 – Diretoria de Contratos Assistenciais;

3 – Diretoria de Programação Pactuada e Integrada;

d) Superintendência de Judicialização da Saúde:

1 – Diretoria de Cumprimento de Decisões Judiciais;

2 – Diretoria de Inteligência em Judicialização;

XIII – Subsecretaria de Gestão e Finanças:

a) Superintendência de Planejamento e Finanças:

1 – Diretoria de Contabilidade e Finanças;

2 – Diretoria de Convênios e Resoluções;

3 – Diretoria de Planejamento e Orçamento;

4 – Diretoria de Prestação de Contas;

b) Superintendência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas:

1 – Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento Humano;

2 – Diretoria de Recursos Humanos;

c) Superintendência de Infraestrutura, Logística e Contratações:

1 – Diretoria de Compras;

2 – Diretoria de Formalização de Contratos;

3 – Diretoria de Infraestrutura Física e Engenharia;

4 – Diretoria de Logística e Patrimônio;

XIV – Subsecretaria de Regionalização:

a) Superintendência de Integração Regional:

1 – Diretoria de Articulação Regional de Políticas de Saúde;

2 – Diretoria de Monitoramento de Políticas de Saúde;

b) vinte Superintendências Regionais de Saúde e nove Gerências Regionais de Saúde.

§ 1º – A integralização das unidades a que se refere a alínea “b” do inciso XIV observará a disponibilidade econômico-financeira do Estado e a Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º – A definição das sedes e das áreas de abrangências territoriais das Superintendências Regionais de Saúde – SRS e das Gerências Regionais de Saúde – GRS será estabelecida por Resolução da SES e tratará, ainda, da organização dos processos de trabalho dessas SRS e GRS.

Art. 4º – Integram a área de competência da SES:

I – 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;

c) a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig.

Art. 5º – O Gabinete tem como atribuições:

I – encarregar-se do relacionamento da SES com os demais órgãos e entidades da Administração Pública;

II – providenciar o atendimento de consultas e o encaminhamento dos assuntos pertinentes às unidades administrativas da SES;

III – promover a integração das entidades vinculadas à SES, de modo que haja atuação coordenada e sistêmica em consonância com as normas e diretrizes dela emanadas;

IV – acompanhar o desenvolvimento das atividades de comunicação social da SES;

V – coordenar e executar atividades de atendimento ao público e às autoridades;

VI – providenciar o suporte imediato na organização das atividades administrativas no seu âmbito de competências;

VII – fomentar a integração das unidades administrativas da SES e o trabalho colaborativo;

VIII – gerir e acompanhar a execução pelas áreas das ações civis públicas;

IX – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação;

X – atuar como ponto focal na articulação com outros órgãos e entidades da Administração Pública e como multiplicador de ações de desburocratização e simplificação administrativa e de liberdade econômica no âmbito estadual.

Art. 6º – A Controladoria Setorial, unidade de execução da Controladoria-Geral do Estado – CGE, à qual se subordina tecnicamente, tem como competência promover, no âmbito da SES, as atividades relativas à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição administrativa, ao incremento da transparência, do acesso à informação e ao fortalecimento da integridade, do controle social e da democracia participativa, com atribuições de:

I – exercer, em caráter permanente, as funções estabelecidas no *caput*, mediante diretrizes, parâmetros, normas e técnicas estabelecidos pela CGE;

II – elaborar e executar o planejamento anual de suas atividades;

III – consolidar dados, subsidiar o acesso, produzir e prestar todas as informações solicitadas pela CGE;

IV – apurar denúncias, de acordo com suas competências institucionais, capacidade técnica operacional e avaliação de riscos, podendo ser incluídas no planejamento anual de atividades;

V – notificar a SES e a CGE, sob pena de responsabilidade solidária, sobre irregularidade ou ilegalidade de que tomar conhecimento e cuja providência não foi adotada no âmbito da SES;

VI – comunicar ao Secretário e ao Controlador-Geral do Estado a sonegação de informações ou a ocorrência de situação que limite ou impeça a execução das atividades sob sua responsabilidade;

VII – assessorar o Secretário nas matérias de auditoria pública, de correição administrativa, de transparência, de promoção da integridade e de fomento ao controle social;

VIII – executar as atividades de auditoria pública, com vistas a agregar valor à gestão e otimizar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, de controle interno e de governança e acompanhar a gestão contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial do órgão;

IX – elaborar relatório de avaliação das contas anuais de exercício financeiro das unidades orçamentárias sob a gestão do órgão, assim como relatório e certificado conclusivos das apurações realizadas em autos de tomada de contas especial, observadas as exigências e normas expedidas pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais – TCEMG;

X – executar atividades de fiscalização, em apoio à CGE, e apurar a legalidade, a legitimidade e a economicidade de políticas públicas previstas nos instrumentos de planejamento;

XI – avaliar a adequação de procedimentos licitatórios, de contratos e a aplicação de recursos públicos às normas legais e regulamentares, com base em critérios de materialidade, risco e relevância;

XII – expedir recomendações para prevenir a ocorrência ou sanar irregularidades apuradas em atividades de auditoria e fiscalização, bem como monitorá-las;

XIII – sugerir a instauração de sindicâncias, de processos administrativos disciplinares e de tomadas de contas especial, para apuração de possíveis danos ao erário e responsabilidades;

XIV – coordenar, gerenciar e acompanhar a instrução de sindicâncias administrativas e processos administrativos disciplinares;

XV – solicitar servidores para participarem de comissões sindicantes e processantes;

XVI – acompanhar, avaliar e fazer cumprir as diretrizes das políticas públicas de transparência e de integridade e de fomento ao controle social;

XVII – disseminar e implementar as normas e diretrizes de prevenção à corrupção desenvolvidas pela CGE.

§ 1º – A Controladoria Setorial é organizada em:

I – Núcleo de Auditoria, Transparência e Integridade – Nati, que tem como atribuições planejar, coordenar e executar as atividades de auditoria pública e fiscalização, avaliação de controles internos, incremento da transparência, fortalecimento da integridade e fomento ao controle social;

II – Núcleo de Correição Administrativa – Nucad, que tem como atribuições coordenar e executar as atividades de correição administrativa e prevenção à corrupção, bem como fomentar ações de prevenção e aperfeiçoamento disciplinar e de responsabilização de pessoas jurídicas, no âmbito da SES, em conformidade com as normas emanadas pela CGE.

§ 2º – A SES disponibilizará instalações, recursos humanos e materiais para o eficiente cumprimento das atribuições da Controladoria Setorial.

Art. 7º – A Assessoria Jurídica é unidade setorial de execução da Advocacia-Geral do Estado – AGE, à qual se subordina jurídica e tecnicamente, competindo-lhe, na forma da [Lei Complementar nº 75, de 13 de janeiro de 2004](#), da [Lei Complementar nº 81, de 10 de agosto de 2004](#), e da [Lei Complementar nº 83, de 28 de janeiro de 2005](#), cumprir e fazer cumprir, no âmbito da SES, as orientações do Advogado-Geral do Estado no tocante:

- I – prestação de consultoria e assessoramento jurídicos ao Secretário;
- II – coordenação das atividades de natureza jurídica;
- III – interpretação dos atos normativos a serem cumpridos pela SES;
- IV – elaboração de estudos e preparação de informações por solicitação do Secretário;
- V – assessoramento ao Secretário no controle da legalidade e juridicidade dos atos a serem praticados pela SES;
- VI – exame prévio de minutas de edital de licitação, de contrato, de acordo ou de ajuste de interesse da SES;
- VII – fornecimento à AGE de subsídios e elementos que possibilitem a representação do Estado em juízo, inclusive no processo de defesa dos atos do Secretário e de outras autoridades do órgão, mediante requisição de informações junto às autoridades competentes;
- VIII – exame e emissão de parecer e nota jurídica sobre anteprojetos de leis e minutas de atos normativos em geral e de outros atos de interesse da SES, sem prejuízo da análise de constitucionalidade e legalidade pela AGE.

§ 1º – É vedada a representação judicial e extrajudicial do Estado à Assessoria Jurídica.

§ 2º – A SES disponibilizará instalações, recursos humanos e materiais para o eficiente cumprimento das atribuições da Assessoria Jurídica.

