

Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017

IDENTIFICAÇÃO:

Prefeitura Municipal de Saúde de Uberaba

Código IBGE: 317010

Fundo Municipal de Saúde / CNPJ matriz: 13.809.927/0001-19

Endereço Secretaria de Saúde: Av. Guilherme Ferreira, 1539 – Cidade Jardim

Telefone: (34) 3331-2748/3331-2730

e-mail: saude@uberaba.mg.gov.br; planejamento.saude@uberaba.mg.gov.br

GESTORES MUNICIPAIS:

Prefeito do Município: Paulo Piau Nogueira

Número de Telefone com DDD: (34) 3318-2007

Endereço eletrônico (e-mail): prefeitopaulopiau@uberaba.mg.gov.br

Secretário Municipal de Saúde: Fahim Miguel Sawan

Telefone com DDD: (34) 3331-2748

e-mail: saude@uberaba.mg.gov.br / planejamento.saude@uberaba.mg.gov.br

**TÉCNICOS E CONSELHEIROS QUE PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE UBERABA 2014-2017**

Adriana Naves Coelho
Alessandra Bazaga Baptista
Alline Alves de Souza
Ana Carolina Parolini Borges
Ana Lúcia Vasconcelos e Paula
Ana Vera Abdanur C. Silveira
Andreza Siskoneto F. Dias
Antonio Carlos Barbosa
Beatriz Alves Ferreira
Carlos Francisco de Faria
Cristiane Pereira Fernandes
Deborah Sarraff Souza Delfino
Eduardo Borges N. Ferro
Elaine Teles Vilela Teodoro
Érica Maria Ferreira
Fernanda Araújo de Paula
Gabriela B. Tiveron
Gustavo dos Reis M. Silva
Ireni dos Reis da Silva
Jania Lucia de S. Carvalho
José Fernandes de O. Neto
Judete Silva Nunes
Juliana BB Ribeiro
Julyene Soares
Kelly Souza Melo S. Vinhal
Laércio Mangucci Júnior
Larissa Teixeira Alves
Leonice Rodrigues de Sousa
Luciana Sueli Cristino
Márcio Olímpio Reis
Marco Túlio Azevedo Cury
Maria Clara de Vasconcelos Afonso
Mauricio Moura de Oliveira
Mônica Arantes Ribeiro Campos
Nádia Maria de Souza Mazeto
Nelson Ranieri Tirone
Patrícia Emmanuelle da Cruz
Pollyanne Eduardo A. de Lima

Renata Machado Borges
Rita de Cássia R. Sene
Rivia Cristina Tirone do Carmo
Robert B. de Souza
Rodrigo F. Oliveira
Rômulo Batista
Rubinéia Stefania da Silva
Sandra Mara Polveiro S. Oliveira
Sérgio Henrique Marçal
Simone Alves da Mata
Valéria Calil
Virgínia Oliveira Coelho
Vivian Sabino Piantamar
Viviane Miranda Bartonelli
Viviane Soares e Souza
Walter Maluf
Weverton Cleber Barbosa da Silva

CONSELHEIROS DE SAÚDE

Segmento Governo

TITULAR: FAHIM MIGUEL SAWAN
SUPLENTE: VALÉRIA CALIL ABRÃO SALOMÃO
TITULAR: MANOEL TAVARES NETO
SUPLENTE: MARIA SANDRA BASTOS SIQUEIRA
TITULAR: CLÁUDIA CRISTINA DA SILVA
SUPLENTE: MICHELE CARVALHO SANTOS

Segmento Prestador

TITULAR: LUIZ ANTÔNIO PERTILI R. DE RESENDE
SUPLENTE: MARINA CARVALHO PASCHOINI
TITULAR: DENISE MALVINA DIAS MONTEIRO
SUPLENTE: JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA
TITULAR: ULISSES ANTONIO COTA

Segmento Trabalhador Do SUS

TITULAR: RITA DE CÁSSIA RODRIGUES SENE
SUPLENTE: MARCOS ABEL DOMINGUES
TITULAR: BEATRIZ ALVES FERREIRA
SUPLENTE: MARISTELA MARQUES AMUI
TITULAR: MAURÍCIO FERREIRA
TITULAR: MARIETA DE MAGALHÃES BARBALHO
TITULAR: FERNANDO HENRIQUE IGNÁCIO DOS SANTOS
TITULAR: DIEGO CRUVINEL MACIEL

Segmento Usuário Do SUS

TITULAR: ELIZEU DO CARMO ARAÚJO
SUPLENTE: JOSÉ EUSTÁQUIO DE OLIVEIRA
TITULAR: ANTÔNIO REGINALDO C. DA FONSECA
SUPLENTE: LÁZARO GONÇALVES FERREIRA
TITULAR: SILVANO BIBIANO DO VALE
SUPLENTE: ALAN DAMAS
TITULAR: JOAQUINA DE FÁTIMA MENDONÇA
SUPLENTE: CÉSAR AUGUSTO DE MORAIS
SUPLENTE: AURÉLIO LUIZ DA COSTA JÚNIOR
TITULAR: BENEDITO LIBERALINO
TITULAR: WEUFALE EUSTÁQUIO DINIZ
TITULAR: MARIA ROSA FLORENTINO
TITULAR: GENILDA DE ALMEIDA BRITO
SUPLENTE: SOLANGE BUCK

GLOSSÁRIO

ACIU	Associação Comercial e Industrial de Uberaba
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMQ	Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia da Família
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Área de Proteção Ambiental
APAC	Autorização de processo de alta complexidade
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
Assejur	Assessoria Jurídica
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (vacina contra Tuberculose)
BLH	Banco de Leite Humano
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAIST	Centro de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAMM	Centro de Atenção Multiprofissional do Município
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEMED	Controle de materiais e medicamentos
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Centro Integrado de Diagnóstico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CODAU	Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba
Cria	Centro de Referência da Infância e adolescência
Crie	Centro de Referência para imunobiológicos especiais
CRU	Clínica Radiológica de Uberaba
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI/PNS	Comitê Temático Interdisciplinar de Informação para gestão do Plano Nacional de Saúde
DANT	Doenças e Agravos não transmissíveis
DAA	Departamento de Auditoria Assistencial
DDA	Doença Diarréica Aguda
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

DPT	Tríplice Bacteriana
DT	Dupla Adulto e dupla infantil
ESF	Equipe de Saúde da Família
ETA	Estação de Tratamento de Água
ETE	Estação de Tratamento de Esgoto
FPB	Farmácia Popular do Brasil
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FormSUS	Um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB
GRS	Gerência Regional de Saúde
HIB	Haemophilus Influenzae B
IDB	Indicadores de Dados Básicos
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IMC	Índice de Massa Corporal
INAM	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IRA	Infecção Respiratória Aguda
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesão por esforço repetitivo
LIRAa	Levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i>
LOA	Lei Orçamentária Anual
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPAD	Núcleo de Pesquisa em Apoio Diagnóstico
Nuprevu	Núcleo de Prevenção à Violência de Uberaba
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAI/PAD	Programa de Prevenção ao Abuso de Álcool
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAP	Programa de Ações Prioritárias
PAS	Programação Anual de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCDCH	Programa de Controle da Doença de Chagas
PCFAD	Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PlanejaSUS	PlanejaSUS
PMU	Prefeitura Municipal de Uberaba
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
Proesf	Projeto de expansão e consolidação de Saúde da Família
Pronaci	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RELSP	Rede Estadual de Laboratório de Saúde Pública
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Estabilização
SEDES	Secretaria de Desenvolvimento Social
SEMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIP	Sistema de Informação de Processos
Sipat	Semana Interna de Prevenção de Acidentes
Siságua	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água
Siscolo	Sistema de Informação do Câncer do Colo do útero
Sismama	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SIS/Pré-natal	Sistema de Informação em Saúde de Pré-natal
Sissolo	Sistema de Informação de áreas com populações expostas a riscos de solos contaminados
Sisvan	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uniube	Universidade de Uberaba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde
VHB	Vírus da Hepatite B

SUMÁRIO:

APRESENTAÇÃO	15
Histórico do Município	17
1 - Análise Situacional	18
1.1 – Condições de Saúde	18
1.1.1 – Panorama Demográfico	18
1.1.2 – Morbidade.....	23
1.1.3 – Mortalidade	37
1.2 – Determinantes e Condicionantes de Saúde.....	46
1.2.1 – Aspectos Socioeconômicos.....	46
1.2.2 – Condições de Vida, Trabalho e Ambiente.....	52
1.2.3 – Hábitos e Estilo de Vida	59
1.3 – Acesso a Ações e Serviços de Saúde	63
1.3.1 – Atenção à Saúde	65
1.3.2 – Vigilância em Saúde	105
1.4 – Gestão em Saúde	122
Anexo – Medicamentos da Farmácia Básica	141
2 – Objetivos, Diretrizes e Metas	145
1º Eixo – Condições de Saúde da População	145
2º Eixo – Determinantes e Condicionantes	152
3º Eixo – Gestão em Saúde	153
Operacionalização	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1 – Pirâmide Etária de Uberaba, MG – 1991.....	18
Figura 2 - Pirâmide Etária de Uberaba, MG – 2000.....	19
Figura 3 – Pirâmide Etária de Uberaba – estimativas IBGE 2012.....	19
Figura 4 – População por faixa etária no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.....	20
Figura 5 – População por sexo no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.....	20
Figura 6 – Nascidos vivos, segundo sexo, nos anos de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.....	21
Figura 7 – Percentual de idosos residentes com outro paciente por ano e sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.....	22
Figura 8 – Percentual das doenças de notificação compulsória encerradas oportunamente...	24
Figura 9 – Cobertura Vacinal no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.....	24
Figura 10 – Percentual de notificações de Doenças Transmissíveis no ano de 2012 em Uberaba/MG.....	25
Figura 11 - Notificações de Varicela, segundo faixa etária, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	25
Figura 12 Percentual de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar, no período de 2008 a 2011 em Uberaba/MG.....	26
Figura 13 – Taxa de incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	27
Figura 14 – Percentual de notificações de Meningite, segundo evolução, referente ao período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	28
Figura 15 – Incidência de Sífilis Congênita no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	30
Figura 16 – Número de Notificações de Hepatites Virais no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	30
Figura 17 – Internações por Diabetes Mellitus, Hipertensão e outras doenças hipertensivas, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	31
Figura 18 - Cinco principais causas de internações por Neoplasias no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	32

Figura 19 - Número de casos de Dengue, confirmados, no período de 2008 a 2012, em Uberaba/MG.....	33
Figura 20 – Internações por outras causas externas, segundo sexo no ano de 2012	35
Figura 21 – Taxa de internação por fratura do fêmur, em idosos, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	36
Figura 22 – Dez principais causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo, no ano de 2012 em Uberaba/MG.....	42
Figura 23 – Percentual de óbitos por neoplasias, no ano de 2012 em Uberaba/MG.....	42
Figura 24 – Percentual de óbitos por acidentes de transporte, segundo sexo, no ano de 2012 em Uberaba/MG.....	43
Figura 25 – Óbitos em Uberaba por Homicídio, segundo sexo, no ano de 2012.....	44
Figura 26 – Taxa de mortalidade infantil no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	45
Figura 27 – Taxa de mortalidade infantil no Brasil e na Região Sudeste, no período de 2008 a 2011	45
Figura 28 – Renda média domiciliar per capita nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.....	47
Figura 29 – Percentual da população com renda inferior a ½ salário mínimo, nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.....	47
Figura 30 – População alfabetizada por ano e faixa etária nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.....	48
Figura 31 – Distribuição da população de 15 anos ou mais, por escolaridade e sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.....	48
Figura 32 – Comparativo da Taxa de Desemprego da População com 16ª e mais, economicamente ativa, desocupada, nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba, Minas Gerais e Brasil.....	49
Figura 33 – População Infantil (10 a 15 anos) ocupada nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.....	49
Figura 34 – Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo sexo, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG.....	62
Figura 35 – Nascidos vivos segundo consultas de pré-natal, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.....	77

Figura 36 – Nascidos vivos segundo peso ao nascer, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.....	77
Figura 37 – Percentual de nascidos vivos segundo tipo de parto, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.....	78
Figura 38 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	79
Figura 39 – Percentual de seguimento de lesões de alto grau do colo do útero, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	79
Figura 40 – Razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos realizadas no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	80
Figura 41 – Cobertura das equipes de saúde bucal, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	85
Figura 42 – Média da escovação dental supervisionada, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	85
Figura 43 – Percentual de Imóveis visitados para controle da Dengue no período de 2005 a 2013 em Uberaba/MG.....	114
Figura 44 – Número de visitas domiciliares para controle de zoonoses e pragas urbanas no Período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG.....	115
Figura 45 – Número de imóveis trabalhados para o controle da Doença de Chagas, no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG	116
Figura 46 – Número de animais vacinados, no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG.....	117
Figura 47 – Número de ações de educação em Saúde e mobilização social, no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG.....	118

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1 – População de Uberaba por faixa etária e sexo, do ano de 1991.....	18
Tabela 2 – População de Uberaba por faixa etária e sexo, do ano de 2000.....	19
Tabela 3 – População de Uberaba por faixa etária e sexo, estimativas IBGE do ano de 2012.....	19
Tabela 4 – Razão de sexos por faixa etária no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.....	21
Tabela 5 – Proporção de idosos no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.....	22
Tabela 6 – População por situação no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.....	23
Tabela 7 - Taxa de incidência de Hanseníase em Uberaba, no período de 2008 a 2012.....	27
Tabela 8 - Casos de AIDS em Uberaba segundo faixa etária no período de 2008 a maio de 2013.....	29
Tabela 9 – Internações por causas externas no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	35
Tabela 10 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2008 em Uberaba/MG.....	37
Tabela 11 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2009 em Uberaba/MG.....	38
Tabela 12 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2010 em Uberaba/MG.....	39
Tabela 13 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2011 em Uberaba/MG.....	40
Tabela 14 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2012 em Uberaba/MG.....	41
Tabela 15 – Óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, no período de 2008 a 2012, em Uberaba/MG.....	43
Tabela 16 – Razão de Mortalidade materna em Uberaba e Minas Gerais no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.....	46
Tabela 17 – Percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com Perfil Saúde totalmente acompanhadas, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG.....	52

Tabela 18 - Domicílios particulares permanentes e moradores em domicílios particulares permanentes, por forma de abastecimento de água, segundo as características do entorno – Censo Demográfico 2010.....	53
Tabela 19 - Domicílios particulares permanentes e moradores em domicílios particulares permanentes, por existência de banheiro ou sanitário e tipo de esgotamento sanitário, segundo as características do entorno – Censo Demográfico 2010.....	55
Tabela 20 - Domicílios particulares permanentes e moradores em domicílios particulares permanentes, por destino do lixo, segundo as características do entorno – Censo Demográfico 2010.....	57
Tabela 21 – Número de Acompanhamentos realizados pela Vigilância Alimentar e Nutricional, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG.....	59
Tabela 22 - Ação Monitorada pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais a partir do último Quadrimestre de 2012 e início de 2013, até o presente momento da população Hipertensa e Diabética.....	61
Tabela 23 – Medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular.....	89
Tabela 24 – Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para crianças de 6 a 18 meses, no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.....	96
Tabela 25 – Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para gestantes a partir da 20ª semana – ácido fólico, no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.....	96
Tabela 26 – Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para gestantes a partir da 20ª semana – Sulfato Ferroso, no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.....	96
Tabela 27 – Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para mulher até 3º mês pós-parto ou pós-aborto, no período de 2008 a 2013 em Uberaba/MG.....	97
Tabela 28 – Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador, segundo especialidade em Uberaba/MG.....	98
Tabela 29 – Metas de coletas e análises de água no ano de 2012.....	120
Tabela 30 – Metas de coletas e análises de água no ano de 2013.....	120

Apresentação

Apresentamos o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 04/06/2014, em sua reunião ordinária nº 25.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba tem como missão Planejar, executar e gerir os serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade na saúde e qualidade de vida dos cidadãos. Em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir a sua missão.

No processo de formulação do PMS 2014-2017, foram considerados a “bagagem” teórico-prática do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, visto que este apresentou avanços importantes no seu processo de construção e implantação, as propostas da Conferência Municipal de Saúde de 2011 os compromissos do Plano de Governo, o Pacto pela Saúde e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Minas Gerais.

Este plano foi construído pela equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, contando com envolvimento de todas as áreas técnicas de Assistência e de Gestão e participação do Conselho Municipal de Saúde, além de amplo conjunto de documentos de políticas de saúde originados em todas as instâncias do SUS. Desdobrar-se-á nas programações anuais de saúde. Deverá ser acompanhado e monitorado permanentemente pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e usuários do SUS em Uberaba.

Fahim Miguel Sawan
Secretário de Saúde
Decreto 016/2013

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o que é impossível”.

São Francisco de Assis

Histórico do Município

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhangüera, que ligava São Paulo a Goiás.

A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais, a conhecida “derrama”, atraindo grande contingente de exploradores desses recursos, o que provocou algumas batalhas contra populações indígenas nativas e negras de quilombos, visto que a colonização do território brasileiro previa o extermínio, se necessário, dessas populações.

Assim sendo, a segurança das tropas e caravanas que seguiram para Goiás era um requisito básico para a exploração das terras. Para tanto, o governo goiano nomeou em 1809, Comandante Regente dos Sertões da Farinha Podre, Antônio Eustáquio da Silva Oliveira, que liderando uma Bandeira de 30 homens, atinge o Rio Uberaba, fixando-se na margem esquerda do Córrego das Lages. Junto com Major Eustáquio, vieram fazendeiros e aventureiros que passaram a comerciar com as caravanas que circulavam por esta rota.

Em 1820, o rei D. João VI eleva Uberaba à condição de Freguesia, o que significou a emancipação em assuntos de ordem civil, militar e religiosa. As extensas propriedades que caracterizavam sua formação deveram-se aos baixos preços e isenção de impostos sobre as terras, dos quais foram beneficiários alguns dos que se dirigiram às regiões mineradoras de Goiás, notadamente a Desemboque, que rapidamente foram exauridas. Em 1840, tornou-se sede de Comarca, o que aumentou sua importância regional sendo alçada, em 1856, da condição de Vila para Cidade. Nesta época, já tinha grande importância como centro comercial.

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia.

A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca 315.360 habitantes.

1 – Análise Situacional

1.1 – Condições de Saúde

1.1.1 – Panorama Demográfico

Em 2012, o município de Uberaba tinha uma população estimada de 302.623 habitantes (IBGE). As Figuras 1, 2 e 3 apresentam a Pirâmide Etária do Município nos anos de 1991, 2000 e 2012, respectivamente. Na Figura 1 a pirâmide possui uma base mais larga que o ápice e o inverso acontece na Figura 3, indicando que atualmente apresenta-se baixa natalidade, grande número de adultos e aumento da expectativa de vida.

Nas Figuras 4 e 5, a população de Uberaba no período de 2007 a 2012 encontra-se predominante na faixa etária entre 20 a 49 anos sendo o sexo feminino dominante, o que corrobora tanto com as pirâmides quanto com a razão de sexos da Tabela 4.

A Figura 6 e a Tabela 4 mostram que do nascimento até a idade de 29 anos o número de pessoas é maior no sexo masculino, o que vai diminuindo a partir daí, reflexo da sobremortalidade masculina decorrente da alta incidência de óbitos por causas violentas. Em 2011, o número de nascidos vivos do sexo feminino foi ligeiramente maior que do sexo masculino.