Art. 8º – A Assessoria de Comunicação Social tem como competência promover as atividades de comunicação social, compreendendo imprensa, publicidade, propaganda, relações públicas e promoção de eventos da SES, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado de Comunicação Social – Secom, com atribuições de:

- I – planejar, coordenar e supervisionar programas e projetos relacionados com a comunicação interna e externa das ações da SES;
- II – assessorar os dirigentes e as unidades administrativas da SES no relacionamento com a imprensa e demais meios de comunicação;

- III – planejar e coordenar as entrevistas coletivas e o atendimento às solicitações dos órgãos de imprensa, em articulação com a Secom;
- IV – produzir textos, matérias e afins, a serem publicados em meios de comunicação da SES, da Secom e de veículos de comunicação em geral;
- V – acompanhar, selecionar e analisar assuntos de interesse da SES, publicados em veículos de comunicação, para subsidiar o desenvolvimento das atividades de comunicação social;
- VI – propor, supervisionar e acompanhar as ações de publicidade e propaganda, dos eventos e das promoções para divulgação das atividades institucionais, em articulação com a Secom;
- VII – manter atualizados os sítios eletrônicos, a intranet e as redes sociais sob a responsabilidade da SES, no âmbito de atividades de comunicação social;
- VIII – gerenciar e assegurar a atualização das bases de informações institucionais necessárias ao desempenho das atividades de comunicação social da SES e da Secom;
- IX – gerenciar, produzir, executar, acompanhar e fiscalizar os eventos oficiais da SES em articulação com a Secom;
- X – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 9º – A Assessoria Estratégica tem como competência promover o gerenciamento estratégico setorial e fomentar a implementação de iniciativas inovadoras, de forma alinhada à estratégia governamental, em conformidade com as diretrizes técnicas estabelecidas pela Subsecretaria de Inovação e Gestão Estratégica da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – Seplag, com atribuições de:

- I – promover e acompanhar o planejamento estratégico da SES e das entidades vinculadas, alinhado às diretrizes previstas na estratégia governamental estabelecida no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI, por meio dos processos de desdobramento dos objetivos e metas, monitoramento e comunicação da estratégia;

II – garantir, em conjunto com a Superintendência de Planejamento e Finanças e unidades congêneres das entidades vinculadas, o alinhamento do portfólio estratégico aos instrumentos formais de planejamento e execução orçamentária;

III – facilitar, colaborar e articular, interna e externamente, na solução de desafios relacionados ao portfólio estratégico e às ações inovadoras do governo;

IV – realizar a coordenação, a governança e o monitoramento do portfólio estratégico e demais ações estratégicas da SES e suas entidades vinculadas, apoiando a sua execução, subsidiando a alta gestão do órgão e as instâncias centrais de governança na tomada de decisão;

V – coordenar, de acordo com as diretrizes da Seplag, os processos de pactuação e monitoramento de metas da ajuda de custo da SES, de forma alinhada à estratégia governamental, consolidando e provendo as informações necessárias às unidades administrativas e aos sistemas de informação dos órgãos centrais;

VI – promover a cultura da inovação e disseminar boas práticas entre os gestores e equipes da SES e entidades vinculadas, especialmente em temas relacionados à desburocratização, à gestão de projetos e processos, à transformação de serviços e simplificação administrativa, com foco na melhoria da experiência do usuário e do servidor;

VII – identificar desafios de governo e oportunidades de melhoria, facilitando e implementando iniciativas de inovação que contribuam para o aperfeiçoamento dos serviços públicos e dos processos organizacionais;

VIII – coordenar a implementação de processos de modernização administrativa e apoiar a normatização do seu arranjo institucional;

IX – acompanhar e facilitar, de acordo com as diretrizes do Sistema Estadual de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, o monitoramento e avaliação das políticas da SES e entidades vinculadas, possibilitando sua melhoria por meio do fortalecimento da tomada de decisões baseadas em evidências;

X – gerenciar a elaboração, revisão e monitoramento do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG em relação ao Fundo Estadual de Saúde – FES;

XI – gerenciar e divulgar os instrumentos de gestão do SUS, previstos na legislação vigente;

XII – subsidiar a comunicação interna e externa dos resultados estratégicos;

XIII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação;

XIV – orientar, coordenar e realizar a implementação de normas, sistemas e métodos de simplificação e racionalização de trabalho.

Parágrafo único – A Assessoria Estratégica atuará de forma integrada à Superintendência de Planejamento e Finanças e às assessorias ou unidades administrativas correlatas das entidades vinculadas à SES.

Art. 10 – A Assessoria de Relações Institucionais tem como competência planejar, coordenar e gerenciar ações referentes à articulação com os órgãos e as entidades da Administração Pública, apoiando a relação institucional do Poder Executivo com os outros entes da federação, órgãos essenciais à justiça e com a sociedade civil, além de promover o fortalecimento do relacionamento entre os Poderes, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado de Governo – Segov, com atribuições de:

I – realizar levantamentos, análise e monitoramento de informações e proposições legislativas de interesse da SES;

II – articular, facilitar, acompanhar e realizar, no que couber à SES e suas entidades vinculadas, os procedimentos necessários à participação em audiências públicas do Poder Legislativo em matérias afetas à atuação setorial desta secretaria;

III – promover o alinhamento e o desdobramento da estratégia governamental com os representantes da SES e suas entidades vinculadas, no tocante à representação em conselhos e órgãos colegiados que participar;

IV – articular, facilitar, acompanhar e realizar, no âmbito da SES e suas entidades vinculadas, os procedimentos necessários às comunicações e

aos atendimentos de demandas de parlamentares e demais autoridades, constantes no *caput*;

V – acompanhar, facilitar, articular e realizar, no âmbito da SES e suas entidades vinculadas, e sempre que solicitado pela Segov, os procedimentos necessários à recepção e à gestão de demandas endereçadas ao governo, buscando informações com as áreas competentes e promovendo o alinhamento intragovernamental entre os órgãos;

VI – atuar como facilitador do fluxo de informações entre a SES e a Segov em assuntos de interesse referentes à coordenação política do Estado;

VII – identificar e articular, em colaboração com as unidades da SES e suas entidades vinculadas, e em consonância com as diretrizes da Segov, agendas de interesse especial do Governador;

VIII – realizar e acompanhar os procedimentos relativos ao alinhamento com o Poder Legislativo para a articulação de emendas parlamentares no âmbito da SES e suas entidades vinculadas.

Parágrafo único – A Assessoria de Relações Institucionais atuará de forma integrada às unidades administrativas da SES e suas entidades vinculadas.

Art. 11 – A Auditoria do SUS-MG tem como competência auditar a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS-MG, com atribuições de:

I – elaborar, implementar e executar a Política de Auditoria do SUS-MG;

II – auditar a gestão, as ações e serviços de saúde e a regularidade técnico-financeira da utilização dos recursos do SUS;

III – auditar os sistemas municipais de saúde, os prestadores de serviços do SUS e os consórcios intermunicipais de saúde;

IV – articular com os outros componentes do Sistema Nacional de Auditoria e demais instituições de Controle Interno e Externo;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 12 – A Assessoria de Parcerias tem como competência estabelecer parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com atribuições de:

I – gerenciar as ações relativas às parcerias com municípios, conselhos, comitês de áreas de saúde, entidades públicas, organizações da sociedade civil, serviços sociais autônomos e organizações da iniciativa privada;

II – promover articulação entre as unidades administrativas da SES e a comunidade científica, o setor produtivo, os órgãos, as entidades de fomento à pesquisa e o SUS-MG;

III – coordenar, de forma articulada com as demais áreas, a interlocução da SES com o Conselho Estadual de Saúde;

IV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 13 – A Assessoria de Tecnologia e Informação tem como competência estabelecer e implementar as diretrizes de Tecnologia, Informação e Comunicação no âmbito da SES, com atribuições de:

I – gerenciar e promover soluções do Governo Digital Estadual, de que trata o [Decreto nº 48.383, de 18 de março de 2022](#);

II – gerenciar os contratos de aquisição de produtos e serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC;

III – gerenciar o planejamento estratégico das ações de TIC;

IV – garantir a segurança dos dados e das informações, observados os níveis de confidencialidade, integridade e disponibilidade;

V – assessorar tecnicamente as unidades da SES nos processos de fiscalização de contratos de produtos e serviços de TIC;

VI – gerenciar a política de gestão da informação no âmbito da SES;

VII – gerenciar os recursos de serviços de voz e dados;

VIII – definir e implementar diretrizes de desenvolvimento de sistemas, próprios ou por terceiros;

IX – analisar tecnicamente as solicitações de aquisição de equipamentos de TIC, softwares, sistemas setoriais e corporativos;

X – gerenciar o suporte técnico ao usuário de TIC, no âmbito da SES;

XI – monitorar os recursos de TIC e coordenar as atividades de diagnóstico, prospecção e difusão de novas soluções relacionadas à TIC;

XII – incentivar a produção de informação qualificada, consolidar e disponibilizar de forma padronizada as informações necessárias para a tomada de decisão e gestão das políticas de saúde, no âmbito do Estado;

XIII – implementar a Política de TIC no âmbito da SES;

XIV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 14 – A Subsecretaria de Redes de Atenção à Saúde tem como competência definir diretrizes e coordenar as políticas públicas de saúde na Rede de Atenção à Saúde, com atribuições de:

I – estruturar os serviços de saúde e qualificar a assistência nas Redes de Atenção à Saúde;

II – fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado;

III – fomentar e orientar a estruturação e ampliação das linhas de cuidado.

Art. 15 – A Superintendência de Atenção Primária tem como competência fomentar e coordenar as políticas, estratégias e ações de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS-MG com atribuições de:

I – fomentar e coordenar ações para viabilizar a Atenção Primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde;

II – fomentar e coordenar a implementação das políticas, estratégias e programas nacionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

III – promover as políticas, estratégias e programas estaduais no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

IV – propor as diretrizes para as linhas de cuidado da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS-MG.

Art. 16 – A Diretoria de Estruturação e Financiamento da Atenção Primária em Saúde tem como competência definir as diretrizes relacionadas à infraestrutura e estruturação das políticas da Atenção Primária à Saúde no Estado, bem como coordenar estratégias de melhoria e ampliação do acesso da população a esses serviços, com atribuições de:

I – elaborar, coordenar e avaliar as políticas e ações de estruturação da Atenção Primária à Saúde;

II – elaborar, coordenar e avaliar políticas para compor o financiamento tripartite da Atenção Primária à Saúde;

III – acompanhar e avaliar a implementação da Política Nacional de Financiamento da Atenção Primária à Saúde e da política nacional de estruturação dos serviços de Atenção Primária à Saúde;

IV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 17 – A Diretoria de Políticas de Atenção Primária em Saúde tem como competência definir as ações relacionadas à melhoria do acesso, à atenção à saúde e ao cuidado da população na Atenção Primária à Saúde, com atribuições de:

I – gerenciar a implementação da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde;

II – promover processos de organização e de gerenciamento dos serviços referentes à Estratégia Saúde da Família;

III – acompanhar a implementação da Política Nacional de Atenção Básica no Estado;

IV – acompanhar ações e estratégias integradas de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 18 – A Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado tem como competência definir as diretrizes e ações para a melhoria da Atenção à Saúde e do cuidado integral, no âmbito da Atenção Primária, com atribuições de:

I – propor, coordenar e avaliar diretrizes e ações relacionadas aos ciclos de vida e políticas estratégicas e prioritárias de saúde;

II – gerenciar ações que promovam a integralidade relacionadas aos ciclos de vida;

III – acompanhar e avaliar a implementação das diretrizes do SUS relacionadas aos ciclos de vida;

IV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 19 – A Diretoria de Promoção da Saúde e Políticas de Equidade tem como competência elaborar, coordenar e avaliar políticas de Promoção da Saúde, políticas de Promoção da Equidade e Práticas Integrativas e Complementares, estabelecendo estratégias e ações para atuar sobre os determinantes sociais de saúde, com atribuições de:

I – promover ações relacionadas ao enfrentamento dos fatores de riscos comportamentais;

II – gerenciar ações de promoção da saúde que garantam o respeito às diversidades;

III – fomentar a mobilização social em prol de comportamentos mais saudáveis;

IV – acompanhar programas estratégicos em Promoção da Saúde, Políticas de Promoção de Equidades, Controle do Tabagismo e Práticas Integrativas e Complementares;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 20 – A Superintendência de Atenção Especializada tem como competência formular diretrizes, elaborar e coordenar as políticas, estratégias e ações no âmbito da Atenção Especializada e Ambulatorial, com atribuições de:

I – promover e avaliar as políticas, estratégias e programas da Atenção Especializada sob a ótica das redes prioritárias e estratégicas, no âmbito do Estado;

II – acompanhar a política nacional de rede de atenção à saúde, no âmbito da Atenção Especializada e Ambulatorial;

III – propor as diretrizes para as linhas de cuidado no âmbito da Atenção Especializada e Ambulatorial;

IV – promover as políticas, estratégias e programas da Atenção Especializada, no âmbito do Estado;

V – acompanhar a implementação das políticas, estratégias e programas nacionais no âmbito da Atenção Especializada.

Art. 21 – A Diretoria de Políticas Estratégicas tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas à saúde mental, pessoa com deficiência, doenças raras e oftalmologia, com atribuições de:

I – promover a articulação e a integração entre os níveis de atenção à saúde no âmbito de sua atuação;

II – fomentar ações de matriciamento na atenção especializada em consonância com a Atenção Primária à Saúde;

III – gerir os processos de habilitação dos serviços de atenção especializada das temáticas no âmbito de sua competência;

IV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 22 – A Diretoria de Políticas e Estruturação de Atenção Especializada tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas à estruturação dos pontos de atenção ambulatorial especializada nas linhas de cuidado prioritárias, com as atribuições de:

I – promover a articulação e a integração entre os níveis de atenção à saúde e demais atores envolvidos nas linhas de cuidado prioritárias;

II – gerir os processos de habilitação dos serviços de atenção especializada das linhas de cuidado prioritárias;

III – fomentar ações de matriciamento na atenção especializada em consonância a Atenção Primária à Saúde;

IV – estabelecer estratégias para a melhoria da infraestrutura das unidades de atenção especializada ambulatorial;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 23 – A Superintendência de Políticas de Atenção Hospitalar tem como competência estabelecer diretrizes, elaborar e coordenar as políticas, estratégias e ações no âmbito da atenção hospitalar e urgência e emergência, com atribuições de:

I – coordenar e avaliar as políticas de atenção à saúde no âmbito da atenção hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência;

II – propor as diretrizes para a Política Estadual de Atenção Hospitalar, as estratégias de estruturação da atenção hospitalar e a Rede de Urgência e Emergência.

Art. 24 – A Diretoria de Estruturação Hospitalar e de Urgência e Emergência tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas à política de estruturação da rede hospitalar e de urgência e emergência, com atribuições de:

I – coordenar e avaliar as políticas e ações de estruturação e manutenção da rede hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência;

II – estruturar os Hospitais Regionais na Rede de Atenção à Saúde, no âmbito da Política Estadual de Atenção Hospitalar;

III – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 25 – A Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas as políticas de Atenção Hospitalar e de Atenção às Urgências e Emergências, com atribuições de:

I – gerenciar a Política Estadual de Atenção Hospitalar e linhas de cuidado prioritárias;

II – gerenciar as ações da Rede de Urgência e Emergência, linhas de cuidado prioritárias e seus componentes;

III – gerenciar as ações de ampliação e qualificação de habilitações nos pontos de atenção hospitalar e de urgência e emergência;

IV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 26 – A Subsecretaria de Vigilância em Saúde tem como competência definir diretrizes das políticas de vigilância em saúde, com atribuições de:

I – promover a integração das vigilâncias sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador;

II – promover a vigilância da situação de saúde da população e avaliação do cenário das ações de saúde pública;

III – estruturar um ambiente propício à implementação de soluções inovadoras em vigilância em saúde;

IV – coordenar, monitorar e avaliar o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde – SEVS-MG;

V – fortalecer a gestão municipal das ações e serviços de vigilância em saúde;

VI – promover, coordenar, monitorar e avaliar o Programa Nacional de Imunização – PNI, no âmbito do Estado;

VII – coordenar a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta estratégica às emergências de saúde pública, no âmbito do Estado;

VIII – coordenar, supervisionar e assessorar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP-MG;

IX – executar as ações de vigilância em saúde, de forma complementar ou suplementar, no âmbito da vigilância laboratorial e das respostas estratégicas às emergências em saúde pública.