Em 2010 houve uma queda no número da população na faixa etária de 01 a 14 anos em relação aos anos anteriores (Figura 4).

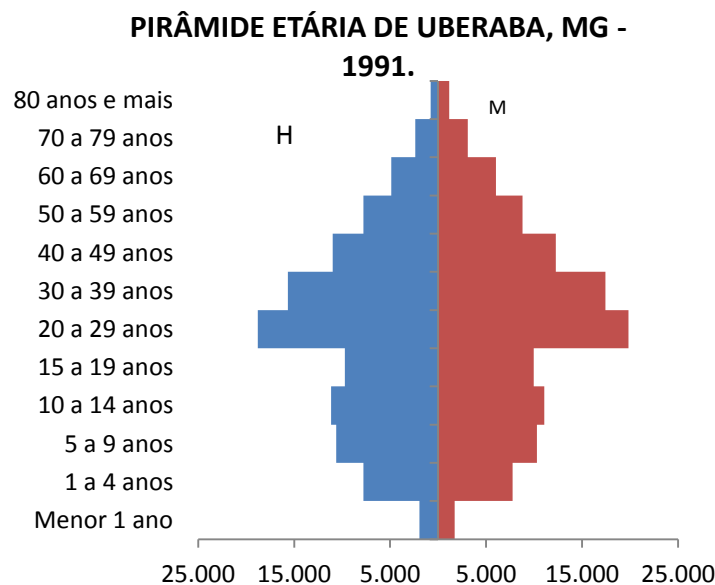


Figura 1 - Pirâmide Etária de Uberaba, MG – 1991.
Fonte: DATASUS, acesso em 15/04/13.

Tabela 1 - – População de Uberaba por Faixa Etária e Sexo, do ano de 1991.

Faixa Etária	HOMENS	MULHERES	Total
< 1 a	1942	1735	3677
1-4 a	7788	7759	15547
5-9 a	10619	10273	20892
10-14 a	11163	11071	22234
15-19 a	9702	9945	19647
20-29 a	18783	19824	38607
30-39 a	15653	17432	33085
40-49 a	10989	12255	23244
50-59 a	7771	8788	16559
60-69 a	4891	6018	10909
70-79 a	2383	3080	5463
80 a e +	793	1167	1960
Total	102477	109347	211824

Fonte: DATASUS, acesso em 15/04/13.

PIRÂMIDE ETÁRIA DE UBERABA, MG -

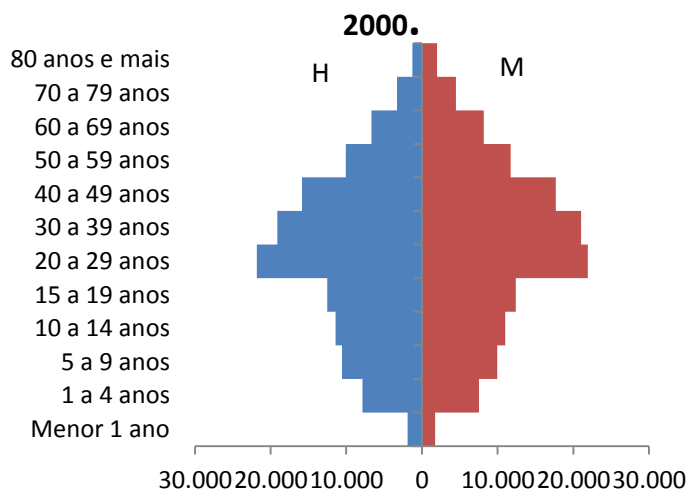


Figura 2 - Pirâmide Etária de Uberaba, MG – 2000.

Fonte: DATASUS, acesso em 15/04/13.

Tabela 2 – População de Uberaba por Faixa Etária e Sexo, do ano de 2000.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
< 1 a	1887	1754	3641
1-4 a	7877	7544	15421
5-9 a	10587	9932	20519
10-14 a	11402	11001	22403
15-19 a	12511	12390	24901
20-29 a	21820	21917	43737
30-39 a	19111	21051	40162
40-49 a	15878	17702	33580
50-59 a	10078	11728	21806
60-69 a	6679	8175	14854
70-79 a	3278	4500	7778
80 a e +	1245	2004	3249
Total	122.353	129.698	252.051

Fonte: DATASUS, acesso em 15/04/13.

PIRÂMIDE ETÁRIA DE UBERABA, estimativas IBGE - 2012.

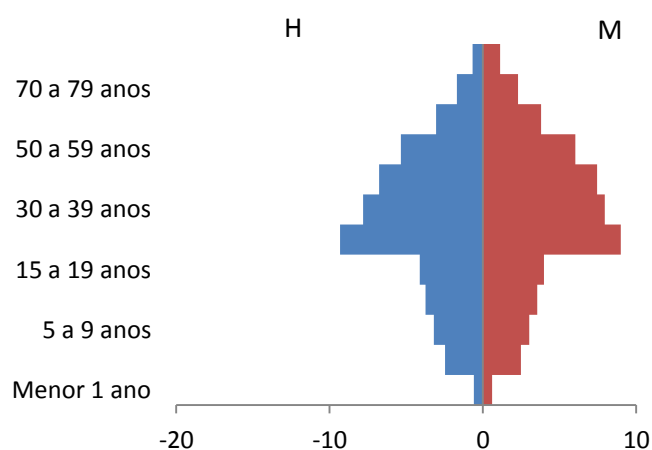


Figura 3 - Pirâmide Etária de Uberaba – estimativas IBGE 2012.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Tabela 3 – População de Uberaba por Faixa Etária e Sexo, estimativas IBGE - ano de 2012.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
< 1 a	1843	1799	3642
1-4 a	7477	7477	14954
5-9 a	9659	9130	18789
10-14 a	11367	10739	22106
15-19 a	12479	12089	24568
20-29 a	28197	27243	55440
30-39 a	23643	24046	47689
40-49 a	20466	22550	43016
50-59 a	16188	18222	34410
60-69 a	9256	11498	20754
70-79 a	5103	6937	12040
80 a e +	2020	3388	5408
Total	147698	155118	302816

Fonte: DATASUS, acesso em 15/04/13.

População por faixa etária no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG

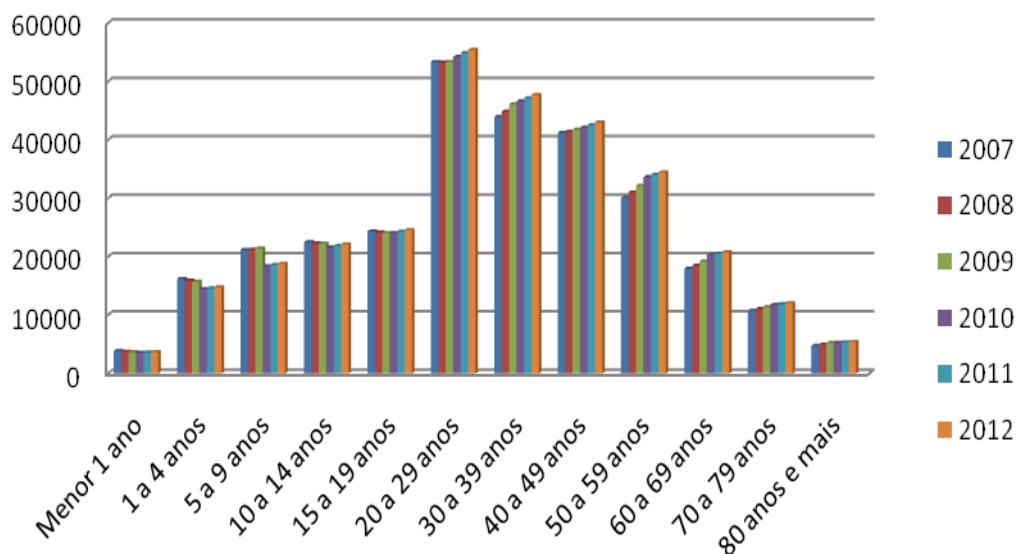


Figura 4 - População por faixa etária no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG
 Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

População por sexo, no período de 2007 a 2012, em Uberaba/MG.

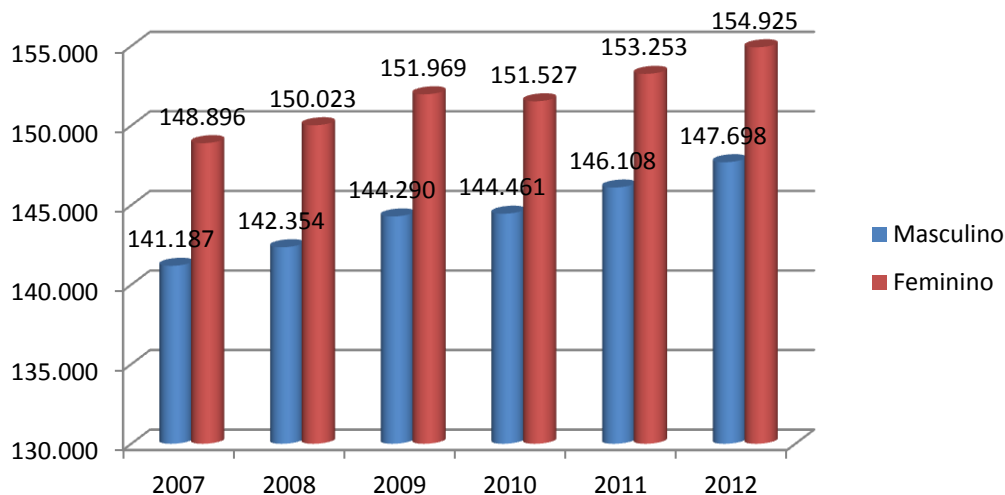


Figura 5 - População por sexo no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.
 Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Nascidos Vivos, segundo sexo, nos anos de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.

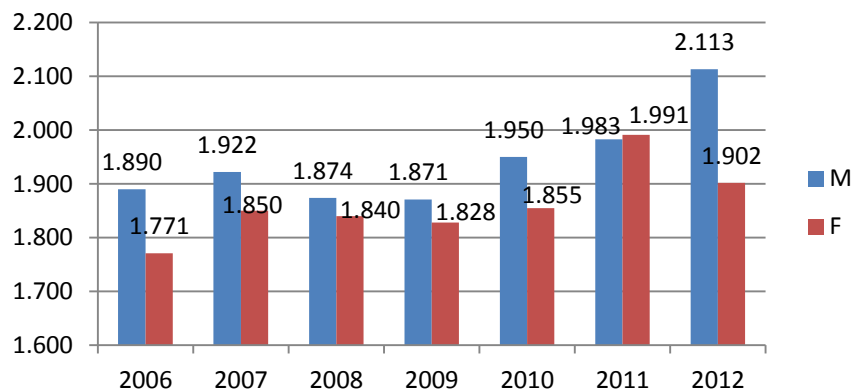


Figura 6 - Nascidos Vivos, segundo sexo, nos anos de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: Sinasc/Vigepi, abril de 2013.

Tabela 4 - Razão de sexo por faixa etária no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.

	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
2007	104,5	104,9	104,8	107	105,9	101,2	95,4	88,5	85,9	81,7	72,8	62,7
2008	109,5	104,9	104,6	106,6	106,6	101,5	96,3	88,4	86,2	81,3	73,1	62,3
2009	104,6	104,9	104,6	106,2	107,2	101,9	97,03	88,3	86,4	80,9	73,4	61,9
2010	102,5	102,6	105,8	105,9	103,2	103,5	98,3	90,8	88,8	80,5	73,6	59,6
2011	102,5	102,6	105,8	105,8	103,2	103,5	98,3	90,8	88,8	80,5	73,6	59,7
2012	102,5	100	105,8	105,9	103,2	103,5	98,3	90,8	88,8	80,5	73,6	59,6

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13

Uberaba possui, segundo estimativa do IBGE para 2012, 38.202 idosos – mais de 60 anos (Tabela 5); em 2000 eram 25.881 pessoas com mais de 60 anos (Tabela 2) sugerindo que Uberaba acompanha uma tendência mundial de significativo aumento da população idosa. Uma importante consequência desse aumento é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições que requerem mais serviços sociais e assistenciais por mais tempo.

A Tabela 5 também mostra que a proporção de pessoas de 60 anos e mais na população geral vem apresentando tendência ascendente, sendo que nos anos de 2010 a 2012 esta proporção se manteve. Referente ao percentual de idosos residentes com outro parente - Figura 7, verifica-se que no sexo masculino esse percentual se manteve e no sexo feminino houve uma queda.

Tabela 5 - Proporção de idosos no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG.

Ano	Idosos	Total	Proporção de idosos
2007	33493	290083	11,55
2008	34503	292377	11,8
2009	35808	296259	12,08
2010	37365	295988	12,62
2011	37791	299361	12,62
2012	38202	302623	12,62

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Percentual de idosos residentes com outro parente por ano e sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG

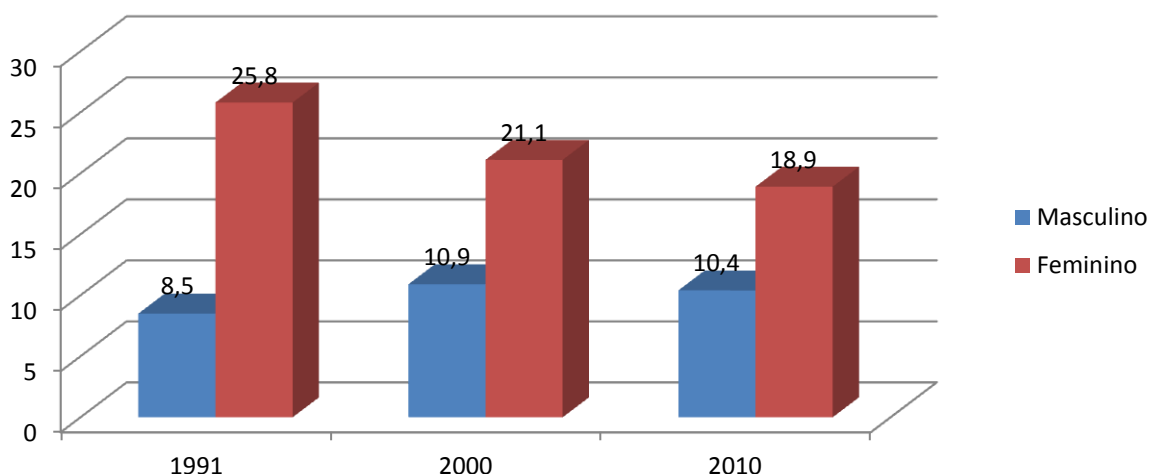


Figura 7 - Percentual de idosos residentes com outro parente por ano e sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

A Tabela abaixo demonstra que o município de Uberaba possui alto grau de urbanização, 97,77% da população, conforme Censo de 2010.

Tabela 6 - População por situação no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG

Ano	Urbana	Rural	Ignorado	Total
2007	-	-	290083	290083
2008	-	-	292377	292377
2009	-	-	296259	296259
2010	289376	6612	-	295988
2011	299361	-	-	299361
2012	302623	-	-	302623
% 2010	97,77	2,23		

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13

1.1.2 – Morbidade

a) Doenças Transmissíveis

A expressão “doença transmissível” é um termo técnico de uso generalizado e definido pela Organização Pan-Americana de Saúde como “Qualquer doença causada por um agente infeccioso específico, ou seus produtos tóxicos, que se manifesta pela transmissão deste agente ou de seus produtos, de uma pessoa ou animal infectado ou de um reservatório a um hospedeiro suscetível, direta ou indiretamente por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado”.

Dentre as doenças transmissíveis, existem aquelas chamadas de Doenças de Notificação Compulsória, isto é, de informação obrigatória aos serviços de saúde; são selecionadas através de determinados critérios como magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, compromisso internacional com programas de erradicação, entre outros, visando o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção.

Observa-se na Figura 8 que o percentual das Doenças de Notificação Compulsória manteve-se, no período de 2008 a 2012, acima da meta pactuada que é 80%.

Percentual das Doenças de Notificação Compulsória encerradas oportunamente, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

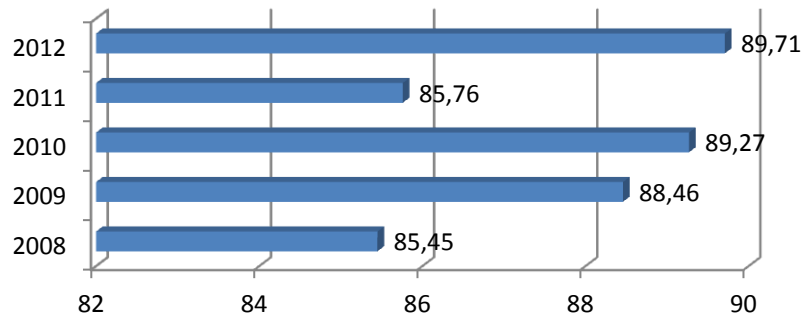


Figura 8 - Percentual das Doenças de Notificação Compulsória encerradas oportunamente
Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

A prevenção e a erradicação das doenças transmissíveis é possível através da utilização de vacinas específicas, ou seja, a imunização. Assim, a imunização da população contra as doenças infecciosas melhora a qualidade de vida de grande parcela da humanidade, sendo responsável em parte, pelo aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade infantil. A Cobertura Vacinal evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança estão de acordo com o preconizado pelo PNI.

Observa-se na Figura abaixo que no ano de 2011 o município alcançou a cobertura vacinal preconizada, com exceção da Rotavírus, que de acordo com o parâmetro nacional é de 90%. Já no ano de 2012 o município alcançou a cobertura vacinal, apenas em Vacina Meningocócica e BCG.

Cobertura vacinal no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG

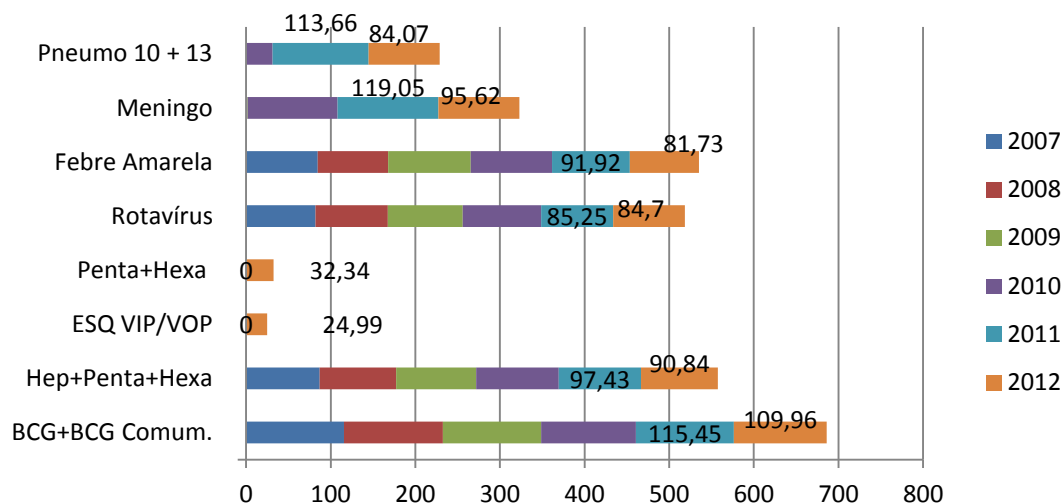


Figura 9 - Cobertura vacinal no período de 2007 a 2012 em Uberaba/MG
Fonte: PNI, acesso em abril de 2013.