Art. 27 – A Superintendência de Vigilância Epidemiológica tem como competência supervisionar as ações e os programas de vigilância epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, com atribuições de:

I – subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas de saúde;

II – coordenar ações de monitoramento contínuo e de avaliação dos dados epidemiológicos;

III – divulgar as informações epidemiológicas;

IV – gerenciar os sistemas de informação em saúde de estatísticas vitais e de notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública;

V – promover ações de vigilância epidemiológica ativa, prevenção e controle de doenças, agravos e eventos de saúde pública;

VI – promover, de forma oportuna, ações de respostas às emergências em saúde pública no seu âmbito de atuação;

VII – coordenar, monitorar e avaliar ações e atividades de investigações epidemiológicas voltadas para a vigilância dos óbitos maternos, infantis, fetais, de mulheres em idade fértil, com causas mal definidas e causas externas, bem como outros de interesse epidemiológico;

VIII – promover ações que proporcionem o esclarecimento das causas de mortes naturais sem assistência médica ou sem elucidação diagnóstica.

Art. 28 – A Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Imunização tem como competência promover a vigilância, a detecção, a prevenção, o controle e a eliminação de doenças transmissíveis, agravos e seus fatores de risco e de relevância em saúde pública, em seu âmbito de atuação, com atribuições de:

I – normatizar, gerir e executar, em caráter complementar ou suplementar, ações de vigilância, detecção, prevenção, controle e eliminação de:

a) doenças agudas: de transmissão hídrica e alimentar, de transmissão respiratória, e imunopreveníveis;

b) zoonoses, arboviroses e de outras doenças transmitidas por vetores;

c) acidentes por animais peçonhentos e venenosos;

II – normatizar, gerir e executar, em caráter complementar ou suplementar, ações de imunização;

III – exercer a gestão compartilhada dos insumos e materiais estratégicos de interesse epidemiológico relacionados às doenças e agravos, no âmbito de sua atuação;

IV – realizar a gestão e a análise dos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde, no âmbito de sua atuação;

V – sistematizar e divulgar informações epidemiológicas de doenças transmissíveis, agravos e imunização;

VI – promover ações de resposta às emergências em saúde pública, incluindo a investigação de surtos e epidemias, conforme o inciso I;

VII – gerir tecnicamente a Central Estadual de Rede de Frio e a Central Estadual de Ultra Baixo Volume – UBV;

VIII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 29 – A Diretoria de Vigilância de Condições Crônicas tem como competência exercer, no âmbito estadual, a vigilância de tuberculose, micobacterioses não tuberculosas, hanseníase, infecções sexualmente

transmissíveis, HIV/aids, hepatites virais, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, e de fatores determinantes, com atribuições de:

I – realizar a gestão e a análise dos bancos de dados dos sistemas de informação das condições crônicas, agravos e doenças não transmissíveis e de fatores determinantes;

II – monitorar de forma contínua e sistemática o perfil de morbimortalidade e investigar alterações do padrão epidemiológico;

III – fomentar a execução de medidas de prevenção e controle de condições crônicas, agravos e doenças não transmissíveis;

IV – exercer a gestão compartilhada de insumos estratégicos de interesse epidemiológico utilizados para prevenção e controle de condições crônicas, agravos e doenças não transmissíveis;

V – divulgar informações epidemiológicas referentes às condições crônicas, agravos e doenças não transmissíveis e de fatores determinantes;

VI – fomentar a implementação de instâncias de gestão de caráter consultivo, deliberativo e executivo para subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas, no âmbito de sua atuação;

VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 30 – A Diretoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador tem como competência promover ações e políticas de saúde relacionadas ao conhecimento, a prevenção, a promoção e a intervenção nos fatores de risco condicionantes e determinantes do trabalho e do meio ambiente que interferem na saúde humana, com atribuições de:

I – coordenar e executar, em caráter complementar, as atividades de vigilância em saúde ambiental relacionadas aos contaminantes ambientais na água para consumo humano, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública;

II – promover ações de resposta, em caráter complementar, às atividades de vigilância em saúde ambiental relacionadas à preparação e resposta aos riscos decorrentes dos desastres de origem natural;

III – coordenar e executar, em caráter complementar, as atividades de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador decorrentes dos acidentes e desastres tecnológicos e outros eventos capazes de causar doenças e agravos à saúde humana;

IV – coordenar e executar, em caráter complementar, as atividades de vigilância em saúde do trabalhador relacionadas aos processos e ambientes de trabalho em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico;

V – coordenar e executar, em caráter complementar, a vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho;

VI – coordenar as atividades de gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, no âmbito do Estado, e implementar a Rede Estadual de Saúde do Trabalhador;

VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 31 – A Superintendência de Vigilância Sanitária tem como competência coordenar, supervisionar e executar, em caráter complementar, as políticas e as ações de vigilância sanitária, com atribuições de:

I – coordenar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e a descentralização de suas ações;

II – propor políticas e estabelecer diretrizes, normas e padrões técnicos em vigilância sanitária;

III – realizar o gerenciamento do risco e monitoramento das condições sanitárias dos estabelecimentos, produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário;

IV – monitorar e avaliar dados e informações em vigilância sanitária;

V – coordenar a instauração, a tramitação e o julgamento dos processos administrativos sanitários;

VI – promover o alinhamento de instrumentos e práticas de vigilância sanitária com foco na Gestão da Qualidade;

VII – desenvolver políticas de simplificação e modernização dos serviços de vigilância sanitária;

VIII – promover ações de comunicação de risco e educação sanitária.

Art. 32 – A Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde tem como competência promover, implementar, coordenar, monitorar e executar ações de gerenciamento do risco sanitário na área de serviços de saúde e de interesse da saúde, com atribuições de:

I – coordenar e executar, em caráter complementar, ações de fiscalização na área de serviços de saúde e de interesse da saúde;

II – estabelecer, em caráter suplementar, normas e padrões de procedimentos de vigilância sanitária na área de serviços de saúde e de interesse da saúde;

III – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de investigação de denúncias e eventos adversos relacionadas aos serviços de saúde e de interesse da saúde;

IV – coordenar e executar, em caráter complementar, as ações de monitoramento da qualidade dos produtos e serviços de saúde e de interesse da saúde;

V – desenvolver e coordenar ações educativas e de prevenção de danos e agravos à saúde na área de serviços de saúde e de interesse da saúde;

VI – planejar, desenvolver e coordenar ações de segurança do paciente nos serviços de saúde e controle de risco e segurança do usuário nos serviços de interesse da saúde;

VII – coordenar as ações de vigilância, pós-uso, relacionadas à sangue, células, tecidos e órgãos;

VIII – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de vigilância sanitária das emergências em saúde pública nos serviços de saúde e de interesse da saúde;

IX – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 33 – A Diretoria de Vigilância em Alimentos tem como competência promover, implementar, coordenar, monitorar e executar ações de gerenciamento do risco sanitário, no âmbito de sua atuação, com atribuições de:

I – coordenar e executar, em caráter complementar, ações de fiscalização na área de alimentos;

II – estabelecer, em caráter suplementar, normas e padrões de procedimentos de vigilância sanitária de alimentos;

III – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de investigação de denúncias relacionadas aos produtos e serviços da área de alimentos;

IV – coordenar e executar, em caráter complementar, as ações de monitoramento da qualidade dos alimentos;

V – desenvolver e coordenar ações educativas e de prevenção de danos e agravos à saúde na área de vigilância de alimentos;

VI – elaborar, coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações que integram as políticas, os programas e projetos de agricultura familiar e de inclusão produtiva com segurança sanitária;

VII – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de vigilância sanitária na investigação epidemiológica de surtos de doenças transmitidas por alimentos;

VIII – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de vigilância sanitária em emergências em saúde pública relacionadas à área de alimentos;

IX – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 34 – A Diretoria de Vigilância em Medicamentos e Congêneres tem como competência promover, implementar, coordenar, monitorar e executar ações de gerenciamento de risco sanitário, no âmbito de sua atuação, com atribuições de:

I – coordenar e executar, em caráter complementar, ações de fiscalização na área de medicamentos e congêneres;

II – estabelecer, em caráter suplementar, normas e padrões de procedimentos de vigilância sanitária de medicamentos e congêneres;

III – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de investigação de denúncias e queixas técnicas relacionadas aos produtos e serviços da área de medicamentos e congêneres;

IV – coordenar e executar, em caráter complementar, as ações de monitoramento da qualidade dos medicamentos e congêneres;

V – desenvolver e coordenar ações educativas e de prevenção de danos e agravos à saúde na área de vigilância em medicamentos e congêneres;

VI – coordenar as ações para o fornecimento de numeração e de talonários de notificação de receita;

VII – coordenar, monitorar e executar, em caráter complementar, as ações de vigilância sanitária em emergências em saúde pública relacionadas à área de medicamentos e congêneres;

VIII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Parágrafo único – Entende-se por medicamentos e congêneres: medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal, saneantes domissanitários e seus insumos, e produtos para a saúde.

Art. 35 – A Diretoria de Vigilância em Estrutura Física tem como competência implementar, monitorar e executar em caráter complementar, as ações de controle sanitário relacionadas à estrutura física dos estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde, com atribuições de:

- I – estabelecer, em caráter suplementar, normas e padrões de procedimentos de vigilância sanitária em estrutura física;
- II – avaliar e aprovar projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário, conforme legislação vigente;
- III – coordenar, capacitar, monitorar e assessorar as Unidades Regionais de Saúde e os municípios nas ações de vigilância sanitária em estrutura física;
- IV – executar, em caráter complementar, ações de inspeção na área de estrutura física;
- V – orientar os prestadores de serviços de saúde e de interesse da saúde na elaboração dos projetos arquitetônicos de reforma, ampliação e construção dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário;
- VI – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 36 – A Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde tem como competência coordenar, propor e definir as políticas e diretrizes para o acesso a serviços e insumos de saúde, com atribuições de:

- I – orientar os esforços estratégicos de integração e colaboração entre regulação e programação assistencial, assistência farmacêutica e judicialização em saúde;
- II – definir diretrizes para a equidade do acesso às ações, aos serviços e aos insumos de saúde nas redes de atenção à saúde;
- III – gerenciar a Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Art. 37 – A Superintendência de Assistência Farmacêutica tem como competência elaborar e coordenar a Política de Assistência Farmacêutica, no âmbito do Estado, com atribuições de:

I – normatizar e coordenar a organização da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS-MG;

II – promover o acesso e o Uso Racional de Medicamentos no âmbito do SUS-MG;

III – integrar a política de assistência farmacêutica às redes de atenção;

IV – gerir os sistemas de informação necessários à execução da Política de Assistência Farmacêutica, no seu âmbito de atuação.

Art. 38 – A Diretoria de Políticas de Assistência Farmacêutica tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas à Assistência Farmacêutica, no âmbito do Estado, como parte integrante das redes de atenção à saúde, com atribuições de:

I – propor, implementar e promover diretrizes de qualificação de ações e serviços farmacêuticos;

II – definir diretrizes de estruturação e qualificação dos serviços das farmácias regionais;

III – promover o Uso Racional de Medicamentos;

IV – coordenar a análise técnica de solicitações nominais de medicamentos e congêneres padronizados;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 39 – A Diretoria de Planejamento e Aquisição de Medicamentos tem como competência gerenciar a programação, planejar e acompanhar a aquisição de medicamentos e congêneres padronizados, no âmbito da política de Assistência Farmacêutica, com atribuições de:

I – demandar as aquisições de medicamentos e congêneres padronizados;

II – programar medicamentos de aquisição centralizada no Ministério da Saúde;

III – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 40 – A Diretoria de Distribuição de Medicamentos tem como competência planejar, autorizar e monitorar a distribuição de medicamentos e congêneres padronizados, no âmbito da Política de Assistência Farmacêutica, com atribuições de:

I – definir critérios, fluxos e prazos relacionados à distribuição dos medicamentos e congêneres padronizados;

II – gerenciar as solicitações de medicamentos e congêneres padronizados, realizadas pelos estabelecimentos de saúde, no âmbito do sistema oficial de gerenciamento da Assistência Farmacêutica;

III – controlar o estoque de medicamentos e congêneres padronizados no âmbito do sistema oficial de gerenciamento da Assistência Farmacêutica;

IV – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 41 – A Superintendência de Regulação do Acesso tem como competência supervisionar as ações para o acesso equânime da população aos serviços de média e alta complexidade, com atribuições de:

I – estabelecer diretrizes no âmbito da regulação do acesso aos serviços de urgência pré-hospitalar, hospitalar e eletivo;

II – estabelecer diretrizes no âmbito do transporte em saúde de caráter eletivo e de urgência e emergência;

III – monitorar as ações do transporte em saúde de regulação do acesso de urgência pré-hospitalar, hospitalar e eletivo;

IV – estabelecer diretrizes no âmbito da regulação de regresso sanitário.

Art. 42 – A Diretoria de Estratégias em Regulação Eletiva tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas à regulação do acesso eletivo de média e alta complexidade, com atribuições de:

I – monitorar políticas, ações e definir estratégias no âmbito da regulação do acesso eletivo em saúde;

II – definir as diretrizes de transporte eletivo em saúde no âmbito do SUS-MG;

III – gerir o acesso a procedimentos com atributo da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – atributo CNRAC;

IV – analisar os dados disponibilizados pelos municípios em relação à demanda por acesso eletivo;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 43 – A Diretoria de Regulação do Acesso de Urgência e Emergência tem como competência elaborar, coordenar e avaliar as políticas, estratégias e ações relacionadas à viabilização do acesso dos usuários do SUS aos serviços de urgência e emergência, pré-hospitalar e hospitalar, com atribuições de:

I – definir diretrizes e gerir a regulação do acesso aos leitos hospitalares nas situações de saúde de urgência e emergência, no âmbito da rede SUS-MG, realizada pelas Centrais Regionais de Regulação Assistencial;

II – coordenar tecnicamente as Centrais Regionais de Regulação Assistencial;

III – definir as diretrizes de transporte de urgência e emergência no âmbito do SUS-MG;

IV – promover alternativas para viabilizar o acesso ao leito hospitalar dos usuários cadastrados por meio de sistema de informação estadual de regulação, nos casos de urgência e emergência, quando não disponíveis na rede SUS;

V – realizar ações para o cumprimento das decisões judiciais para acesso a leitos hospitalares dos usuários cadastrados na ferramenta estadual de regulação, nos casos de urgência e emergência;

VI – atuar como observatório da demanda por acesso pré-hospitalar e hospitalar de urgência e emergência;

VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 44 – A Superintendência de Contratação e Processamento de Serviços de Saúde tem como competência viabilizar a programação dos limites financeiros da assistência de média e alta complexidade, gerir sua execução, supervisionar a formalização e acompanhamento de instrumentos contratuais e o processamento da produção de serviços de saúde desse tipo de assistência, com atribuições de:

I – definir diretrizes de contratação e de gestão de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

II – controlar a execução orçamentária e financeira dos recursos para custeio de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar ordenados no âmbito da Superintendência;

III – supervisionar a produção financeira de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no âmbito do SUS-MG;

IV – supervisionar a programação dos limites financeiros da assistência de média e alta complexidade.

Art. 45 – A Diretoria de Processamento de Produção de Média e Alta Complexidade tem como competência monitorar os sistemas de informação relacionados à produção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, com atribuições de:

I – gerir o cadastro dos prestadores de serviços de saúde sob gestão estadual;

II – processar a produção e apurar os valores de pagamento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar dos prestadores de serviços de saúde sob gestão estadual;

III – estimular a qualificação do cadastro dos serviços de saúde e dos registros dos atendimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

IV – viabilizar a apuração e a remuneração excepcional de atendimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 46 – A Diretoria de Contratos Assistenciais tem como competência gerenciar o processo de contratualização de serviços de média e alta complexidade e formalizar os contratos assistenciais, no âmbito da SES, com atribuições de:

I – normatizar e dar publicidade aos procedimentos de contratação, de alterações contratuais e de acompanhamento de ações e serviços de saúde;

II – elaborar e publicar editais de credenciamento de ações e serviços de saúde;

III – formalizar contratos assistenciais, suas alterações e rescisões;

IV – monitorar os requisitos jurídicos, técnicos e fiscais previstos nos contratos assistenciais;

V – coordenar o processo de avaliação dos contratos assistenciais;

VI – proceder à gestão orçamentária e financeira dos contratos assistenciais;

VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 47 – A Diretoria de Programação Pactuada Integrada tem como competência programar os limites financeiros da assistência de média e alta complexidade, atendendo os critérios e parâmetros definidos assistencialmente pelas áreas técnicas e pactuados pela Comissão

Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais – CIB-SUS/MG, com atribuições de:

- I – sistematizar as movimentações físico-financeiras que impactam no limite financeiro da média e alta complexidade;
- II – coordenar o processo de operacionalização dos remanejamentos de cotas físicas da programação pactuada e integrada;
- III – fornecer subsídios às áreas técnicas na elaboração, revisão, qualificação e monitoramento da programação pactuada e integrada;
- IV – possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada Integrada – PPI;
- V – executar o processo de descentralização da gestão dos prestadores de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no âmbito estadual;
- VI – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 48 – A Superintendência de Judicialização da Saúde tem como competência supervisionar o atendimento das demandas judiciais que determinem o fornecimento individualizado de insumos e serviços em saúde e promover ações relacionadas à redução dos impactos da judicialização em saúde, com atribuições de:

- I – estabelecer diretrizes e monitorar o cumprimento de ações judiciais que determinem o fornecimento individualizado de produtos e serviços em saúde;
- II – promover e fomentar ações estratégicas relacionadas à redução dos impactos da judicialização em saúde;
- III – promover a gestão e a qualificação da informação no âmbito da judicialização em saúde.

Art. 49 – A Diretoria de Cumprimento de Decisões Judiciais tem como competência promover ações para o atendimento das demandas judiciais

que determinem o fornecimento individualizado de produtos e serviços em saúde, com atribuições de:

- I – planejar a aquisição de insumos e serviços em saúde necessários para o cumprimento de decisões judiciais;
- II – executar os contratos ou instrumentos congêneres para o cumprimento de decisões judiciais;
- III – autorizar a distribuição dos insumos necessários para o cumprimento de decisões judiciais;
- IV – propor alternativas para o cumprimento de decisões judiciais;
- V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 50 – A Diretoria de Inteligência em Judicialização tem como competência gerir e analisar do ponto de vista técnico-jurídico as demandas judiciais que determinam o fornecimento individualizado de insumos e serviços em saúde, com atribuição de:

- I – fornecer subsídios técnicos à AGE que possibilitem a defesa do Estado em juízo nos processos de judicialização em saúde;
- II – avaliar os requisitos objetivos que possibilitem o cumprimento das decisões judiciais visando ao fornecimento excepcional de insumos e serviços em saúde;
- III – realizar a regularização orçamentária de bloqueios judiciais no âmbito de suas competências;
- IV – coordenar o desenvolvimento de sistemas informatizados no âmbito de judicialização em conjunto com a Assessoria de Tecnologia e Informação;
- V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 51 – A Subsecretaria de Gestão e Finanças tem como competência realizar o gerenciamento administrativo, em consonância com as diretrizes estratégicas da SES, com atribuições de:

I – definir diretrizes e supervisionar a gestão dos recursos orçamentários e financeiros e acompanhar o cumprimento do mínimo constitucional;

II – definir diretrizes e supervisionar as atividades de gestão e desenvolvimento de pessoas;

III – definir diretrizes e supervisionar as atividades de contratações públicas, gestão logística e patrimonial, e de infraestrutura;

IV – promover a integração de suas atividades com as entidades vinculadas;

V – fomentar a modernização administrativa.

Parágrafo único – No exercício de suas atribuições, a Subsecretaria de Gestão e Finanças e suas unidades subordinadas deverão observar as competências específicas da Intendência da Cidade Administrativa, da Subsecretaria de Compras Públicas e da Subsecretaria de Logística e Patrimônio da Seplag.

Art. 52 – A Superintendência de Planejamento e Finanças tem como competência realizar a gestão orçamentária, financeira e contábil, em consonância com as diretrizes estratégicas da SES, 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, acompanhar sua efetivação e respectiva execução financeira;

III – coordenar, orientar e acompanhar a gestão dos contratos e dos convênios firmados pela SES e dos instrumentos congêneres de repasse de recursos;

IV – coordenar as atividades relativas ao processo de realização da despesa e receita públicas, em observância às normas e diretrizes dos órgãos centrais;

V – coordenar e orientar as atividades de prestação de contas de convênios e de instrumentos congêneres;

VI – subsidiar as decisões de nível estratégico relativas à gestão das receitas e despesas da SES e suas vinculadas;

VII – monitorar, manter e restabelecer a regularidade fiscal, contábil, econômico-financeira e administrativa dos cadastros vinculados à SES, bem como disponibilizar informações aos órgãos competentes;

VIII – encaminhar prestação de contas anual da SES e do FES ao TCEMG;

IX – coordenar, orientar e executar as atividades de administração financeira e contabilidade da SES, bem como elaborar e disponibilizar as prestações de contas anuais ao TCEMG.

§ 1º – A Superintendência de Planejamento e Finanças e suas unidades subordinadas devem cumprir orientação normativa, observar orientação técnica e promover os registros contábeis, os controles e os levantamentos das informações emanadas da unidade central a que estejam subordinadas tecnicamente na Seplag e na Secretaria de Estado de Fazenda – SEF.

§ 2º – A Superintendência de Planejamento e Finanças atuará de forma integrada à Assessoria Estratégica.

Art. 53 – A Diretoria de Contabilidade e Finanças tem como competência zelar pelo registro, controle e evidenciação contábil dos atos e fatos do órgão, bem como atuar pelo equilíbrio contábil-financeiro no âmbito da SES e do FES, com atribuições de:

I – planejar, executar, orientar, controlar, registrar e avaliar as atividades relativas ao processo de realização da despesa e receita públicas e da execução financeira, observada a legislação aplicável;

II – acompanhar, orientar e realizar os registros dos atos e fatos orçamentários, financeiros, patrimoniais e de controle, observadas as Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público e legislação aplicável;

III – elaborar, conferir e disponibilizar os balancetes, balanços e demonstrações contábeis exigidos pela legislação vigente, bem como

informações e demonstrativos contábeis que possam ser exigidos pela unidade central a que esteja subordinada tecnicamente na SEF;

IV – elaborar Notas Explicativas que acompanharão as demonstrações contábeis no contexto das orientações e prazos expedidos pela unidade central de contabilidade a que esteja subordinada tecnicamente na SEF;

V – articular com as unidades centrais a que esteja subordinada tecnicamente na Seplag e na SEF, com vistas ao cumprimento de atos e instruções normativas pertinentes;

VI – elaborar prestação de contas das unidades da SES e do FES para encaminhamento ao TCEMG;

VII – acompanhar e avaliar o desempenho orçamentário-financeiro global e de gestão da SES e do FES a fim de subsidiar a tomada de decisões estratégicas no tocante ao cumprimento das obrigações e ao atendimento dos objetivos e metas estabelecidas;

VIII – realizar as tomadas de contas dos responsáveis pela execução do exercício financeiro e demais tomadas de contas que se façam necessárias;

IX – atuar na proposição de melhorias nos processos de contratação e execução;

X – realizar a descentralização escritural dos recursos financeiros para as Unidades Regionais de Saúde;

XI – coordenar, orientar e realizar a instrução de processos e gestão de arquivo no âmbito da diretoria;

XII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 54 – A Diretoria de Convênios e Resoluções tem como competência executar os procedimentos referentes à formalização e à alteração de convênios de saída e acompanhar a execução orçamentária e financeira de convênios, de resoluções, de portarias e demais instrumentos de recursos de entrada, com atribuições de:

- I – acompanhar e operacionalizar os atos de gestão dos convênios, resoluções e instrumentos congêneres firmados pela SES;
- II – acompanhar a execução orçamentária e financeira de convênios, contratos de repasse, portarias e resoluções de programas, projetos de saúde ou emendas parlamentares;
- III – identificar e elaborar ato normativo próprio que designa a área responsável pela gestão, fiscalização e execução de recursos de convênios, contratos de repasse, portarias e resoluções;
- IV – administrar setorialmente os sistemas de governança eletrônica de acompanhamento de recursos de convênios, contratos de repasse, portarias e resoluções;
- V – coordenar a formalização e a execução de projetos e ações voltados à captação de recursos federais e emendas parlamentares;
- VI – monitorar a alocação e execução do recurso federal na SES, realizar a sua prestação de contas e gerenciar a sua devolução;
- VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art.55 – A Diretoria de Planejamento e Orçamento tem como competência gerenciar as atividades de planejamento e orçamento da SES, com atribuições de:

- I – coordenar o processo de elaboração, revisão, monitoramento e avaliação do Plano Plurianual de Ação Governamental;
- II – coordenar a elaboração da proposta orçamentária;
- III – elaborar a programação orçamentária da despesa;
- IV – acompanhar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa;
- V – avaliar a necessidade de recursos adicionais e elaborar as solicitações de créditos suplementares a serem encaminhadas ao órgão central de planejamento e orçamento;

VI – responsabilizar pela gestão orçamentária dos fundos dos quais a SES participar como órgão gestor;

VII – acompanhar e avaliar o desempenho global da SES a fim de subsidiar as decisões relativas à gestão de receitas e despesas públicas visando à alocação eficiente dos recursos e o cumprimento de objetivos e metas estabelecidos;

VIII – realizar a descentralização dos recursos orçamentários;

IX – gerenciar o registro, a transmissão e a homologação da aplicação de recursos de saúde no âmbito do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – Siops e prestar suporte técnico aos municípios;

X – analisar e propor diretrizes e ações para aprimorar a qualidade do gasto financiado com recursos provenientes da programação orçamentária do FES;

XI – coordenar, orientar e realizar a instrução de processos e gestão de arquivo no âmbito da diretoria;

XII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 56 – A Diretoria de Prestação de Contas tem como competência gerenciar os processos de prestação de contas de convênios, parcerias estaduais e de instrumentos de entrada, com atribuições de:

I – realizar a análise financeira das prestações de contas suprarregionais;

II – operacionalizar o processo de bloqueio e desbloqueio de credores;

III – gerenciar o processo administrativo de constituição do crédito estadual não tributário de processos suprarregionais;

IV – acompanhar as devoluções e parcelamentos referentes a débitos de beneficiários;

V – consolidar e dar andamento ao processo de prestação de contas de recursos recebidos por meio de convênios de entrada;

VI – acompanhar, orientar e capacitar as unidades da SES e as unidades regionais de saúde quanto à análise financeira das prestações de contas de convênios e termos de metas ou compromissos;

VII – realizar análise financeira da prestação de contas de Termos de Descentralização de Crédito Orçamentário firmados entre a SES e outros órgãos do Estado;

VIII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 57 – A Superintendência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas tem como competência gerir políticas de pessoal e ações estratégicas de recursos humanos com atribuições de:

I – planejar, coordenar, orientar e executar as atividades relativas à gestão de pessoas na SES;

II – monitorar a implementação da política de gestão de pessoas no âmbito do Sistema Estadual de Saúde;

III – supervisionar a realização de projetos, programas e pesquisas que visem à inovação na política e nas práticas de gestão de pessoas;

IV – avaliar e monitorar a eficácia das políticas internas de gestão de pessoas;

V – mediar as relações sindicais e demais instâncias de negociação no âmbito da SES;

VI – realizar o controle técnico-jurídico dos atos e processos, no âmbito da superintendência;

VII – supervisionar a gestão da força de trabalho e as ações de desenvolvimento das políticas e das práticas de gestão de recursos humanos;

VIII – gerir os atos de nomeação e exoneração de cargos comissionados, designação e revogação de funções gratificadas.

Art. 58 – A Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento Humano tem como competência promover a gestão de pessoas, do trabalho e da educação em saúde, fomentar a cultura organizacional e gerir a força de trabalho, com atribuições de:

I – promover a implementação da política de gestão de pessoas garantindo o seu alinhamento com o planejamento governamental e institucional;

II – planejar, coordenar, executar e monitorar a Política de Desenvolvimento e Educação na Saúde;

III – avaliar e monitorar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Estado;

IV – coordenar a integração ensino-serviço por meio da política de estágios;

V – propor e coordenar estudos e pesquisas referentes à gestão de pessoas;

VI – definir e executar ações de acompanhamento funcional do quadro de pessoal da SES;

VII – propor e implementar ações de gestão da cultura organizacional, de qualidade de vida no trabalho, de saúde integral para os agentes públicos, de mediação de conflitos e prevenção à prática do assédio moral e sexual;

VIII – planejar e gerir ações de dimensionamento da força de trabalho, de provisão, de alocação, de desempenho e de desenvolvimento de pessoas visando alcançar os objetivos estratégicos institucionais;

IX – fomentar ações que visem valorizar os servidores da SES;

X – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 59 – A Diretoria de Recursos Humanos tem como competência gerir e otimizar os processos funcionais e de pagamento de pessoal, com atribuições de:

I – executar as atividades referentes a atos de admissão, à lotação, à evolução na carreira, à concessão de direitos e vantagens, a licenças, a afastamentos, à aposentadoria, ao desligamento, à contagem de tempo, à frequência e processamento da folha de pagamento;

II – analisar e providenciar a instrução de processos de acumulação remunerada de cargos, funções ou empregos públicos de servidores da SES;

III – prestar orientação aos servidores e estagiários sobre direitos e deveres, legislação e políticas de pessoal;

IV – manter as informações dos servidores da SES continuamente atualizadas nos sistemas de gestão de pessoas;

V – gerir a contratação de estagiários;

VI – gerir os processos de contratação, por tempo determinado, para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, após homologação;

VII – gerenciar e controlar os procedimentos referentes às contribuições previdenciárias de servidores em afastamentos não remunerados e cedidos para empresas públicas ou para órgãos, autarquias e fundações que não compõem a estrutura do Poder Executivo;

VIII – garantir, no sistema de folha de pessoal, a correta alocação do servidor na unidade administrativa e no projeto-atividade correspondente;

IX – gerir e fiscalizar os instrumentos jurídicos e atos de cessão, de remoção, de movimentação e de licença para tratar de interesses particulares de servidores;

X – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 60 – A Superintendência de Infraestrutura, Logística e Contratações tem como competência propor diretrizes e supervisionar os processos de compras, de formalização de contratos e as ações de infraestrutura e de gestão logística e patrimonial, com atribuições de:

- I – supervisionar a condução dos processos de compras da fase de planejamento à homologação;
- II – supervisionar a formalização dos contratos, das atas de registro de preços, dos termos de cooperação técnica, de doação, de cessão e de permissão de uso;
- III – supervisionar as atividades de engenharia relacionadas às obras e à manutenção de infraestrutura predial destinadas aos estabelecimentos de saúde de interesse da SES;
- IV – supervisionar os procedimentos referentes à gestão logística e patrimonial;
- V – supervisionar as ações da Comissão de Apuração de Responsabilidade e Aplicação de Penalidade, no âmbito da instrução do processo administrativo de responsabilização;
- VI – gerenciar e orientar as atividades relacionadas à frota de veículos oficiais do nível central da SES;
- VII – orientar as atividades relacionadas à frota de veículos oficiais nas Unidades Regionais de Saúde;
- VIII – zelar pelo controle de dados da SES no Portal de Compras e Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviços – Siad ou equivalente;
- IX – adotar medidas de sustentabilidade, tendo em vista a preservação e o respeito ao meio ambiente, observando as diretrizes da Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável – Semad e da Seplag;
- X – planejar, coordenar, orientar e realizar as atividades referentes à elaboração, à execução, ao acompanhamento e à revisão do Plano Anual de Contratações – PAC da SES;
- XI – coordenar as atividades de gestão de compras públicas, gestão logística e patrimonial, e de viagens a serviço e concessão de diárias ao servidor.

Art. 61 – A Diretoria de Compras tem como competência padronizar, orientar, analisar e executar atividades relacionadas à contratação de bens

e serviços, locação e concessão de uso de bens públicos, com atribuições de:

I – coordenar, com subsídio técnico das áreas demandantes, as atividades necessárias para planejamento, instauração e instrução das contratações públicas;

II – realizar pesquisas de preços em processos licitatórios e dispensas de licitação, bem como avaliar justificativa de preços de contratações diretas;

III – elaborar editais dos certames licitatórios e de chamamento público, bem como atos de autorização da autoridade competente das contratações diretas;

IV – coordenar as atividades dos pregoeiros, do agente de contratação e da Comissão de Contratação;

V – apoiar a execução de despesas referente às contratações públicas do nível central.