A Figura abaixo apresenta que 48,2% das notificações por Doenças Transmissíveis no ano de 2012 foram referentes a Varicela, seguidas das notificações por AIDS, 10,55%.

Percentual de notificações de Doenças Transmissíveis no ano de 2012 em Uberaba/Mg

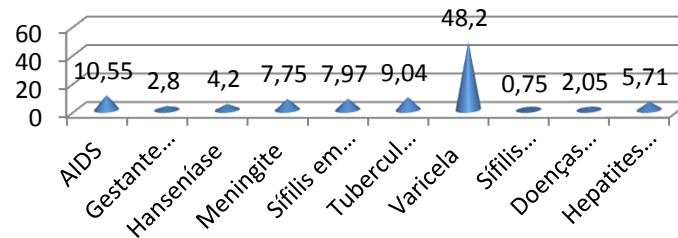


Figura 10: Percentual das Notificações por Doenças transmissíveis no ano de 2012 em Uberaba/MG

Fonte: Sinan, acesso em outubro de 2013

a.1) Varicela

A Varicela, popularmente conhecida no Brasil como catapora, é uma doença infecciosa aguda, comum na infância, altamente contagiosa, causada pelo vírus *varicela-zóster*.

Observa-se na Figura 11 que as notificações por Varicela predominam na faixa etária de 1 a 4 anos.

Notificações de Varicela, segundo faixa etária, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

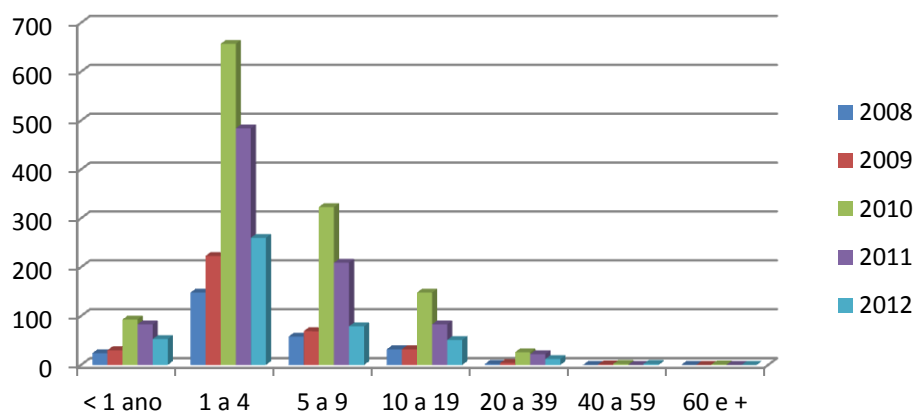


Figura 11 – Notificações de Varicela, segundo faixa etária, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: Sinan, acesso em outubro de 2013

a.2) Tuberculose

Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo. A Tuberculose apresenta relação de co-morbidade com a AIDS, além de um vínculo expressivo com situações de pobreza extrema e uso de drogas.

Em 2009, o município de Uberaba apresentava um percentual de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar de 68,8%, percentual que no ano seguinte diminuiu, aumentando o percentual em 2011 e sendo mantido em 2012 (Figura 12). Este valor encontra-se abaixo do pactuado, sendo de 85%.

Percentual de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilifera, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG

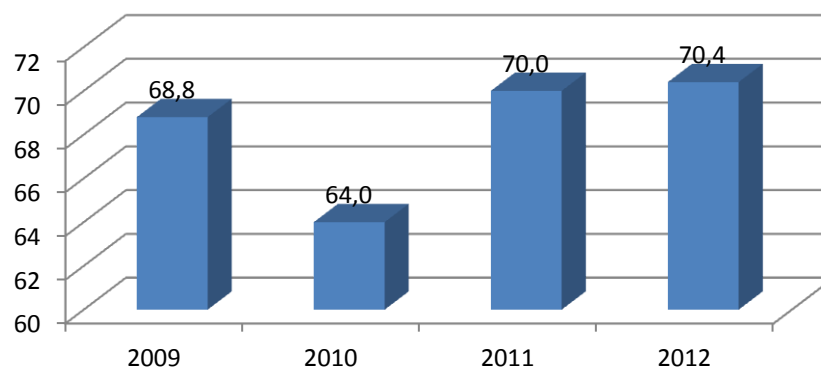


Figura 12 - Percentual de Cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: Sinan, acesso em 07/04/14.

A taxa de incidência de Tuberculose em Uberaba nos anos de 2008 a 2012 vem se mantendo relativamente estável, com 20,5 em 2008 e 18,5 em 2012. Em 2009 houve um aumento para 25,3 casos novos por 100.000 habitantes (Figura 13). Estima-se que nesse ano houve um incremento no Programa Municipal de Tuberculose através da busca ativa de casos revelando uma ação efetiva de vigilância e monitoramento constante deste agravo.

Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilifera, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

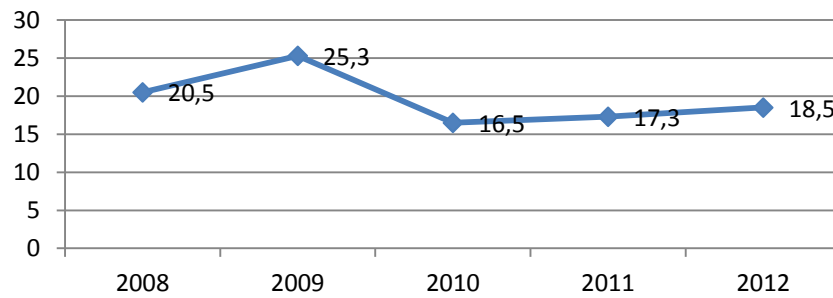


Figura 13 - Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilifera, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

Fonte: SINAN, acesso em 07/05/2013

a.3) Hanseníase

É uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, também conhecido como *bacilo-de-Hansen* que afeta os nervos e a pele provocando danos severos. É transmitida de uma pessoa doente que não esteja em tratamento, para outra. Os primeiros sintomas levam de 2 a 5 anos, em geral, para se manifestarem. A Hanseníase tem cura e o tratamento é feito nas unidades de saúde da rede SUS. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico.

A taxa de incidência de Hanseníase em Uberaba manteve-se relativamente constante nos cinco anos analisados (Tabela 7), apresentando 1,6 casos/10.000 habitantes em 2008 e 1,3 casos/10.000 habitantes, em 2012. Observa-se um declínio em 2011, mas o município ainda se mantém no nível médio dos parâmetros nacionais conforme instrutivo para análise situacional da endemia de Hanseníase no país publicado pela Coordenação de Eliminação da Hanseníase/ Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) / Ministério da Saúde (MS), que define como nível médio os municípios que apresentam entre 1,0 a 5,0 casos por 10.000 habitantes.

Tabela 7 – Taxa de Incidência de Hanseníase em Uberaba, no Período de 2008 a 2012.

Ano	Taxa de Incidência (por 10.000 Hab.)
2008	1,6
2009	1,3
2010	1,4
2011	1,1
2012	1,3

Fonte: Sinan NET, acesso em 20/05/2013.

a.4) Meningite

É a inflamação das membranas que revestem o encéfalo e a medula espinhal, conhecidas como meninges. A inflamação pode ser causada por infecções por vírus, bactérias ou outros micro-organismos e, menos comumente, por certas drogas. A meningite pode pôr em risco a vida em função da proximidade com órgãos nobres do sistema nervoso central. A Figura 14 apresenta que no período de 2008 a 2012 o percentual de cura está acima de 86%, com exceção do ano de 2010 que o percentual de cura foi 74,47%.

Percentual de notificações de meningite, segundo evolução, referente ao período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

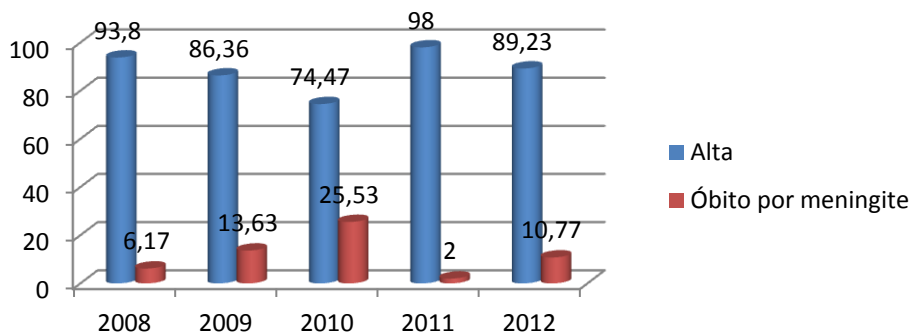


Figura 14 – Percentual de notificações de Meningite no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG
Fonte: Sinan, acesso em junho de 2013

a.5) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/ AIDS

AIDS é uma Síndrome, variedade de sintomas e manifestações, causada pela infecção crônica do organismo humano pelo vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus), transmitida essencialmente, porém não de forma exclusiva, pelo contato sexual.

Na Tabela 8 observamos que no ano de 2010 houve o maior número de casos de AIDS notificados e que a faixa etária de 20 a 49 anos é a que mais se notifica, sendo responsável por 78,9% do total das notificações. Em crianças, foram registrados 2 casos em menores de um ano nos anos de 2011 e 2012 e não há notificações de casos de AIDS na faixa etária entre 1 e 14 anos.

Tabela 8 - Casos de AIDS Notificados em Uberaba Segundo Faixa Etária no Período de 2008 a Maio de 2013.

	<1 ano	15-19 a	20-34 a	35-49 a	50-64 a	65-79 a	80 e +	Total
2008	0	2	29	28	6	3	0	68
2009	0	2	32	21	6	1	0	62
2010	0	1	62	46	18	2	0	129
2011	1	3	16	19	16	0	0	55
2012	1	1	31	32	17	3	0	85
2013	0	2	17	4	3	2	0	28
Total	2	11	187	150	66	11	0	427

Fonte: SINAN, acesso em 22/05/2013.

a.6) Sífilis

É uma doença infecciosa, sexualmente transmissível e causada por uma bactéria espiroqueta chamada *Treponema pallidum*. As principais formas de transmissão são o contato sexual e a transmissão vertical para o feto durante a gravidez de uma mulher contaminada. Neste último caso, o feto sofre de sífilis congênita, que tem sinais e sintomas diferentes da sífilis clássica, por afetar o ser humano durante a sua fase de crescimento. A sífilis é tratável e é importante iniciar o tratamento o mais cedo possível, porque com a progressão da doença, os danos causados poderão ser irreversíveis.

Desde 2005 a Sífilis em Gestante é doença de notificação compulsória, pois a notificação e a vigilância desse agravo são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é objetivo do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde.

Em Uberaba, a partir de 2010, observa-se um aumento da Incidência de Sífilis Congênita - Figura 15. Estes números estão acima do estabelecido no Pacto pela Saúde, que deve ser no máximo de cinco casos.

Incidência de Sífilis Congênita, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

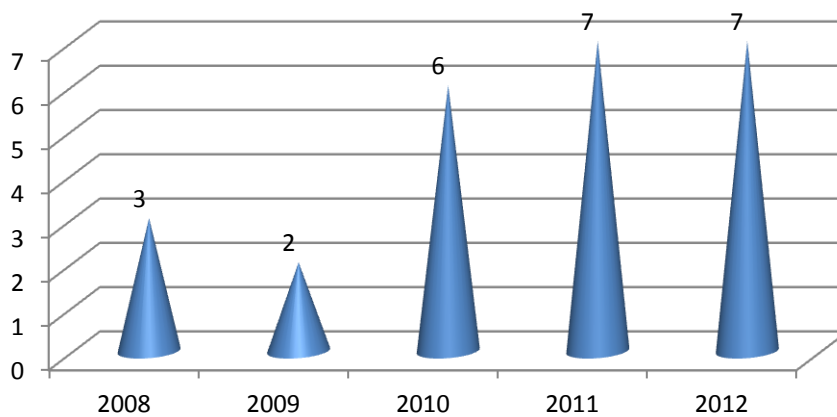


Figura 15 - Incidência de Sífilis Congênita no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.
Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13 e SINAN, acesso em 07/05/2013.

a.7) Hepatites

Grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a hepatite é a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus, uso de medicamentos, álcool e outras drogas, além de doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. São doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas quando estes aparecem podem ser cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C.

Observa-se na Figura 16 que nos anos de 2008, 2010, 2011 e 2012 prevaleceu a hepatite causada pelo vírus C, diferente do ano de 2009 que prevaleceu a hepatite causada pelo vírus B.

Número de notificações de Hepatites Virais, no período de 2008 a 2012, em Uberaba - MG.

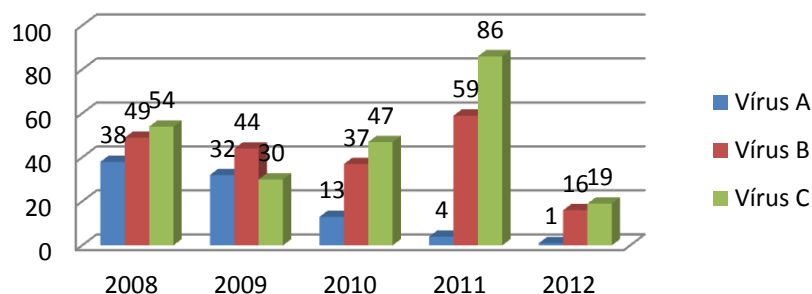


Figura 16 – Número de notificações de Hepatites Virais no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG
Fonte: Sinan, acesso em junho de 2013.

b) Doenças Crônicas não transmissíveis

São patologias caracterizadas pela ausência de microrganismos, ou seja, doenças não infecciosas conhecidas pelo longo curso clínico e irreversibilidade.

São doenças não transmissíveis a hipertensão, a diabetes, as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as doenças renais, as doenças músculo-esqueléticas, as artropatias, os problemas de saúde mental e as doenças dos órgãos sensoriais.

b.1) Hipertensão e Diabetes

A hipertensão e a diabetes são doenças inter-relacionadas que, se não tratadas, aumentam o risco de doença vascular arteriosclerótica - enfartes do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e doenças dos membros inferiores.

Na Figura 17 observa-se tendência descendente do número de internações por Diabetes Mellitus, Hipertensão Essencial (primária) e outras doenças hipertensivas. Este fator pode estar relacionado à implantação do programa HiperDia no município há mais de 10 anos.

O município realiza o acompanhamento da população hipertensa e diabética e, conforme os dados do SISHIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica, Uberaba tem 11.749 diabéticos cadastrados e 33.122 hipertensos cadastrados.

Internações por Diabetes mellitus, Hipertensão e outras doenças Hipertensivas, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

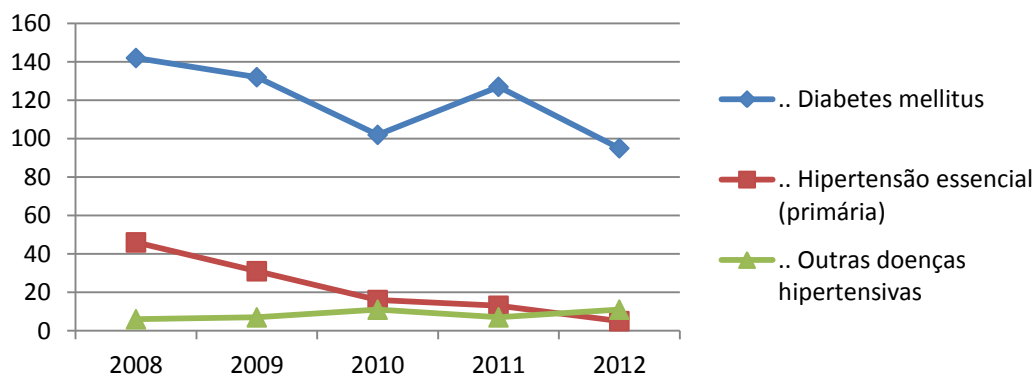


Figura 17 - Internações por Diabetes mellitus, Hipertensão essencial (primária), Outras doenças hipertensivas, em Uberaba/MG, no período de 2000 a 2012

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), consultado em 23/01/12

Nota: 1. Situação da base de dados nacional em 06/05/2013.

2. Dados de 2012 (até dezembro) sujeitos a retificação

b.2) Neoplasias ou Câncer

São alterações nos genes que regulam o crescimento e a diferenciação celular acarretando um crescimento exagerado das células, ou seja, proliferação celular anormal, sem controle, autônoma com redução ou perda da capacidade de se diferenciar. A neoplasia pode ser maligna ou benigna.

Dentre as principais causas de internação por Neoplasias no período de 2008 a 2012 observa-se a Neoplasia maligna junção retoss reto ânus canal anal e a Neoplasia maligna do cólon, com exceção do ano de 2009 quando predominou a internação por Neoplasia maligna da próstata – Figura 18.

Cinco principais causas de internação por Neoplasias no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

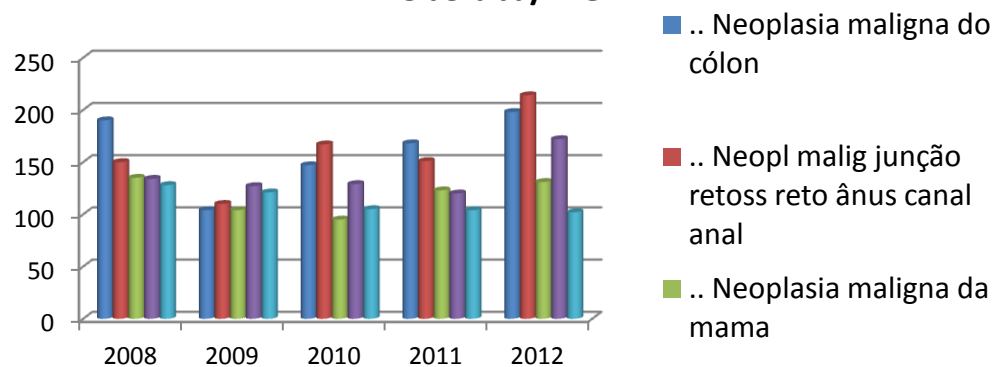


Figura 18 - Cinco principais causas de internação por Neoplasias no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

Fonte: DATASUS, acesso em 02 de setembro de 2013

c) Doenças emergentes e reemergentes

O Brasil reúne as condições necessárias para a emergência e reemergência de doenças infecciosas e parasitárias pelas características de sua formação social, política, econômica e cultural e por suas peculiaridades geográficas, climáticas e ecológicas.

As doenças emergentes são doenças novas, desconhecidas da população. São causadas por vírus ou bactérias nunca antes descritos ou por mutação de um vírus já existente. Também é possível que sejam causadas por um agente que só atingia animais, e que agora afeta também seres humanos.

As doenças reemergentes são aquelas conhecidas e que foram controladas, mas voltaram a apresentar ameaça para a saúde humana.