Art. 62 – A Diretoria de Formalização de Contratos tem como competência realizar a formalização dos contratos, das atas de registro de preços, dos termos de cooperação técnica, de doação, de cessão e de permissão de uso, com atribuições de:

I – elaborar e formalizar contratos, atas de registro de preço, termos de cooperação técnica, bem como suas respectivas alterações;

II – elaborar e formalizar os termos de doação, de cessão e de permissão de uso dos bens móveis, bem como suas respectivas alterações;

III – elaborar e formalizar os termos de cessão e de permissão de uso dos bens imóveis, bem como suas respectivas alterações;

IV – conduzir o processo administrativo de responsabilização;

V – conduzir os processos de apuração de descumprimento do Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG.

§ 1º – Cabe às áreas temáticas do nível central e das Unidades Regionais de Saúde instaurar e instruir os respectivos processos a que se refere o *caput*.

§ 2º – Para o inciso IV e V, cabe ao Ordenador de Despesas instaurar, dar subsídio técnico à Comissão Processante e proferir decisão.

Art. 63 – A Diretoria de Infraestrutura Física e Engenharia tem como competência gerenciar, monitorar ou executar as atividades de engenharia relacionadas às obras e à manutenção de infraestrutura predial destinadas aos estabelecimentos de saúde de interesse da SES, com atribuições de:

I – assessorar as áreas demandantes e prestar o suporte técnico relativo às atividades e aos serviços de engenharia;

II – proceder à análise de estudos preliminares, anteprojetos, projetos arquitetônicos e complementares, básicos ou executivos, e demais documentos técnicos relacionados às obras de construção, ampliação, reforma e revitalização;

III – analisar, especificar e padronizar, juntamente com as áreas demandantes da SES, o escopo técnico dos processos de aquisição de equipamentos, materiais permanentes e médico-hospitalares, exceto instrumentário;

IV – avaliar os custos dos projetos, obras e serviços de engenharia;

V – definir diretrizes para elaboração de projetos de engenharia, arquitetônicos e complementares de acordo com as referências de dimensionamento apresentadas pelas áreas demandantes;

VI – realizar diagnóstico da rede física e infraestrutura das unidades administrativas da SES e propor mudanças e melhorias;

VII – avaliar, acompanhar e monitorar, direta ou indiretamente, a execução física e financeira das obras e dos serviços da rede física da SES;

VIII – acompanhar a execução de projetos arquitetônicos e complementares, básicos e executivos, realização de obras de construção, reforma, ampliação e revitalização, em observância às competências do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais – DER;

IX – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 64 – A Diretoria de Logística e Patrimônio tem como competência controlar, executar e orientar os procedimentos referentes à gestão logística e patrimonial, com atribuições de:

I – coordenar e executar atividades de transporte, guarda, conservação e manutenção de veículos do nível central de acordo com a regulamentação específica relativa à gestão da frota oficial;

II – coordenar, orientar e gerenciar as atividades relacionadas à aquisição de passagens aéreas nacionais e internacionais, bem como rodoviárias nacionais, no âmbito do nível central da SES;

III – gerir os arquivos da SES de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Arquivo Público Mineiro e pelo Conselho Estadual de Arquivos;

IV – gerenciar e executar as atividades de administração de materiais, inclusive os que são objeto de cessão ou permissão de uso do nível central, bem como orientar as Unidades Regionais na execução dessas atividades;

V – controlar e avaliar as atividades relacionadas ao estoque de medicamentos, insumos médico-hospitalares e materiais de consumo e permanentes no âmbito do almoxarifado central da SES;

VI – prestar suporte à comissão de inventário e monitorar os bens móveis da SES no nível central, bem como orientar as Unidades Regionais na execução dessas atividades;

VII – gerenciar e executar as atividades de administração do patrimônio imobiliário e dos demais imóveis em uso pelas unidades da SES inclusive os que são objeto de cessão, concessão, permissão e autorização de uso;

VIII – gerenciar as atividades relacionadas ao transporte de materiais;

IX – controlar transferências, baixas, aquisições e qualquer outra alteração na carga patrimonial no nível central da SES;

X – orientar, acompanhar e prestar suporte técnico nas ações e serviços desempenhados pelas Unidades Regionais de Saúde, no âmbito de sua atuação, em especial, as de gestão de frota, logística e patrimonial;

XI – zelar pela preservação da documentação e informação institucional;

XII – gerenciar e executar as atividades necessárias para o planejamento, e processamento das aquisições de bens e contratações de serviços e obras, conforme demanda devidamente especificada pelas unidades da SES;

XIII – acompanhar e fiscalizar a execução dos contratos na sua área de atuação, bem como orientar a execução dessas atividades pelas unidades administrativas da SES.

Art. 65 – A Subsecretaria de Regionalização tem como competência promover a governança regionalizada das políticas de saúde, com atribuições de:

I – implantar e monitorar as políticas de saúde no âmbito da SES;

II – gerenciar as comissões intergestores bipartite estadual, macrorregionais e microrregionais;

III – acompanhar as decisões da Comissão Intergestores Tripartite;

IV – coordenar a elaboração de estudos e análises de regionalização em saúde;

V – coordenar ajustes e revisões do Plano Diretor de Regionalização;

VI – promover ações de desenvolvimento dos consórcios e coordenar a relação institucional entre estes e as áreas técnicas da SES.

Art. 66 – A Superintendência de Integração Regional tem como competência supervisionar a implantação e a implementação das políticas de saúde, com atribuições de:

I – supervisionar a articulação das políticas de saúde em conformidade com as especificidades do território;

II – supervisionar o monitoramento da execução das políticas estaduais de saúde formalizadas por Termos de Adesão, Compromisso ou Metas;

III – promover o alinhamento dos instrumentos de planejamento regional com as necessidades de saúde da população e as diretrizes da gestão.

Art. 67 – A Diretoria de Articulação Regional de Políticas de Saúde tem como competência articular a implantação e implementação das políticas de saúde em conformidade com as especificidades do território, com atribuições de:

- I – coordenar a adequação das propostas de deliberações CIB formalizadas por Termos de Adesão, Compromisso ou Metas;
- II – gerenciar a adesão às políticas estaduais de saúde, formalizadas por termos de que trata no inciso I;
- III – fomentar a adesão às políticas de saúde federais;
- IV – coordenar o acompanhamento da execução das políticas de saúde federais realizada pelas Unidades Regionais de Saúde;
- V – gerenciar as necessidades de treinamento e qualificação das Unidades Regionais de Saúde em relação à implantação de políticas de saúde;
- VI – fomentar o processo de descentralização da gestão dos prestadores de média e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar;
- VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 68 – A Diretoria de Monitoramento de Políticas de Saúde tem como competência monitorar a execução das políticas estaduais de saúde formalizadas por Termos de Adesão, Compromisso ou Metas, com atribuições de:

- I – gerenciar a coleta dos dados e das informações relacionados ao cumprimento dos indicadores e metas;
- II – coordenar os procedimentos de apuração de resultados de indicadores e metas realizados pelas Unidades Regionais de Saúde;
- III – analisar o desempenho e a performance dos indicadores monitorados;
- IV – coordenar a execução orçamentária e financeira realizada pelas Unidades Regionais de Saúde, no âmbito das políticas monitoradas;

V – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 69 – As Superintendências Regionais de Saúde – SRS e as Gerências Regionais de Saúde – GRS, denominadas Unidades Regionais de Saúde, são unidades administrativas da SES e têm como competência gerir as políticas e ações de saúde no âmbito de sua área de abrangência, com atribuições de:

I – coordenar a implementação das redes e as ações de saúde;

II – promover ações de vigilância em saúde;

III – coordenar a regulação da atenção à saúde e do acesso aos insumos e aos serviços de saúde;

IV – coordenar a governança regional em saúde;

V – coordenar as ações administrativas e financeiras internas, de prestação de contas e relacionadas à ouvidoria;

VI – coordenar e implementar a assistência farmacêutica;

VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.

Art. 70 – A gestão do processo de elaboração e monitoramento das políticas públicas de saúde estabelecidas neste decreto será implementada de forma gradual e regulamentada por resolução da SES.

Art. 71 – Fica revogado o [Decreto nº 47.769, de 29 de novembro de 2019](#).

Art. 72 – Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, aos 31 de julho de 2023; 235º da Inconfidência Mineira e 202º da Independência do Brasil.

ROMEU ZEMA NETO



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.