A dengue é uma doença causada pelo vírus RNA, arbovírus do gênero Flavivírus, pertencente à família Flaviviridae. São conhecidos quatro sorotipos: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4. O mosquito da espécie *Aedes aegypti* é a mais importante na transmissão da doença. A infecção por dengue causa uma doença cujo espectro inclui desde formas oligo ou assintomáticas até quadros com hemorragia e choque, podendo evoluir para o óbito.

Na forma clássica da dengue a primeira manifestação é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, seguida de cefaléia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retroorbital, náuseas, vômitos, exantema e prurido cutâneo. Hepatomegalia dolorosa pode ocorrer, ocasionalmente, desde o aparecimento da febre. Alguns aspectos clínicos dependem da idade do paciente. A doença tem duração de 5 a 7 dias, mas o período de convalescença pode ser acompanhado de grande debilidade física e prolongar-se por várias semanas. As formas mais graves são a febre hemorrágica da dengue (FHD) e a dengue com complicações.

Chegou a ser considerada erradicada no Brasil até 1967 quando houve a reintrodução do *Aedes aegypti* no país. Foram registrados uma série de surtos, o maior deles em 2002, com quase 800 mil casos da doença notificados.

Por suas características sócio-geográficas, Uberaba está classificado como município prioritário no Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. Nesse sentido, uma constante vigilância associada a ações de prevenção e atenção adequada aos casos suspeitos é mantida, especialmente nos períodos de alta transmissão.

As ações de Controle Vetorial são executadas pelo Departamento de Controle de Endemias e Zoonoses.

A Figura abaixo mostra a evolução dos números de casos confirmados de Dengue, no período entre 2008 e 2012. Observa-se o aumento abrupto de casos no ano de 2010.

Em 2012, de acordo com o SINAN (acesso em 20/05/2013) foram notificados 4.413 casos, dos quais foram descartados 1.595 e 172 foram inconclusivos. A Figura 19 mostra os 2.512 casos confirmados de Dengue.

**Número de Casos de Dengue,
Confirmados, no Período de 2008 a 2012,
em Uberaba, MG.**

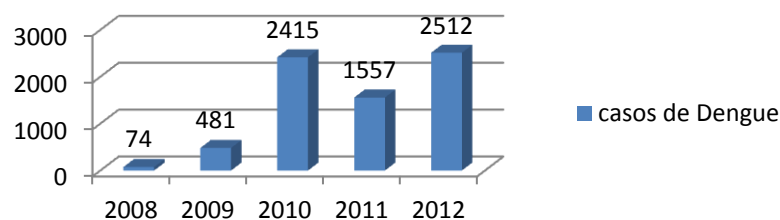


Figura 19 - Número de Casos de Dengue, Confirmados, no Período de 2008 a 2012, em Uberaba, MG.

Fonte: Sinan, acesso em 20/05/2013.

c.2) Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus

A hantavirose é considerada uma doença emergente que se manifesta sob diferentes formas, desde doença febril aguda inespecífica, cuja suspeita diagnóstica é baseada fundamentalmente em informações epidemiológicas, até quadros pulmonares e cardiovasculares mais severos e característicos. Recebeu a denominação de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus pelo extenso comprometimento pulmonar e importante comprometimento cardíaco. Os roedores silvestres são os prováveis reservatórios de hantavírus. A infecção humana ocorre mais frequentemente pela inalação de aerossóis, formados a partir da urina, fezes e saliva de roedores infectados. Outras formas de transmissão, para a espécie humana, foram também descritas:

- percutânea, por meio de escoriações cutâneas ou mordedura de roedores;
- contato do vírus com mucosa (conjuntival, da boca ou do nariz), por meio de mãos contaminadas com excretas de roedores.

A Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus, doença endêmica para a região de Uberaba, tem 11 casos confirmados no período de 2008 a 2012. Com a implantação do Programa de Controle da Hantavirose pela Vigilância em Saúde, houve uma redução de 52,4% no número de casos em relação ao período de 2000 a 2005 quando foram notificados 21 casos.

d) Acidentes e Violências – causas externas

As causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos).

Em Uberaba, no ano de 2012, do total de eventos por causas externas, preponderou o componente outras causas externas com 54,3% sobre o componente acidente de transporte com 23,38% (Tabela 9).

A Figura 20 mostra que, também no ano de 2012, entre outras causas externas, destacaram-se as quedas, sobretudo nos homens, apresentando maiores taxas de internação.

Tabela 9 – Internação por Causas externas no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

Grande Grupo Causas	2008	2009	2010	2011	2012	%
V01-V99 Acidentes de transporte	339	399	464	371	459	23,38
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidente	930	896	928	976	1066	54,3
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	32	23	21	19	21	1,07
X85-Y09 Agressões	63	89	83	68	60	3,05
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	9	29	34	40	59	3
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	170	212	219	244	287	14,62
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	10	9	9	12	9	0,46
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	2	-	2	-	-	0,02
S-T Causas externas não classificadas	25	9	-	-	2	0,10
Total	1580	1666	1760	1730	1963	100

Internação por outras causas externas, segundo sexo no ano de 2012

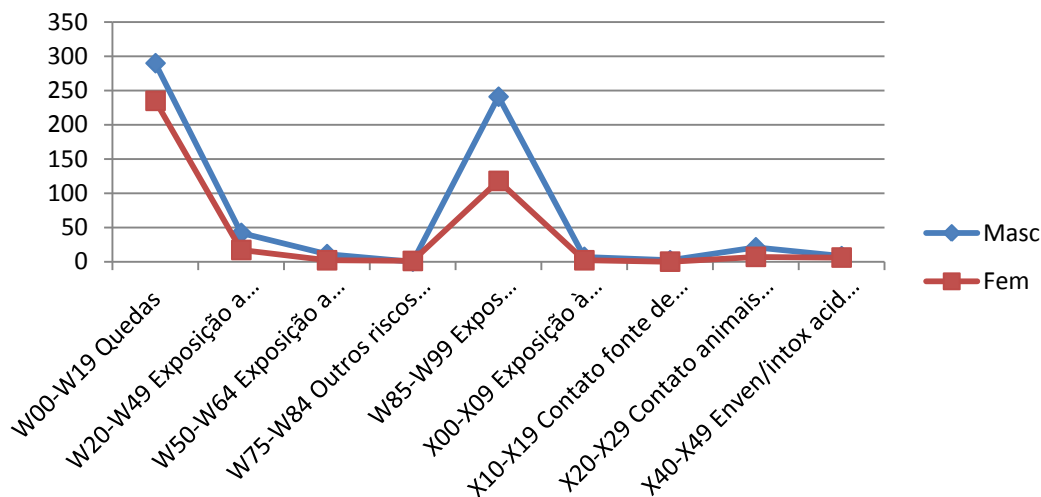


Figura 20: Internação por outras causas externas, segundo sexo no ano de 2012

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A queda, quando acontece com idosos, pode causar sérios prejuízos à qualidade de vida desse grupo populacional, podendo acarretar em imobilidade, dependência dos familiares, sem falar no índice de mortalidade pós-cirúrgico; está associada à dificuldade de visão, auditiva, uso inadequado de medicamentos, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva de força nos membros inferiores, osteoporose, dentre outras situações clínicas que culminam para maior probabilidade de uma pessoa idosa cair.

Uma das estratégias para o monitoramento das condições de saúde das pessoas acima de 60 anos é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, criada em 2007 pelo Ministério da Saúde, e implantada no município de Uberaba em 2009. Nela são registradas informações importantes

sobre a saúde da pessoa idosa, como por exemplo, se o idoso caiu alguma vez durante o ano e, se ele caiu mais de uma vez, é preciso planejar e organizar ações de promoção, recuperação e manutenção de sua capacidade funcional.

A Figura 21 mostra uma queda nas Taxas de Internação por Fratura do Fêmur em idosos, de 2008 a 2011; em 2012, esta voltou a subir.

Taxa de Internação por fratura do fêmur, em idosos, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

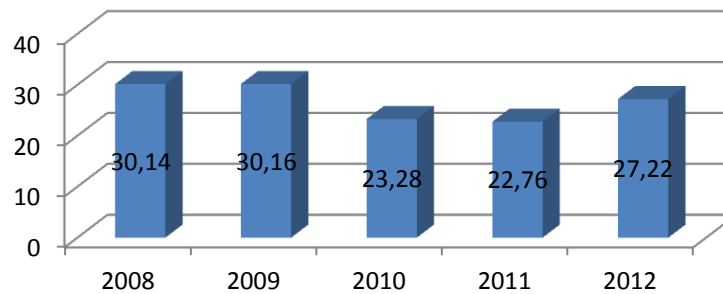


Figura 21 - Taxa de Internação por fratura do fêmur, em idosos, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 26/04/13.

a) Mortalidade Geral

As principais causas de mortalidade no período de 2008 a 2012 foram Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas externas de morbidade e mortalidade, conforme observamos nas tabelas abaixo.

Tabela 10 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2008 em Uberaba/MG.

Causa (Cap. CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	0	1	3	1	5	15	35	86	124	163	167	0	602
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	3	4	9	28	65	80	88	53	0	331
X. Doenças do aparelho respiratório	3	0	0	0	0	6	11	16	24	31	82	94	0	267
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	2	1	0	11	49	33	18	16	16	5	21	1	175
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	2	0	0	1	1	11	9	15	34	43	26	0	145
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	1	0	5	15	17	16	26	10	0	90
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	0	0	0	0	0	1	8	6	12	16	29	0	73
VI. Doenças do sistema nervoso	3	2	0	0	1	4	3	3	4	3	16	23	0	62
XVIII. Sint sinais e achado anorm ex clín e laborat	1	0	0	0	0	3	0	3	4	17	8	12	0	48
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	47
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	0	0	0	0	0	0	0	4	12	15	13	0	45
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	2	2	3	6	3	0	7	0	23
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	2	1	1	3	2	3	0	12
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	3	0	7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	4
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	4
Total	41	7	3	3	18	78	94	141	248	353	466	461	33	1.946

Fonte: SIM, 2013

Tabela 11 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2009 em Uberaba/MG.

Causa (Cap. CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	0	0	2	0	11	13	41	77	116	163	189	0	613
II. Neoplasias (tumores)	1	0	0	0	1	6	8	34	60	69	91	62	0	332
X. Doenças do aparelho respiratório	1	0	0	0	0	2	8	9	28	31	57	120	0	256
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	1	2	9	43	34	30	22	15	20	13	1	191
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	0	1	0	5	8	13	27	36	38	28	0	158
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	1	0	0	0	2	10	13	20	13	13	22	1	97
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	2	5	6	8	18	17	29	0	85
VI. Doenças do sistema nervoso	0	2	1	0	1	5	2	6	8	4	14	22	0	65
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	0	0	0	2	3	5	9	5	17	18	0	61
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	53
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	0	0	0	0	0	0	1	2	5	10	18	0	37
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	4	3	3	3	4	4	0	21
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	13
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	2	5	0	12
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	3	3	0	10
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	3	0	8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	43	9	2	6	12	81	98	161	267	321	449	536	29	2.014

Fonte: SIM, 2013

Tabela 12 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2010 em Uberaba/MG.

Causa (Cap. CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	2	0	0	0	3	11	30	59	98	135	173	0	511
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	1	2	3	14	28	61	80	88	80	0	357
X. Doenças do aparelho respiratório	3	1	0	1	2	3	3	6	30	47	73	135	0	304
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	3	14	42	38	25	29	14	19	24	1	209
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	1	0	1	7	8	19	28	26	42	29	0	162
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	3	0	0	0	4	5	15	33	23	33	36	0	153
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	1	4	12	20	19	32	24	0	112
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	1	1	1	12	10	21	16	0	62
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	1	0	1	1	2	5	4	13	32	0	59
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	2	0	1	0	3	6	9	3	12	21	0	57
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	48
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	1	1	2	4	4	1	2	2	0	17
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	5	7	0	16
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	2	1	3	1	2	0	10
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	39	6	3	6	21	67	91	152	291	333	477	581	24	2.091

Fonte: SIM, 2013

Tabela 13 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2011 em Uberaba/MG.

Causa (Cap. CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	0	0	0	2	2	9	26	76	125	152	154	0	547
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	3	1	7	27	63	75	107	67	0	351
X. Doenças do aparelho respiratório	2	2	0	0	1	2	8	13	23	49	79	122	0	301
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	2	1	7	10	44	41	25	25	18	11	16	3	203
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	0	0	0	1	5	13	28	17	32	47	47	0	192
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	6	23	22	20	27	22	0	120
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	0	1	2	3	5	5	20	15	23	36	2	114
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	2	1	6	10	18	14	29	0	80
VI. Doenças do sistema nervoso	2	0	1	0	0	3	2	4	5	2	14	24	0	57
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	55
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	1	3	3	6	10	28	0	51
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	16	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	24
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	0	0	1	1	5	2	1	7	5	0	23
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	3	1	1	2	3	4	0	14
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	4	0	11
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	1	0	0	0	1	3	1	1	0	3	0	0	10
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Total	58	8	3	8	19	65	104	169	269	364	499	558	32	2.156

Fonte: SIM, 2013

Tabela 14 – Frequência de óbitos segundo faixa etária por CID-10, no ano de 2012 em Uberaba/MG.

Causa (Cap. CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	1	1	3	10	40	65	113	155	165	0	553
II. Neoplasias (tumores)	0	1	0	1	2	4	6	34	74	89	81	71	0	363
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	7	4	18	26	47	79	129	0	310
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	1	0	11	47	32	31	24	14	14	10	2	187
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	1	2	0	3	6	12	20	22	26	38	31	1	162
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	1	1	3	10	13	20	24	28	28	0	128
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2	3	1	0	0	9	6	13	17	21	24	31	0	127
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	1	0	1	0	4	2	5	15	30	20	30	0	108
VI. Doenças do sistema nervoso	1	0	0	1	1	3	3	3	5	4	16	32	0	69
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	1	3	6	7	15	34	0	66
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	47
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	3	3	2	1	8	0	18
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	13	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	17
III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos da imunidade	0	0	0	0	0	0	2	0	3	3	3	4	0	15
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	0	0	1	2	1	4	3	2	0	0	13
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	3	0	8
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Total	39	8	4	5	19	89	92	185	284	387	476	577	28	2.193

Fonte: SIM, 2013

A Figura 22 apresenta que 44,07% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino devem-se ao infarto agudo do miocárdio.

Dez principais causas de óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório segundo sexo, no ano de 2012 em Uberaba/MG

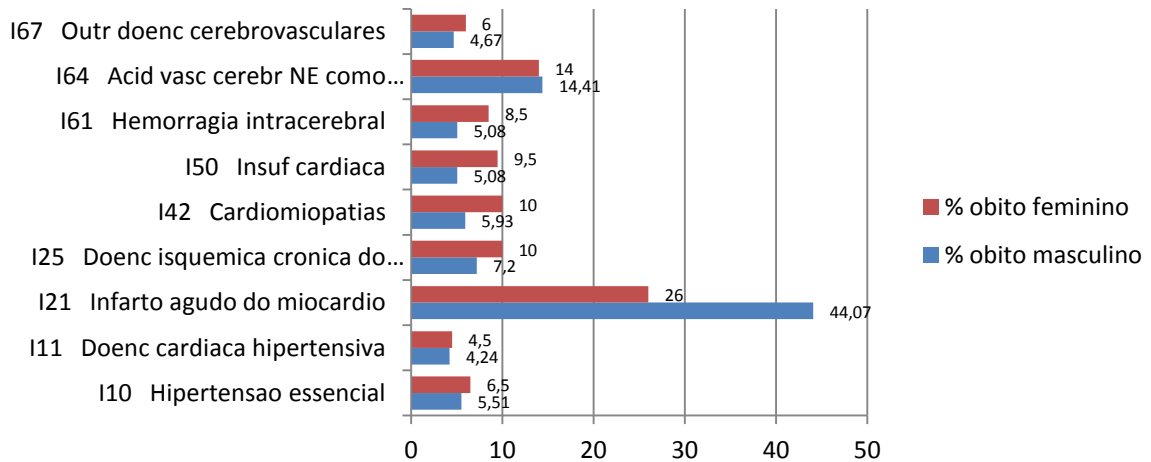


Figura 22 – Dez principais causas de óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório segundo sexo, no ano de 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em outubro de 2013

Observa-se na Figura 23 que 44,7% dos óbitos por Neoplasias referem-se a brônquios e pulmão seguidos do câncer de mama, com 22,35%.

Percentual de óbitos por neoplasias, no ano de 2012 em Uberaba/MG

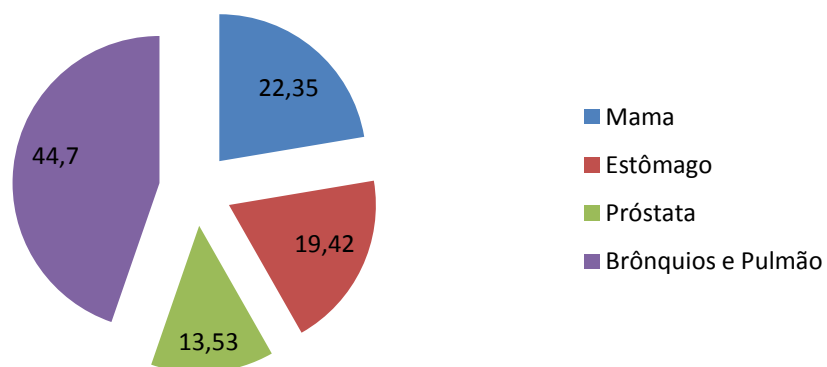


Figura 23 – Percentual de óbitos por Neoplasias, no ano de 2012 em Uberaba/MG

Fonte: SIM, acesso em junho de 2013

Dentre os óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, os acidentes de transporte são responsáveis por 41,47% dos óbitos (Tabela 15), e desses, o que causa maior percentual de óbitos é o acidente por moto, seguido do acidente por automóvel e do acidente com pedestre predominando o sexo feminino – Figura 24.

Tabela 15 – Óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, no período de 2008 a 2012, em Uberaba/MG.

Causa (CID10 BR)	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
105-114 Causas externas de morbidade e mortalidade	146	161	191	185	173	856	100
105 Acidentes de transporte	70	65	71	74	75	355	41,47
111 Agressões	37	45	47	43	51	223	26,05
110 Lesões autoprovocadas voluntariamente	24	18	18	31	23	114	13,32
114 Demais causas externas	10	23	47	26	19	125	14,60
107 Afogamento e submersões acidentais	4	4	6	7	2	23	2,69
108 Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	1	3	2	3	2	11	1,29
109 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociva	0	3	0	1	1	5	0,58
Total	146	161	191	185	173	856	100

Fonte: SIM, abril de 2013.

Percentual de óbitos por acidentes de transporte segundo sexo no ano de 2012 em Uberaba/MG

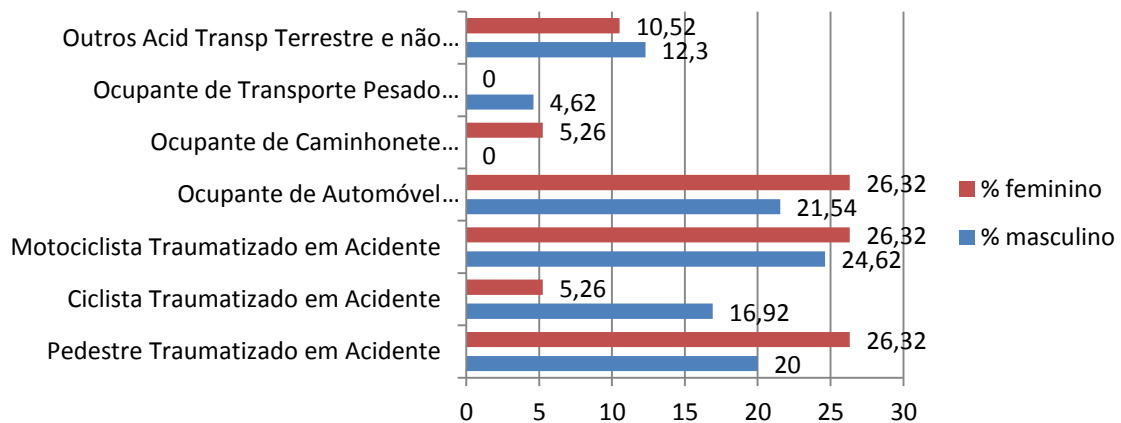


Figura 24 – Percentual de óbitos por acidentes de transporte segundo sexo no ano de 2012 em Uberaba/MG

Fonte: Datasus, acesso em outubro de 2013

Observa-se na Figura 25 que dos óbitos por homicídio, a agressão por disparo de arma de fogo no sexo masculino é de longe o primeiro colocado.

Óbitos em Uberaba por Homicídio segundo sexo no ano de 2012

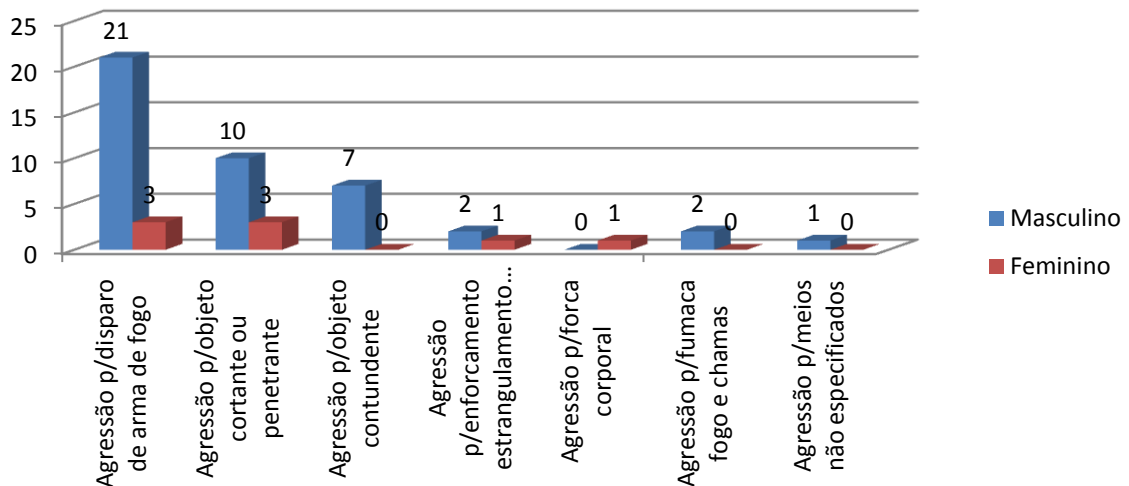


Figura 25 – Óbitos em Uberaba por homicídio segundo sexo no ano de 2012 em Uberaba/MG
Fonte: SIM, acesso em junho de 2013

b) Mortalidade Infantil

A redução da mortalidade materna e infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo.

As medidas de atenção primária à saúde conseguem prevenir especialmente as doenças que causam morte em crianças entre um e 12 meses de vida.

Em Uberaba, as taxas de mortalidade infantil nos últimos anos - 2008 a 2012, estão classificadas como *baixas*, ou seja, abaixo de 20 óbitos por mil nascidos vivos, segundo a RIPSa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Em 2008 foram 11,03 óbitos por 1000 nascidos vivos e em 2012, 10,42 óbitos por 1000 nascidos vivos. No ano de 2011, apesar da queda gradativa de 2008 a 2011 no Brasil e na Região Sudeste, em Uberaba houve um aumento significativo da mortalidade infantil, observadas nas Figuras 26 e 27.

Taxa de Mortalidade Infantil no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

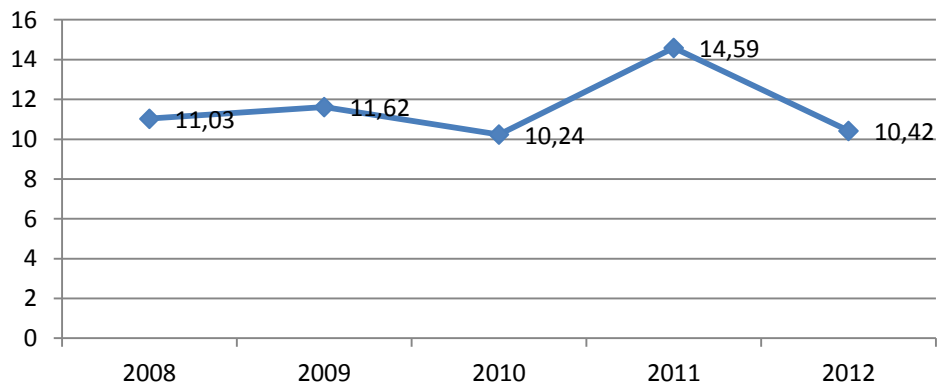


Figura 26 - Taxa de Mortalidade Infantil no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG
Fonte: SIM/Sinasc, abril de 2013.

Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil e na Região Sudeste no período de 2008 a 2011

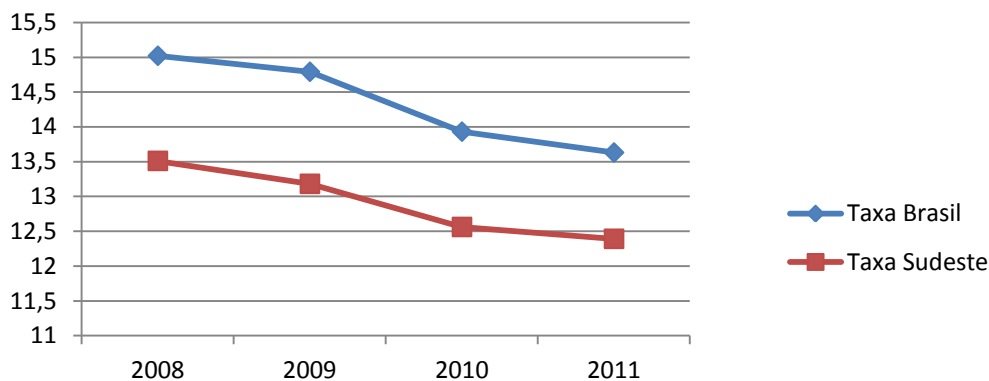


Figura 27 - Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil e na Região Sudeste no período de 2008 a 2011
Fonte: DATASUS, acesso em 04 de junho de 2013

A razão de mortalidade materna reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher e é estimada a partir da frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o parto, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério.

De acordo com a Tabela 16 a razão de mortalidade materna situou-se entre 22,03 e 93,85 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o município de Uberaba e entre 32,4 e 46,63 para o Estado de Minas Gerais; os valores elevados podem retratar os esforços realizados para melhorar a qualidade da informação. A grande oscilação entre 2008 e 2012 no município pode estar relacionada aos pequenos números envolvidos no total de óbitos.

Tabela 16 – Razão de Mortalidade Materna em Uberaba e Minas Gerais no período de 2008 a 2012

Ano	Número absoluto de óbitos maternos Uberaba	Razão de Mortalidade Materna/ Uberaba	Número absoluto de óbitos maternos Minas Gerais	Razão de Mortalidade Materna/Minas Gerais
2008	4	93,85	104	39,85
2009	1	22,03	109	43,13
2010	2	43,64	119	46,63
2011	3	63,23	95	36,55
2012	2	41,06	86	32,4

Fonte: Tabnet/SES/MG, acesso em outubro de 2013

1.2 – Determinantes e Condicionantes de Saúde

1.2.1 – Aspectos Socioeconômicos

Uberaba é a 6ª maior economia de Minas Gerais e a 72ª economia do País. O tripé da economia de Uberaba em 2010 é o segmento de Serviços com 59,30%, responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município, seguido pela Indústria com 32,05% e pela Agropecuária com 8,65%. No segmento de Serviços foram adicionados os dados da administração, saúde e educação públicas e da seguridade social.

Em 2012, o IBGE divulgou o ranking dos maiores PIBs agrícolas do Brasil, ficando Uberaba em quarto lugar do Brasil, subindo quatro posições e assumindo o maior PIB agrícola de Minas Gerais.

De acordo com a Figura 28 a renda média domiciliar per capita aumentou R\$ 544,88, passando de R\$ 410,61 em 1991 para R\$ 955,49 em 2010 e na Figura 29 um decréscimo da população com renda inferior a ½ salário mínimo.

Renda média domiciliar per capita nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG

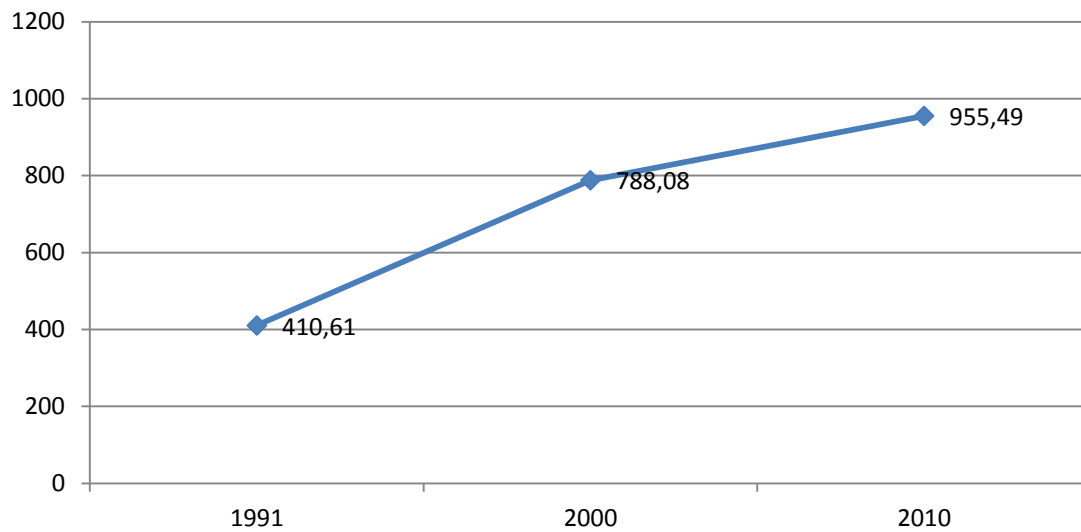


Figura 28 - Renda média domiciliar per capita nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.
Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Percentual da população com renda inferior a 1/2 salário mínimo, nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG

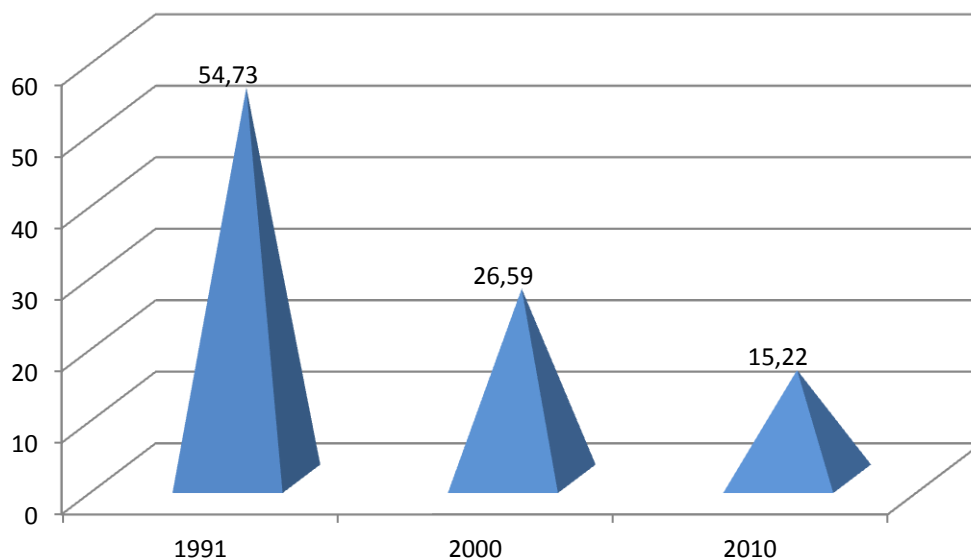


Figura 29 - Percentual da população com renda inferior a 1/2 salário mínimo, nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.
Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,22% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010.

A Figura 30 mostra que a maioria da população alfabetizada encontra-se na faixa etária entre 25 a 59 anos; houve um aumento de 1991 a 2010 em todas as faixas etárias discriminadas e, de acordo com a Figura 31, o nível de escolaridade também aumentou, predominando no sexo feminino.

População alfabetizada por ano e faixa etária nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG

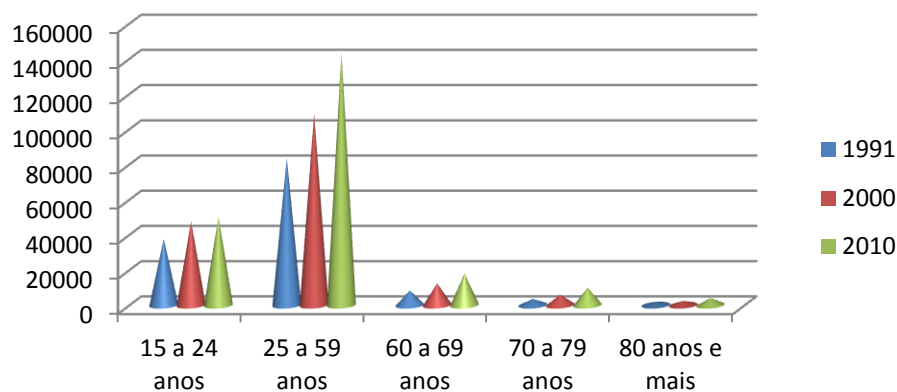


Figura 30 - População alfabetizada por ano e faixa etária nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Distribuição da população de 15 anos ou mais por escolaridade e sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010.

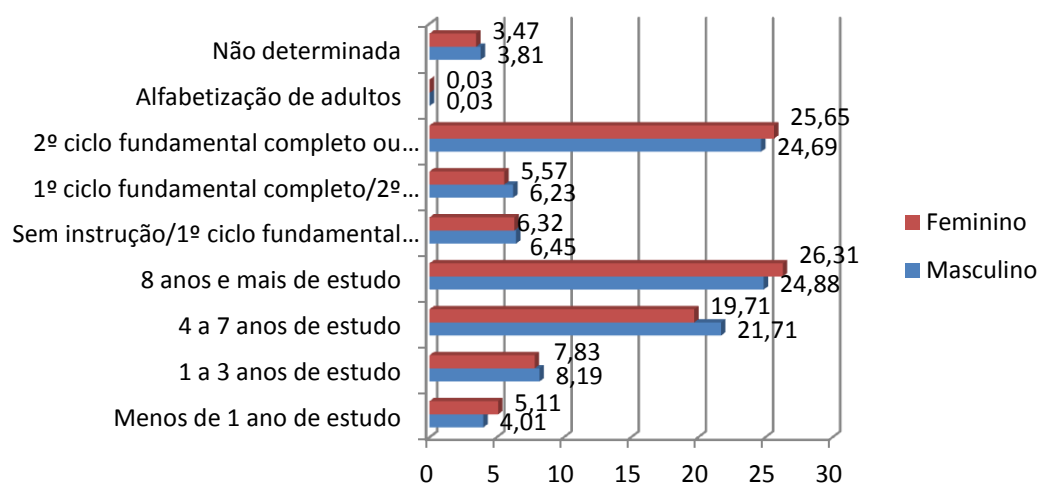


Figura 31 - Distribuição da população de 15 anos ou mais ,por escolaridade e sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

A taxa de desemprego da população com 16 anos e mais, economicamente ativa, desocupada, é maior em Uberaba do que em Minas Gerais no ano de 1991. No ano de 2000 as três esferas de gestão apresentam um aumento significativo na taxa de desemprego, mas a de Uberaba fica abaixo da de Minas Gerais o que se manteve em 2010, quando houve um decréscimo dessa taxa nas três esferas de governo – Figura 32

Comparativo da Taxa de Desemprego da População com 16a e mais, economicamente ativa, desocupada, nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba, Minas Gerais e Brasil.

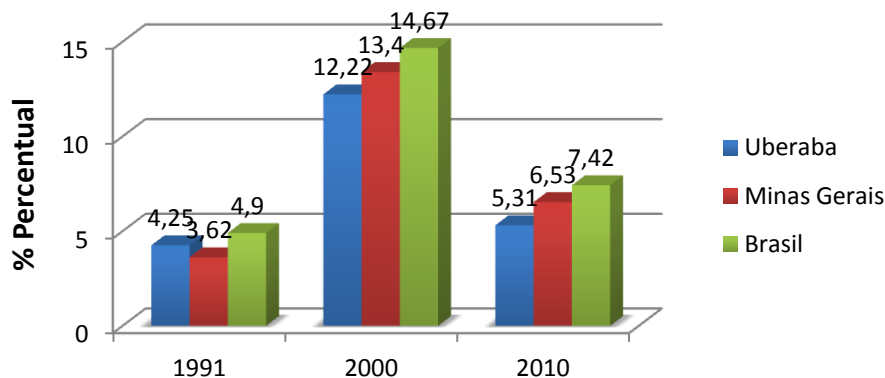


Figura 32 - Comparativo da Taxa de Desemprego da População com 16a e mais, economicamente ativa, desocupada, nos anos de 1991, 2000 e 2010 em Uberaba, Minas Gerais e Brasil.

Fonte: DATASUS, acesso em 15/04/13.

O número de pessoas na faixa etária de 10 a 15 anos referente à população infantil ocupada, reduziu em 49,07% de 1991 a 2010 - Figura 33, podendo ser em consequência da publicação da Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

População infantil (10 a 15 anos) ocupada nos anos 1991,2000 e 2010 em Uberaba/MG

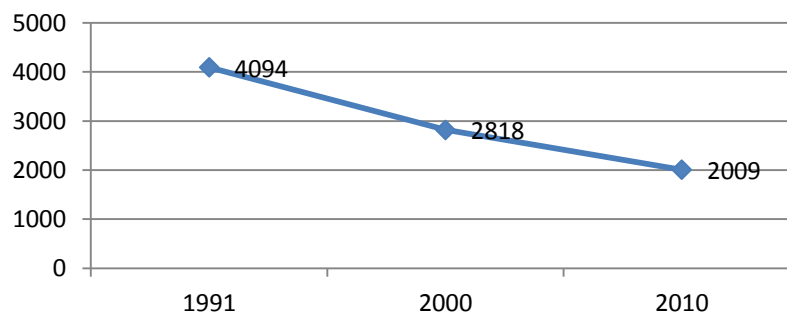


Figura 33 - População infantil (10 a 15 anos) ocupada nos anos 1991,2000 e 2010 em Uberaba/MG

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família – PBF foi instituído pela Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004; é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro, o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social.

As condicionalidades são os compromissos nas áreas da Educação, Saúde e Assistência Social, assumidos pelas famílias e que precisam ser cumpridos para que elas continuem a receber o benefício. São, ao mesmo tempo, responsabilidades das famílias e do poder público.

A Portaria Interministerial n.º 2.509, de 22 de novembro de 2004, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Na área da Saúde deve-se cumprir os cuidados básicos, como levar as crianças menores de 7 anos para acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento; cumprir o pré natal para gestantes e realizar acompanhamento das nutrizes na faixa etária de 14 a 44 anos.

As famílias devem ser assistidas por equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou por profissionais das unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

Para apoiar os estados e municípios na gestão do Programa Bolsa Família foi criado o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), regulamentado pela Lei n.º 12.058, de 13 de outubro de 2009, é um número indicador que varia de 0 a 1 e mostra a qualidade da gestão do PBF no âmbito municipal. Os recursos são calculados com base no cumprimento das responsabilidades da ação social, educação e saúde. Com base nesse indicador, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) repassam recursos aos municípios para que façam a gestão do Programa. O município deve cumprir alguns requisitos, entre eles: atingir o valor mínimo de 0,55 no cálculo do IGD e atingir o valor mínimo de 20% em cada um dos quatro indicadores que compõem o IGD - qualidade e integridade das informações constantes no Cadastro Único, atualização da base de dados do Cadastro Único, informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de educação e da área de saúde.

É importante observar que quanto maior o número de acompanhamentos, maior será o recurso transferido (IGD).

Em Uberaba o acompanhamento das famílias beneficiárias é realizado mensalmente em todas as unidades de atenção primária à saúde por técnicas em economia doméstica. É realizado acompanhamento do calendário de imunização e do crescimento e desenvolvimento infantil, e verificação do cumprimento do pré-natal por gestantes. O município possui 13 técnicas para acompanhamento dos beneficiários que fazem um cronograma de revezamento para cobrir todas as unidades, seria necessário um técnico para cada Unidade Básica de Saúde.

É realizada busca ativa semestralmente das famílias beneficiárias do PBF com perfil Saúde, através dos mapas de acompanhamento gerados pelo Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, que é *on-line* e voltado especificamente para o monitoramento das condicionalidades de saúde dos beneficiários. Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS realizam a busca ativa na área de cobertura das equipes de saúde da família e as técnicas em economia doméstica na área fora de cobertura das equipes.

Os mapas são separados por área de abrangência e entregues durante capacitação e atualização dos profissionais que atuam diretamente com o Programa.

Durante as visitas domiciliares são coletados dados básicos referentes ao cumprimento das condicionalidades de saúde, sendo as famílias com crianças até 07 anos e gestantes orientadas a procurar a unidade de saúde para acompanhamento do estado nutricional e para cumprimento das condicionalidades de vacinação e pré-natal, caso não estejam em dia.

Durante a realização da busca ativa encontra-se bastante dificuldade, pois os endereços gerados pelos mapas de acompanhamento são desatualizados, dificultando a localização e conseqüentemente o acompanhamento das famílias.

São realizados contatos por telefone com as famílias que não foram localizadas e que permanecem ausentes ao acompanhamento, para atualização ou confirmação do endereço e orientação sobre as condicionalidades da saúde.

Através do Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, a família que realiza o acompanhamento na Saúde e não cumpre as condições de vacinação e pré-natal é notificada, porém a família que permanece ausente e indiferente ao acompanhamento não recebe notificação alguma.

A fim de melhorar o IGD e o valor de cada indicador, as secretarias envolvidas no PBF – Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), Secretaria de Saúde (SMS) e Secretaria de Educação (SEMEC) - realizam reuniões periódicas articulando as ações desenvolvidas em cada setor.

Tabela 17: Percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com Perfil Saúde totalmente acompanhadas, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG.

Vigência/Ano	Famílias/ Informações gerais		
	Famílias com Perfil Saúde	Acompanhadas	Percentual de Acompanhamento
1ª vigência de 2009	6292	3285	52,21%
2ª vigência de 2009	5404	2927	54,16%
1ª vigência de 2010	4724	3226	68,29%
2ª vigência de 2010	4.641	3.243	69,88 %
1ª vigência de 2011	4.819	3.654	75,82 %
2ª vigência de 2011	4.405	3.429	77,84 %
1ª vigência de 2012	4.340	3.660	84,33 %
2ª vigência de 2012	4.825	4.348	90,11 %

Fonte: Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

O percentual de acompanhamento dos beneficiários com perfil saúde vem aumentando gradativamente, conforme mostra a tabela acima, significando uma melhora na oferta das ações básicas de saúde à população beneficiária do PBF.

1.2.2 – Condições de Vida, Trabalho e Ambiente

Em 1966, foi criada a empresa de economia mista, a Companhia de Água de Uberaba, até então um Departamento. Em 1967 possuía 8.963 ligações de água, com uma produção diária de 5mil m³ de água captada do rio Uberaba. Em 1972 começou a funcionar a segunda Estação de Tratamento de Água - ETA, passando a produção diária para 35 mil m³. O Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba – CODAU, é uma autarquia municipal criada pela lei complementar 106/1998 e é responsável pelos serviços de captação, tratamento, reservação, distribuição de água potável, coleta, tratamento e neutralização de esgotos sanitários. Em 2003, devido à seca no município, começou a funcionar o Sistema de Transposição das Águas do Rio Claro. Atualmente, o CODAU abastece 99% dos imóveis, aproximadamente 100 mil ligações de água produzindo mais de 70 milhões de litros de água por dia, e realiza em 98% o afastamento do esgoto sanitário.

Em 2006 foi criada a Lei Municipal Nº. 9.892/2005 que institui a Área de Proteção Ambiental (APA) do rio Uberaba.

As tabelas 18,19 e 20 apresentam os domicílios por forma de abastecimento de água, por existência de banheiro e destino do lixo respectivamente.

Tabela 18 - Domicílios particulares permanentes e moradores em domicílios particulares permanentes, por forma de abastecimento de água, segundo as características do entorno – Censo Demográfico 2010

Características do entorno e municípios	Domicílios particulares permanentes				Moradores em domicílios particulares permanentes				Código da Unidade Geográfica
	Total	Forma de abastecimento de água			Total	Forma de abastecimento de água			
		Rede geral de distribuição	Poço ou nascente na propriedade	Outra		Rede geral de distribuição	Poço ou nascente na propriedade	Outra	
Uberaba	94 279	92 862	1 159	258	285 743	281 525	3 430	788	3170107
Identificação do logradouro									
Existe	70 292	69 568	645	79	211 256	209 136	1 878	242	3170107
Não existe	23 552	23 010	386	156	73 112	71 448	1 193	471	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Iluminação pública									
Existe	93 146	92 322	713	111	282 237	279 794	2 088	355	3170107
Não existe	698	256	318	124	2 131	790	983	358	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Pavimentação									
Existe	92 648	92 008	552	88	280 487	278 624	1 583	280	3170107
Não existe	1 196	570	479	147	3 881	1 960	1 488	433	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Calçada									
Existe	90 462	89 914	470	78	273 223	271 625	1 347	251	3170107
Não existe	3 382	2 664	561	157	11 145	8 959	1 724	462	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Meio-fio / guia									
Existe	92 321	91 702	533	86	279 348	277 549	1 522	277	3170107

Não existe	1 523	876	498	149	5 020	3 035	1 549	436	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Bueiro / boca de lobo									
Existe	30 386	30 101	257	28	90 119	89 268	746	105	3170107
Não existe	63 458	62 477	774	207	194 249	191 316	2 325	608	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Rampa para cadeirante									
Existe	5 691	5 684	6	1	16 244	16 228	13	3	3170107
Não existe	88 153	86 894	1 025	234	268 124	264 356	3 058	710	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Arborização									
Existe	85 538	84 966	481	91	260 399	258 669	1 429	301	3170107
Não existe	8 306	7 612	550	144	23 969	21 915	1 642	412	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Esgoto a céu aberto									
Existe	332	309	14	9	1 105	1 035	44	26	3170107
Não existe	93 512	92 269	1 017	226	283 263	279 549	3 027	687	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107
Lixo acumulado nos logradouros									
Existe	1 347	1 313	24	10	4 526	4 409	92	25	3170107
Não existe	92 497	91 265	1 007	225	279 842	276 175	2 979	688	3170107
Sem declaração	435	284	128	23	1 375	941	359	75	3170107

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Acesso em 25/04/14

Tabela 19 - Domicílios particulares permanentes e moradores em domicílios particulares permanentes, por existência de banheiro ou sanitário e tipo de esgotamento sanitário, segundo as características do entorno – Censo Demográfico 2010

Características do entorno e municípios	Domicílios particulares permanentes						Moradores em domicílios particulares permanentes						Código da Unidade Geográfica
	Total	Existência de banheiro ou sanitário					Total	Existência de banheiro ou sanitário					
		Tinham						Tinham					
		Total	Tipo de esgotamento sanitário			Não tinham		Total	Tipo de esgotamento sanitário			Não tinham	
Rede geral de esgoto ou pluvial	Fossa séptica		Outro	Rede geral de esgoto ou pluvial	Fossa séptica		Outro						
Uberaba	94 279	94 213	92 991	439	783	66	285 743	285 581	281 913	1 268	2 400	162	3170107
Identificação do logradouro													
Existe	70 292	70 248	69 776	167	305	44	211 256	211 170	209 740	480	950	86	3170107
Não existe	23 552	23 531	22 948	184	399	21	73 112	73 042	71 288	547	1 207	70	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Iluminação pública													
Existe	93 146	93 085	92 491	235	359	61	282 237	282 086	280 291	694	1 101	151	3170107
Não existe	698	694	233	116	345	4	2 131	2 126	737	333	1 056	5	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Pavimentação													
Existe	92 648	92 586	92 188	163	235	62	280 487	280 335	279 156	457	722	152	3170107
Não existe	1 196	1 193	536	188	469	3	3 881	3 877	1 872	570	1 435	4	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Calçada													
Existe	90 462	90 407	90 107	110	190	55	273 223	273 085	272 178	313	594	138	3170107
Não existe	3 382	3 372	2 617	241	514	10	11 145	11 127	8 850	714	1 563	18	3170107

Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Meio-fio / guia													
Existe	92 321	92 261	91 871	162	228	60	279 348	279 202	278 050	455	697	146	3170107
Não existe	1 523	1 518	853	189	476	5	5 020	5 010	2 978	572	1 460	10	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Bueiro / boca de lobo													
Existe	30 386	30 374	30 223	66	85	12	90 119	90 093	89 624	197	272	26	3170107
Não existe	63 458	63 405	62 501	285	619	53	194 249	194 119	191 404	830	1 885	130	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Rampa para cadeirante													
Existe	5 691	5 691	5 683	3	5	-	16 244	16 244	16 228	6	10	-	3170107
Não existe	88 153	88 088	87 041	348	699	65	268 124	267 968	264 800	1 021	2 147	156	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Arborização													
Existe	85 538	85 483	84 957	214	312	55	260 399	260 261	258 684	636	941	138	3170107
Não existe	8 306	8 296	7 767	137	392	10	23 969	23 951	22 344	391	1 216	18	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Esgoto a céu aberto													
Existe	332	330	287	10	33	2	1 105	1 097	975	31	91	8	3170107
Não existe	93 512	93 449	92 437	341	671	63	283 263	283 115	280 053	996	2 066	148	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107
Lixo acumulado nos logradouros													
Existe	1 347	1 346	1 285	15	46	1	4 526	4 522	4 338	51	133	4	3170107
Não existe	92 497	92 433	91 439	336	658	64	279 842	279 690	276 690	976	2 024	152	3170107
Sem declaração	435	434	267	88	79	1	1 375	1 369	885	241	243	6	3170107

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Acesso em 25/04/14

Tabela 20 - Domicílios particulares permanentes e moradores em domicílios particulares permanentes, por destino do lixo, segundo as características do entorno – Censo Demográfico 2010

Características do entorno e municípios	Domicílios particulares permanentes					Moradores em domicílios particulares permanentes					Código da Unidade Geográfica
	Total	Destino do lixo				Total	Destino do lixo				
		Coletado			Outro		Coletado			Outro	
		Total	Diretamente por serviço de limpeza	Em caçamba de serviço de limpeza			Total	Diretamente por serviço de limpeza	Em caçamba de serviço de limpeza		
Uberaba	94 279	94 095	92 230	1 865	184	285 743	285 217	280 218	4 999	526	3170107
Identificação do logradouro											
Existe	70 292	70 246	68 825	1 421	46	211 256	211 137	207 404	3 733	119	3170107
Não existe	23 552	23 455	23 106	349	97	73 112	72 835	71 832	1 003	277	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Iluminação pública											
Existe	93 146	93 085	91 481	1 604	61	282 237	282 075	277 843	4 232	162	3170107
Não existe	698	616	450	166	82	2 131	1 897	1 393	504	234	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Pavimentação											
Existe	92 648	92 585	90 986	1 599	63	280 487	280 309	276 090	4 219	178	3170107
Não existe	1 196	1 116	945	171	80	3 881	3 663	3 146	517	218	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Calçada											
Existe	90 462	90 419	88 827	1 592	43	273 223	273 117	268 918	4 199	106	3170107
Não existe	3 382	3 282	3 104	178	100	11 145	10 855	10 318	537	290	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107

Meio-fio / guia											
Existe	92 321	92 275	90 677	1 598	46	279 348	279 236	275 020	4 216	112	3170107
Não existe	1 523	1 426	1 254	172	97	5 020	4 736	4 216	520	284	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Bueiro / boca de lobo											
Existe	30 386	30 353	29 509	844	33	90 119	90 020	87 969	2 051	99	3170107
Não existe	63 458	63 348	62 422	926	110	194 249	193 952	191 267	2 685	297	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Rampa para cadeirante											
Existe	5 691	5 689	5 610	79	2	16 244	16 242	16 032	210	2	3170107
Não existe	88 153	88 012	86 321	1 691	141	268 124	267 730	263 204	4 526	394	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Arborização											
Existe	85 538	85 476	84 458	1 018	62	260 399	260 236	257 420	2 816	163	3170107
Não existe	8 306	8 225	7 473	752	81	23 969	23 736	21 816	1 920	233	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Esgoto a céu aberto											
Existe	332	316	316	-	16	1 105	1 060	1 060	-	45	3170107
Não existe	93 512	93 385	91 615	1 770	127	283 263	282 912	278 176	4 736	351	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107
Lixo acumulado nos logradouros											
Existe	1 347	1 325	1 321	4	22	4 526	4 457	4 447	10	69	3170107
Não existe	92 497	92 376	90 610	1 766	121	279 842	279 515	274 789	4 726	327	3170107
Sem declaração	435	394	299	95	41	1 375	1 245	982	263	130	3170107

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Acesso em 25/04/14

1.2.3 – Hábitos e Estilo de Vida

As condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam nossa maior ou menor saúde.

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade.

Nas Unidades de Atenção Básica do município realizam-se ações educativas que abordam temas como meio ambiente e alimentação saudáveis, atividades físicas e prática de esportes, prevenção dos fatores de risco às doenças e estímulo aos fatores de proteção.

No que se refere à prevenção dos fatores de risco, podemos destacar ações voltadas para a prevenção do uso e abuso de drogas, combate ao tabagismo, gravidez na adolescência, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo AIDS e prevenção de injúrias físicas intencionais e não intencionais.

Cabe ressaltar que devemos, sempre que possível, ampliar as ações voltadas para promoção da saúde, ou seja, atacar questões relacionadas ao prazer, à sexualidade e à construção da paz, que, aliás, são muito mais complexas de serem trabalhadas e atingidas.

Observa-se a ocorrência da transição nutricional na população, marcada por transformações no perfil nutricional, dentre as quais se pontua a redução da prevalência de desnutrição e aumento da prevalência de obesidade.

A obesidade se firmou como uma condição de risco, para a incidência de doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes mellitus tornando-se um importante problema de saúde pública que influencia diretamente o perfil de morbimortalidade da população.

O Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um instrumento para obtenção de dados e monitoramento do estado nutricional das pessoas que frequentam as Unidades Básicas de Saúde e que são assistidas pelas Equipes de Saúde da Família, incluindo beneficiários do Programa Bolsa Família, com o objetivo de detectar precocemente as situações de risco para evitar a ocorrência de desvios nutricionais como desnutrição, sobrepeso e obesidade e de desenvolver ações preventivas contra esses agravos à saúde. A tabela abaixo mostra o acompanhamento realizado pelo referido Programa.

Tabela 21 - Número de Acompanhamentos Realizados pela Vigilância Alimentar e Nutricional, no Período de 2009 a 2012, em Uberaba, MG.

Público alvo	2009	2010	2011	2012*
Criança	4.509	5.220	5.876	8.779
Adolescente	3.230	3.747	3.540	4.699
Adulto	5.082	6.075	3.782	2.982
Idoso	1.360	2.627	2.024	2.308
Gestante	135	195	148	258

Fonte: SISVAN web.

*Dados parciais 1º semestre 2012.

Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola - PSE - instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da Educação Permanente para os trabalhadores; e da atenção integral, avaliação das condições de saúde, prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde para as crianças, adolescentes e jovens do ensino público no âmbito das Unidades Escolares e Unidades Básicas de Saúde.

Em Uberaba, o Programa teve início em fevereiro de 2011 com resultados satisfatórios, pois as ações essenciais foram realizadas em 61 escolas públicas pactuadas, com aproximadamente 70% dos alunos.

Em 2013 o município aderiu ao PSE com 91 escolas públicas entre Creches e Escolas Municipais, e Escolas Estaduais. Foi criado o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal para realizar a gestão do programa, que inclui ações de avaliação de saúde em antropometria, oftalmologia, saúde bucal e verificação da situação vacinal; ações de promoção e prevenção de saúde em segurança alimentar e alimentação saudável, em cultura de paz e direitos humanos, em saúde mental, em DST/AIDS, direito sexual e reprodutivo, e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; ações de formação profissional para trabalhar com essas temáticas de promoção e prevenção.

Programa Hiperdia

Em Uberaba o Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes - SisHiperdia foi implantado em 2002, é constituído de um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos obedece aos critérios do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O Sistema produz informações que permitem o acompanhamento dos pacientes, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos e a elaboração do perfil epidemiológico. Essas ações desencadeiam estratégias que levam à melhoria da qualidade de vida e a redução do custo social.

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família estabelecem o vínculo com a população da área de abrangência através de visitas domiciliares e procura dos pacientes aos serviços de saúde. São realizados grupos de promoção e prevenção à saúde, palestras, ações de atividade física, atendimentos clínicos, dispensação de medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde para o Programa Hiperdia através dos enfermeiros mediante a apresentação de receita médica.

Com o fim do Programa Remédio em Casa, houve aumento de cadastros e de retorno dos pacientes Hipertensos e Diabéticos às Unidades Básicas de Saúde e o aumento de pacientes cadastrados nas Equipes Saúde da Família que realizam atividade Física. A coordenação do cuidado de uma doença crônica exige contato regular e contínuo com o portador.

Até 07/04/2014 estão cadastradas no Sishiperdia 30.939 pessoas, destes 20.627 são hipertensos, 2.334 diabético e 7.978 diabéticos com hipertensão.

Projeto Ginástica Orientada

O Projeto Ginástica Orientada desenvolvido desde 2005 pelas secretarias de Educação, Saúde e Esporte, apresenta como objetivo promover a saúde da população de hipertensos, diabéticos e idosos, preferencialmente, para mostrar a importância da Atividade Física nos aspectos físico, mental e social.

São desenvolvidas ações de atividades físicas nas praças e espaços públicos da cidade, duas vezes por semana com duração de 60 minutos, ministradas por profissionais de Educação Física e com a colaboração das equipes do Programa Saúde da Família, nos seguintes locais: Clube LIONS, Parque das Américas, Complexo Zé do Tiro, Praça do Quartel, CEMEA Abadia, CRAS da Vila Paulista, ABCZ- Dentro do Parque de exposição, CRAS do Morumbi, Quadra de Esporte do bairro São Cristovão, Associação Morada do Sol.

Tabela 22 - Ação Monitorada pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais a partir do último Quadrimestre de 2012 e início de 2013, até o presente momento da população Hipertensa e Diabética.

MÊS			
OUT, NOV, DEZ 2012. JAN 2013 1º QUADRIMESTRE	FEV, MAR, ABR, MAI. 2013 2º QUADRIMESTRE	JUN, JUL, AGO, SET. 2013 3º QUADRIMESTRE	OUT, NOV, DEZ, 2013. JAN 2014 4º QUADRIMESTRE
10.260	10.789	2.944	2.869
Obs.: 1 atividade física no mês e palestra sobre atividade física de acordo com o manual de vigilância em saúde.	Obs.: 1 atividade física no mês e palestra sobre atividade física de acordo com o manual de vigilância em saúde	1 atividade física No mês Obs.: não pode ser inserido participação em palestras sobre atividade física a pedido do estado, visando a realização pratica de atividade física.	Participantes com duas ou mais realização de atividade física por semana. Obs.: não pode ser inserido apenas uma participação em atividade física na semana.
TOTAL GERAL DE PARTICIPANTES EM ATIVIDADE FÍSICA : 26.952			

Em Uberaba/MG durante o ano de 2011 foram notificados e investigados 483 casos suspeitos e confirmados de Violência Doméstica e Sexual, prevalecendo no sexo feminino. Nos anos de 2009, 2010 e 2012 foram notificados e investigados 218, 256 e 280 respectivamente. O aumento do número de casos notificados no ano de 2011 não significa o aumento da violência no ano de 2011, no Município, mas uma indicação de que o sistema está mais sensível à importância da notificação (Figura 34)

Notificações de Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo sexo, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG

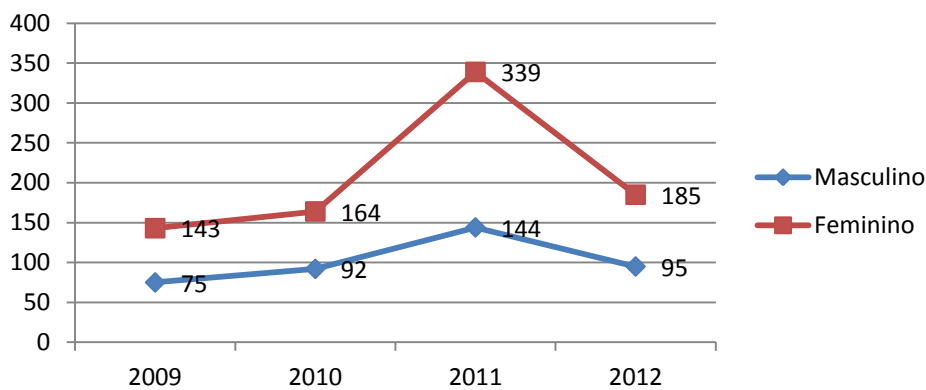


Figura 34 - Notificações de Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo sexo, no período de 2009 a 2012 em Uberaba/MG

Fonte: Sinan. Acesso em outubro de 2013

Nota: Dados sujeitos a alteração e atualização.

A análise das informações coletadas sugere que o aumento do número de casos no ano de 2011, teve como principal razão a parceria com outros setores que também atendem às vítimas de violência doméstica e sexual. Setores como Conselho Tutelar, Centro de Referência da Mulher, Centros de Atenção Social (CRAS), Polícia Militar, Serviços de Urgência e Emergência, Samu, Corpo de Bombeiros, Secretaria de Educação e Cultura, Hospital das Clínicas da UFTM, além dos serviços passaram a notificar à Secretaria Municipal de Saúde os casos de violência Doméstica e Sexual.

Considera-se imprescindível que a rede de assistência à vítima de violência seja fortalecida promovendo a garantia do direito a vida preservando a integridade física e psíquica do indivíduo.

Nesse sentido o município de Uberaba deve resgatar o Núcleo Municipal de Prevenção à Violência para discutir e reorganizar a rede na atenção às vítimas da violência para que haja uma intensificação e uma maior integração e articulação na notificação e no atendimento, redirecionando as vítimas para os setores que compõem a rede considerando suas especificidades, competências e atribuições.

Faz-se necessário a implementação de um protocolo de atenção/encaminhamento às vítimas de violência que garanta o acesso das vítimas ao sistema, seu encaminhamento correto, ágil e resolutivo.

1.3 – Acesso a Ações e Serviços de Saúde

Uberaba é município de referência polo da macrorregião de saúde Triângulo do Sul em Alta Complexidade, sede da Superintendência Regional de Saúde Estadual (SRS), também referência para a microrregião de Uberaba em Média Complexidade. Na formação de profissionais para a prestação de serviços em saúde, tem como o alicerce tradicional a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (antes, Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro), sendo seu Hospital de Clínicas referência na atenção à Alta Complexidade; e a Universidade de Uberaba (UNIUBE), com seu hospital Mário Palmério voltado à atenção de Média Complexidade. Entre os cursos da área de saúde ofertados destacam-se a Medicina, Enfermagem, Biomedicina, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Biologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, entre outros. Está em construção o Hospital Regional de Uberaba que será referência em média complexidade.

Municípios da rede ampliada de Saúde: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

Macrorregião Triângulo do Sul Microrregião Uberaba Módulos Assistenciais e Sistemas de Referência

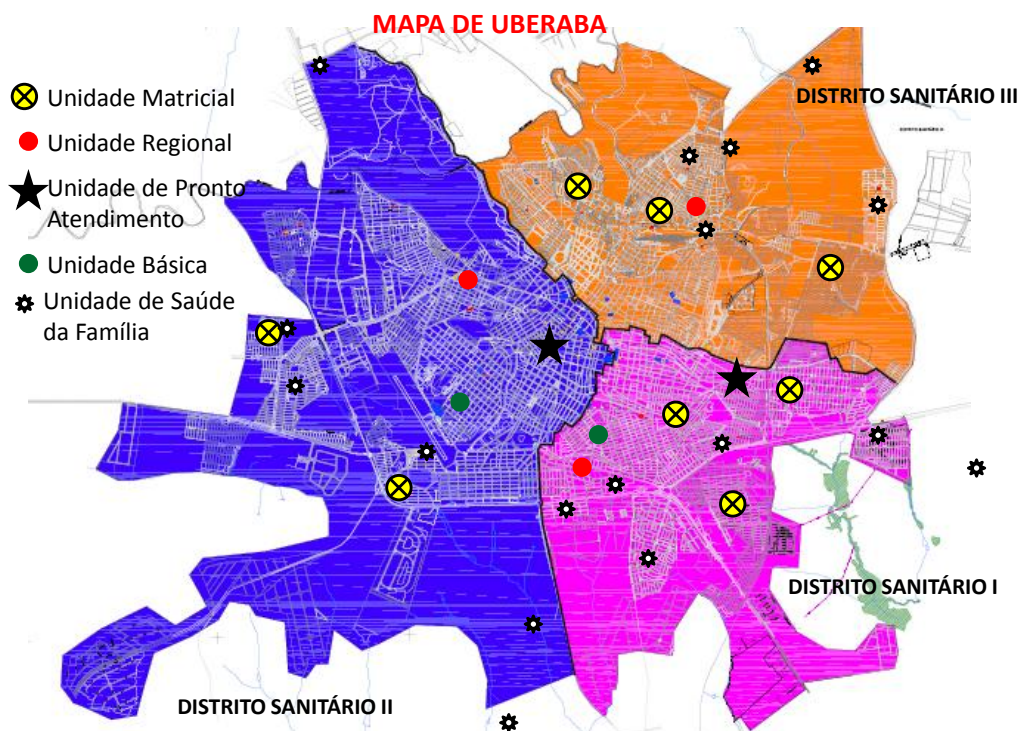
Pólo Microrregional: Uberaba



O município de Uberaba foi habilitado em 1988 em Gestão Plena de Sistemas de Saúde, tendo autonomia na gestão de sua rede de atenção.

Em setembro de 2007 o município assumiu as responsabilidades do Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se deu por meio da adesão dos municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão – TCG, que foram analisadas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais – CIB/SUS/MG e em 27/11/2008 foi publicada a portaria Ministerial nº 2.868 da homologação do município ao TCG na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Anualmente as responsabilidades assumidas no Termo de Compromisso de Gestão foram revisadas.

O Sistema de Saúde esta organizado em Distritos Sanitários, e a rede básica de atenção à saúde formatada em Unidades de Saúde de Família, Unidades Básicas e Unidades Matriciais de Saúde. A distribuição da rede de atenção à saúde de Uberaba pode ser visualizada no mapa abaixo.



1.3.1– Atenção à Saúde

O fortalecimento da atenção básica é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população.

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Uberaba é um município do cenário brasileiro que aposta no SUS assim, a Secretaria Municipal de Saúde vem buscando a consolidação efetiva do modelo assistencial na Atenção Básica através de investimentos, dentre eles: a ampliação, construção, reaparelhamento de novas unidades e ações previamente planejadas, organizadas e coordenadas que visam à educação da população de forma a contemplar todos os municípios.

Os avanços contundentes citados anteriormente facilitaram o acesso da população, sobretudo a parcela com menos acesso a esses serviços. Comumente estes trabalhos são realizados em Vinte e Sete Unidades de Saúde e oito Pontos de Apoio classificadas da seguinte forma:

- **(UBS) Unidade Básica-** É a porta de entrada para o nosso sistema de saúde estando localizadas em diversos pontos da cidade. Na Unidade Básica ou Posto de Saúde o usuário recebe atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem, Odontologia e Psicologia. As ações destinam-se exclusivamente à prevenção e promoção dos agravos a saúde. Os casos mais graves e/ou urgências, emergências, são encaminhados diretamente a um pronto-socorro (ou unidade de pronto-atendimento- **UPA**), onde há recursos adequados para tais atendimentos.

Os principais serviços oferecidos pelas UBSs são consultas médicas, inalações, injeções, curativos não contaminados, vacinas, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades, teste do pezinho, exame de papanicolaou, fornecimento de medicação básica para o tratamento de hipertensão e diabetes e a coleta de exames laboratoriais. São eles:

- ◆ Sorologia para dengue e Isolamento Viral: Exames realizados em todas as unidades.
- ◆ Hemograma: Exame realizado em todas as unidades matriciais.

Quantitativo de UBSs no Município de Uberaba: 01

Horário de funcionamento: 07:00 às 17:00 horas

- **UBS Juca Inácio**

- **(USF) Unidades de Saúde da Família- (USF)** consiste numa pequena unidade funcional multiprofissional (médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia funcional e técnica, que presta cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Configura um modelo organizacional leve e flexível e devem estar integradas em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde. Ou seja, possui o mesmo propósito de uma Unidade Básica a Saúde.

Quantitativo de **USFs** no Município de Uberaba: **17**

Horário de funcionamento: 07:00 às 17:00 horas

- **USF São Cristóvão:** 1 Equipe Saúde da Família (ESF São Cristóvão).
- **USF Julieta Andrade Cunha:** 1 Equipe Saúde da Família (ESF Recreio dos Bandeirantes).
- **USF Virlanea Augusta de Lima:** 1 Equipe Saúde da Família (ESF Maracanã).
- **USF Rosa Maria:** 3 Equipes Saúde da Família (ESF Costa Teles I, ESF Costa Teles II e Gameleira II).
- **USF Residencial 2000:** 2 Equipes Saúde da Família (ESF Residencial 2000 I e ESF Residencial 2000 II).
- **USF Dna. Aparecida Conceição Ferreira:** 3 Equipes Saúde da Família (ESF Leblon, ESF Parque São Geraldo, ESF Abadia II).
- **USF Lecir Nunes Ramos:** 2 Equipes Saúde da Família (ESF Parque das Américas I e ESF Parque das Américas II)
- **USF Beija Flor:** 1 Equipe Saúde da Família (ESF Beija-Flor)
- **USF Romes Cecílio:** 2 Equipes Saúde da Família (ESF Morumbi e ESF Pacaembu)
- **USF Fausto Cunha:** 1 Equipe Saúde da Família (ESF Borgico)
- **USF Sebastião Lima da Costa:** 1 Ponto de Apoio (Calcário)
- **USF Francisco José da Silva:** 1 Equipe Saúde da Família (ESF Ponte Alta)
- **USF Maria de Oliveira:** 2 Equipes Saúde da Família (ESF Uberaba I e ESF Jd. Primavera)
- **USF Jacob José Pinto:** 2 Equipes Saúde da Família

(ESF Cássio Resende e ESF Amoroso Costa)

- **USF Inimá Baroni:** 1 Equipe Saúde da Família
(ESF Jd. Indianópolis)
- **USF Norberto Oliveira Ferreira:** 2 Equipes Saúde da Família
(ESF Vila Arquelau e ESF Morada do Sol)
- **USF Palmira Conceição:** 1 Equipe Saúde da Família
(ESF Santa Rosa)
- **USF Copacabana:** 1 Equipe Saúde da Família
(ESF Copacabana)

• **(UMS) Unidades Matriciais de Saúde** – promovem atendimentos nas áreas de especialidades básicas como ginecologia, pediatria, clínico geral, odontologia, psicologia, assistência social e fisioterapeuta assim como agendamento de consultas e alguns exames para a população. Essas unidades sempre funcionam em paralelo às **Unidades de Saúde da Família (USF)**, **neste caso recomenda-se que os munícipes desta cidade busquem os** serviços de saúde na unidade matricial mais próxima de sua residência.

Quantitativo de **UMSs** no Município de Uberaba: **09**

Horário de funcionamento: 07:00 às 19:00 horas

- **UMS João Rezende :** 2 Equipes Saúde da Família.
(ESF Jd. Uberaba e ESF Tutunas).
- **UMS George Chirré:** 2 Equipes Saúde da Família.
(ESF Alfredo Freire I e ESF Alfredo Freire II).
- **UMS Professor Aluizio Prata:** 3 Equipes Saúde da Família.
(ESF Elza Amuí, ESF Antônia Cândida, ESF Cidade Nova).
- **UMS Valdemar Hial Junior:** 3 Equipes Saúde da Família.
(ESF Espírito Santo, ESF Fabrício, ESF Santa Terezinha).

Horário de funcionamento: 07:00 às 22:00 horas

- **UMS Álvaro Guaritá:** 3 Equipes Saúde da Família.
(ESF Chica Ferreira, ESF Gameleira, ESF Vallim de Mello).
- **UMS Nossa Senhora da Abadia:** 3 Equipes Saúde da Família.
(ESF São Vicente, ESF Nossa Aparecida, ESF Abadia Olhos D, água).
- **UMS Maria Tereza:** 3 Equipes Saúde da Família.
(ESF Maringá, ESF Bairro de Lourdes, ESF Manhatam).
- **UMS Luis Meneghello:** 2 Equipes Saúde da Família.
(ESF Planalto e ESF Volta Grande).

- **UMS Ézio de Martino:** 2 Equipes Saúde da Família.
(ESF Jd. Indianópolis e ESF Boa Vista).

• **(NASF) Núcleo de Apoio a Saúde Família-** é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o **NASF** está cadastrado. Em Uberaba este núcleo de apoio está composto pelos seguintes profissionais: **Médico, Ginecologista, Pediatra, Psicólogo, Fisioterapeuta e Assistente Social**. Vale ressaltar que assim como nos outros setores de atendimentos básicos, o **Núcleo de Apoio a Saúde Família** tem como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criam espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui como **porta de entrada do sistema para os usuários**, mas **apoio às equipes de saúde da família** e tem como eixos a **responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado**, que se pretende, pela saúde da família.

Quantitativo de Unidades que possuem o **NASF** no Município de Uberaba: **06**

Horário de funcionamento: 07:00 às 17:00 horas

- **UMS Luiz Meneghello**
- **UMS Maria Tereza**
- **UMS Álvaro Guaritá**
- **UMS Valdemar Hial Junior**
- **UMS Ézio de Martino**
- **UMS João Resende**

• **Pontos de Apoio das Equipes Saúde da Família-** Sede localizada dentro da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família cuja unidade de referência encontra-se em longa distância.

Quantitativo de Pontos de Apoio no Município de Uberaba: **08**

Horário de funcionamento: 07:00 às 17:00 horas

- **USF Dona Naná – ponto de apoio da USF Francisco José da Silva - Ponte Alta – atende Peirópolis**
- **USF José Pedro - ponto de apoio da USF Sebastião Lima da Costa – Capelinha – atende a população da Baixa**

- São Basílio – ponto de apoio da USF Dona Nana - atende a população de São Basílio
- Serrinha – ponto de apoio da USF Palmira Conceição Ferreira (Santa Rosa) – atende a população da Serrinha
- Santa Fé – ponto de apoio da USF Palmira Conceição Ferreira (Santa Rosa) - atende a população de Santa Fé
- Centro do Juninho – ponto de apoio da UMS Luiz Meneguelo (Volta Grande) atende a população do Planalto
- USF Eduardo Veloso (Calcário) - ponto de apoio da USF Fausto Cunha (Borgico) – atende a população do Calcário

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, endoscopias, fisioterapia e terapias especializadas.

A entrada do cliente na atenção especializada dá-se através de central informatizada de regulação e marcação de procedimentos, que integra os níveis assistenciais. O cliente é inserido no sistema e posteriormente avisado sobre a data e o horário de seu procedimento.

Unidades que compõem a Atenção Especializada da Rede Municipal:

- CAISM – Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher,
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial “Inácio Ferreira”,
- CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico,
- CRIA – Centro de Referência da Infância e Adolescência,
- CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento,
- Farmácia Popular e farmácias dispensadoras de medicamentos,
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência,
- UER – Unidade Especializada em Reabilitação,
- URS Boa Vista – Unidade Regional de Saúde,
- URS São Cristóvão – Unidade Regional de Saúde,

- UPA Parque do Mirante – Unidade de Pronto Atendimento,
- UPA São Benedito – Unidade de Pronto Atendimento, e
- Serviço de Ambulâncias.

UER – Unidade Especializada em Reabilitação

Realiza procedimentos nas áreas de reabilitação física de ortopedia, traumatologia, neurologia e reumatologia; acupuntura; acolhimento precoce de bebês de risco; grupos de estimulação precoce e grupos de qualidade de vida.

A unidade atende clientes de todas as faixas etárias e possui uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogos.

Horário de atendimento: 2ª a 5ª das 07h às 21h e 6ª das 07h às 18h.

Endereço: Rua Afonso Rato, 343, Mercês

Unidades Regionais de Saúde

Realizam exames, cirurgias ambulatoriais e atendem as especialidades médicas. O município possui duas unidades:

- URS Terezinha da Graça Girão de Carvalho (conhecida popularmente como URS Boa Vista) :

Atende as especialidades de ortopedia, endocrinologia, oftalmologia, neurologia, reumatologia, psicologia, psiquiatria, cirurgia ambulatorial, neuropsiquiatria infantil, urologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, dermatologia, endodontia, periodontia, odontopediatria, próteses e odontologia a clientes portadores de necessidades especiais.

Realiza os seguintes exames: eletrocardiograma, eletroencefalograma, radiologia convencional e odontológica, curativo contaminado, triagem neonatal, coleta de biópsias e endoscopia.

Horário de atendimento: 2ª a 6ª feira das 07h às 17h

Endereço: Rua Adilson Rezende Facure, 321, Boa Vista

URS Dr. Lineu José Miziara (conhecida popularmente como URS São Cristóvão)

Atende as especialidades de neurologia, psiquiatria, ortopedia, angiologia, oftalmologia, cardiologia, gastroenterologia, urologia, cirurgias ambulatoriais, proctologia, endocrinologia, reumatologia, dermatologia, endodontia, odontologia a clientes portadores de necessidades especiais, odontopediatria e cirurgias odontológicas.

Realiza os seguintes exames: ultrassonografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, radiologia convencional e odontológica, curativo contaminado, triagem neonatal e coleta de biópsias.

Horário de atendimento: 2ª a 6ª feira das 07h às 17h

Endereço: Rua Comendador Gomes, 840, Vila São Cristóvão

Programa Municipal de DST / AIDS – Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA

O Programa Municipal de DST/ AIDS de Uberaba, antes chamado de Coordenação Municipal de DST/ AIDS, foi implantado no dia 09 de fevereiro de 1999 com a criação do Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA. Na época foi firmado um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde, com recursos disponíveis oriundos do acordo de empréstimo BIRD 4392/BR e do Governo Federal, através de projetos como o Plano Operativo Anual - POA (1999 a 2002) e Programação Anual de Metas - PAM (2003 a 2009). Todos os anos são elaboradas as metas e ações dentro da Programação Anual de Metas – PAM, executadas dentro de três eixos: Promoção, Proteção e Prevenção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; e, Gestão e Desenvolvimento Institucional. Essa PAM é aprovada em nível Municipal, Estadual e Federal.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) foi criado em 08 de março de 2000 e é dividido em 04 ambulatórios: infectologia geral, hepatites virais, DST's, violência sexual e acidentes ocupacionais, e HIV/ AIDS. Tem como objetivo prestar assistência médica, psicológica e ações de enfermagem voltadas a indivíduos com DST/ HIV/AIDS na rede pública de saúde.

O Programa Municipal de DST/AIDS, assim como o Programa Nacional, tem a missão de reduzir a incidência do HIV/AIDS e outras DST's e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos, promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, reduzir o estigma e os demais impactos negativos do HIV/AIDS e outras DST's, por meio de políticas públicas pautadas pela ética, pelo respeito a diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural, à cidadania e aos direitos humanos e pelo compromisso com a promoção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a resposta global a epidemia.

O atendimento acontece por demanda espontânea dos usuários e para exames de pré-natal, neste último é necessário pedido médico para realização dos exames, não havendo necessidade de agendamento. Após o 1º teste de HIV será agendado para que, ao completar o 7º mês de gestação, a usuária retorne para a realização do 2º teste para o HIV/Sífilis/Hepatites B e C. Caso a gestante receba um resultado positivo para algumas destas doenças, ela será encaminhada para o ambulatório Maria da Glória para acompanhamento com médicos que tratam gestantes de risco.

O usuário de demanda espontânea não necessita de pedido médico, e se receber resultado positivo será encaminhado para os médicos da própria unidade. O teste de HIV só é realizado e o resultado entregue mediante apresentação de documento oficial com foto e cartão do SUS. Para

menores de 18 anos que não tenham documento com foto deverão estar acompanhados do responsável, do pai ou da mãe, portando documento de identidade e certidão de nascimento, assim o responsável assinará pelo filho(a) o termo de consentimento livre esclarecido dando autorização para realização do teste para o HIV.

O aconselhamento pós-teste é realizado individualmente e com agendamento. Diante do resultado positivo, após o aconselhamento, o usuário é encaminhado para o Serviço de Assistência Especializada, tendo a sua disposição tratamento médico, psicológico e assistencial.

O sigilo sobre as informações é total, e este só pode ser rompido com autorização expressa do usuário. Caso o mesmo decida comunicar o resultado para a família, o CTA se coloca à disposição para quaisquer esclarecimentos e disponibiliza também aos familiares acompanhamentos psicológicos e assistenciais.

No ano de 2012, foram realizados 5.750 exames de HIV, Sífilis, Hepatites B e C, dentre esses 3.364 gestantes e 2.386 demandas espontâneas.

Os atendimentos do SAE realizados no ano de 2012 foram: 7.810 em infectologia, 12.194 em enfermagem, 884 em odontologia, 1036 em psicologia e 2306 em assistência social.

Os horários de atendimento na Unidade são de segunda à sexta das 07 às 17 horas e o horário para coletas é de segunda à sexta das 07 às 10:30 horas. Os usuários que trabalham nos períodos matutino e vespertino podem contar com horário especial noturno na quarta-feira das 17:30 às 20:30 horas.

Programa Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM foi formulado em 1983, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fornecer à mulher assistência integral clínico-ginecológica, com controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, a assistência para concepção e contracepção, uma melhor assistência pré-natal, do parto e puerpério, abordando os problemas desde a adolescência até a terceira idade.

Em Uberaba, o Programa Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde, tem se empenhado na reorganização da assistência sob os princípios da integralidade, igualdade e universalidade.

Obedecendo esta ótica tem-se buscado uma postura acolhedora e humanizada diante das necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços de saúde.

Nas Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM são realizadas várias ações voltadas para a saúde da mulher, tais como: atividades educativas sobre planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, climatério, gravidez na adolescência, aleitamento materno, entre outros. Estas ações visam promover e controlar os agravos de saúde individual e coletiva, em todas as fases da vida da mulher.

A mulher que apresenta atraso menstrual e que esteja com suspeita de gestação procura a Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família para solicitação de exame para confirmação de gravidez. Caso o resultado seja positivo para gestação, a mulher realiza a consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com o médico ginecologista ou com o médico da Equipe de Saúde da Família.

As mulheres que não fazem parte da área de abrangência do Programa Saúde da Família são atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM, no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro ou no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital Universitário.

Durante a consulta de pré-natal é feito o cadastramento da gestante no Programa SisPrénatal Web, software que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde. Através deste sistema é realizado o monitoramento das gestantes atendidas pelo SUS, bem como o acompanhamento mensal das consultas de pré-natal.

Os dados do Programa SisPrénatal Web mostram que em Uberaba foram cadastradas e acompanhadas no ano de 2011, 2280 gestantes e em 2012, foram cadastradas e acompanhadas 1872 gestantes.

Após a primeira consulta de pré-natal é feita a classificação de risco da gestante, sendo que aquelas com risco habitual continuam realizando consulta de pré-natal na UBS, no CAISM, no Ambulatório de Pré-Natal - UFTM ou no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital Universitário.

As gestantes classificadas como alto risco são encaminhadas ao Ambulatório de Pré-natal do Hospital Universitário ou Ambulatório de Pré-Natal do Hospital de Clínicas da UFTM, no serviço de Medicina Fetal e gestação de alto risco.

Os partos de risco habitual são realizados no Hospital Universitário e os de alto risco são encaminhados ao Hospital de Clínicas da UFTM.

Após o parto, as puérperas que residem em área de abrangência de Equipe de Saúde da Família - ESF recebem visita do agente comunitário e da enfermeira do Programa Saúde da Família, que irão avaliar, orientar e realizar as intervenções necessárias para manter a saúde da mãe e do bebê. Durante a visita domiciliar é feito o agendamento para realização da primeira consulta do bebê, teste do pezinho e vacinas.

Até o primeiro ano de vida, o bebê é acompanhado mensalmente pelo enfermeiro e médico da Unidade Básica de Saúde, realizando-se avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, orientação sobre higiene, prevenção de doenças típicas da infância, além de atividades educativas que visam a promoção da saúde infantil.

Em março de 2011 foi lançada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha, que é uma estratégia operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, com o objetivo de fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança com foco na atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero aos 24 meses.

O município de Uberaba aderiu à Rede Cegonha no componente exames, através da adesão facilitada, pois foi considerado como município não prioritário, devido ao baixo índice de mortalidade materna e infantil.

O Projeto Mães de Minas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais refere-se ao conjunto de ações de saúde voltadas para a proteção e o cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida, como um novo impulso estratégico e veio complementar as ações já desenvolvidas pelo município. Em Uberaba foi implantado em agosto de 2012. A ferramenta de interlocução direta com a gestante, sua família e com os serviços de saúde é o Call Center (155), onde a gestante, incentivada pelos profissionais da Atenção Básica, faz seu cadastro e recebe ligações mensalmente dos profissionais do projeto com orientações sobre o desenvolvimento do bebê, importância da realização do pré-natal, queixas comuns durante a gestação, entre outros. Este projeto oferece um site voltado para as mulheres grávidas ou que já tenham bebê com o objetivo de divulgar boas práticas para a saúde da criança, faz distribuição de folders e publicação de conteúdo educativo em jornais, revistas e TV, a fim de transmitir experiências vivenciadas por outras mães e conhecimentos de profissionais da área de saúde.

O município implantou em janeiro de 2013 o Programa de Triagem Pré-Natal para Toxoplasmose Congênita, que através da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em parceria com o Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD da Faculdade de Medicina da UFMG disponibiliza os testes sorológicos para o diagnóstico da toxoplasmose para todas as gestantes. Em países com elevada incidência, como o Brasil, recomenda-se realizar testes sorológicos de rotina para identificar a gestante em risco de toxoplasmose aguda.

A toxoplasmose congênita ocorre quando uma gestante entra em contato pela primeira vez com o protozoário *Toxoplasma gondii* e adquire a infecção. O parasito se multiplica na placenta e pode infectar o feto causando comprometimento de intensidade variável, com predomínio de lesões no sistema nervoso central e na retina. O ser humano pode adquirir a toxoplasmose pela ingestão de cistos ou oocistos eliminados nas fezes dos gatos domésticos ou selvagens, que contaminam água, solo e alimentos ingeridos crus.

Quando a infecção acomete a gestante pode haver transmissão para o feto e graves consequências para o seu desenvolvimento. A infecção pode ser tratada durante a gestação, evitando a infecção fetal ou reduzindo o comprometimento da criança.

Se, apesar de todas essas medidas, a criança nascer com toxoplasmose (infecção congênita), podemos tratá-la e reduzir a gravidade das manifestações da doença.

Na primeira visita da gestante à unidade de saúde, preferencialmente até as 12 semanas de gestação, é feita a coleta da primeira amostra em papel filtro. O sangue é colhido por punção digital, depositado em papel filtro e enviado ao NUPAD para realização da pesquisa de anticorpos IgM e IgG anti-toxoplasma.

A coleta de sangue é realizada em todas as gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, CAISM, Ambulatório de Pré-Natal da UFTM e Ambulatório de Pré-Natal da UNIUBE. Após a coleta, o enfermeiro responsável pela realização do exame aciona a enfermeira

coordenadora do Programa e esta envia um motorista para pegar a amostra e enviá-la pelos Correios ao NUPAD. No prazo de 48 horas a Unidade de Saúde recebe por e-mail o resultado do exame.

As gestantes não infectadas são orientadas, repetidamente, pela equipe de saúde sobre como evitar a infecção.

A equipe de saúde, responsável pelo pré-natal da gestante que apresenta resultados positivos no teste de triagem, será rapidamente informada e, se o tratamento for necessário, a medicação é disponibilizada pelo NUPAD e enviada ao município.

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, denominado VIVA MULHER, tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento e reabilitação das mulheres.

Em Uberaba a coleta de exame Papanicolaou é realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde e no CAISM, para isto, basta que a mulher procure essas unidades e faça o agendamento do exame com o enfermeiro responsável. O resultado do exame é enviado à unidade de origem e entregue à paciente pelo enfermeiro.

Caso a mulher necessite de tratamento e acompanhamento, é encaminhada ao serviço de colposcopia do CAISM, onde é feito biópsia, eletrocauterização e cirurgia de alta frequência. Havendo necessidade de cirurgia mais complexa, tratamento quimioterápico ou radioterápico, a mulher é encaminhada ao Hospital Dr. Hélio Angotti ou Hospital de Clínicas da UFTM.

Todas as mulheres que apresentarem algum tipo de alteração no resultado de exame Papanicolaou são inseridas no banco de dados do Siscolo e acompanhadas através de controle do seguimento e busca ativa das pacientes. O Siscolo é o sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, utilizado para o fornecimento dos dados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil.

Todas as mulheres com lesões de alto grau ou câncer no colo uterino são acompanhadas no Siscolo e encaminhadas para realização de exames periodicamente.

Para prevenção do câncer de mama, as mulheres a partir dos 35 anos de idade devem realizar mamografia anualmente, procurando a Unidade Básica de Saúde ou CAISM, onde recebem a requisição para a realização de mamografia, pelo enfermeiro ou médico; é inserida na fila eletrônica e dentro de três dias recebem uma ligação telefônica da Secretaria de Saúde, informando sobre o local e horário do exame.

As mulheres que apresentarem alterações no exame de mamografia são encaminhadas para investigação e/ou tratamento ao Serviço de Mastologia do CAISM, ao Hospital de Clínicas da UFTM ou ao Hospital Dr. Hélio Angotti, onde são realizadas consulta médica e de enfermagem, biópsia para fins diagnósticos e acompanhamento psicológico. Se diagnosticado o câncer de mama a cliente é encaminhada ao Hospital Dr. Hélio Angotti ou Hospital de Clínicas da UFTM, para tratamento quimioterápico, radioterápico e cirúrgico.

O SISMAMA é um subsistema de informação ambulatorial, instituído pelo Ministério da Saúde para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema é composto pelo módulo do prestador de serviço, utilizado pelos serviços de radiologia mamária e patologia para cadastro dos exames, emissão de laudos e avaliação de desempenho dos serviços; e pelo módulo de coordenação, utilizado pelos gestores estadual, regional e municipal para gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama e seguimento das mulheres com exames alterados.

As informações do SISMAMA começam a ser geradas na Unidade Básica de Saúde. O profissional de saúde identifica as pessoas que devem fazer mamografia de rastreamento ou diagnóstica e solicita o exame. Com o formulário de requisição de mamografia, a usuária é inserida no agendamento da fila eletrônica e encaminhada para realizar o exame nos serviços de radiologia.

Nesses serviços é feita a digitação das informações coletadas pelo profissional da unidade requisitante e das informações geradas no próprio serviço.

O sistema permite ao gerente dos serviços de radiologia e patologia avaliar o desempenho dos profissionais, o perfil da população atendida e acompanhar outros indicadores por meio de relatórios gerenciais.

Em relação à realização do Teste do Olhinho, o mesmo é ofertado a todos os recém nascidos pelo Hospital de Clínicas da UFTM. Para a realização do teste, basta que o responsável pela criança compareça ao Ambulatório Maria da Glória e realize o agendamento, que é feito imediatamente. Para a realização do teste da orelhinha, a mãe deve ligar ou comparecer no Hospital Beneficência Portuguesa e realizar o agendamento para a realização do exame.

Observa-se na Figura abaixo que a maioria das mães realizaram as 7 ou mais consultas de pré natal e na Figura 36, desde 2006, a maioria dos nascidos vivos apresentam o peso ao nascer entre 2500g e 4000g, sendo este intervalo de peso adequado, podendo retratar boas condições intrauterino e menor risco de morbimortalidade .

Nascidos vivos segundo consultas de pré natal, no período de 2006 a 2012, em Uberaba/MG.

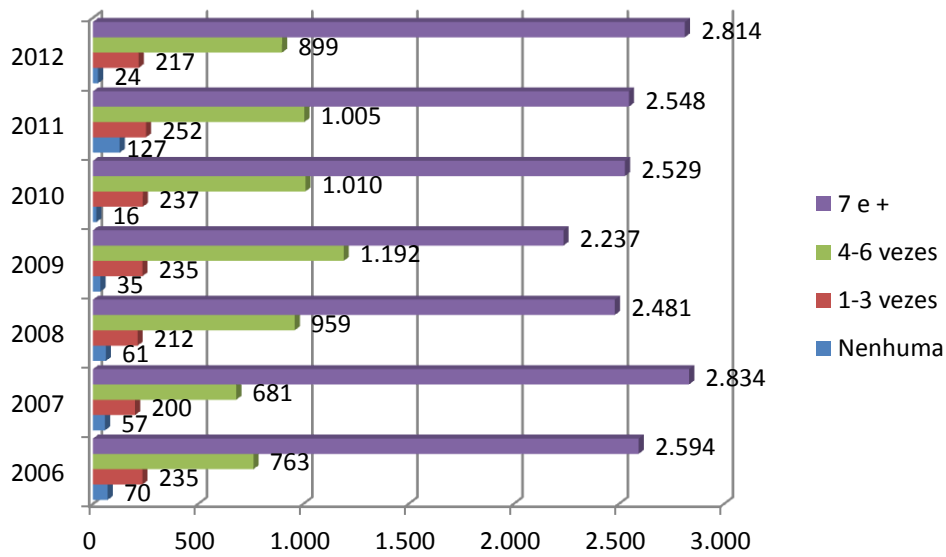


Figura 35 - Nascidos vivos segundo consultas de pré-natal, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: Sinan, acesso em 15/04/13.

Nascidos vivos segundo peso ao nascer, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG

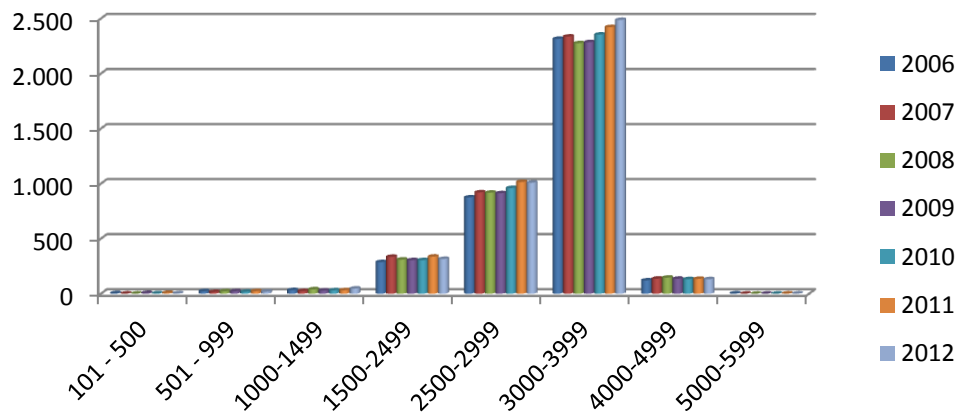


Figura 36 - Nascidos vivos segundo peso ao nascer, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: Sinan, acesso em 15/04/13.

No Pacto pela Saúde de 2012 a meta para partos vaginais era de 46%, observa-se na Figura 37 que no período de 2006 a 2012, o tipo de parto vaginal variou em torno de 31% a 35,7%.

Percentual de Nascidos Vivos segundo tipo de parto, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG

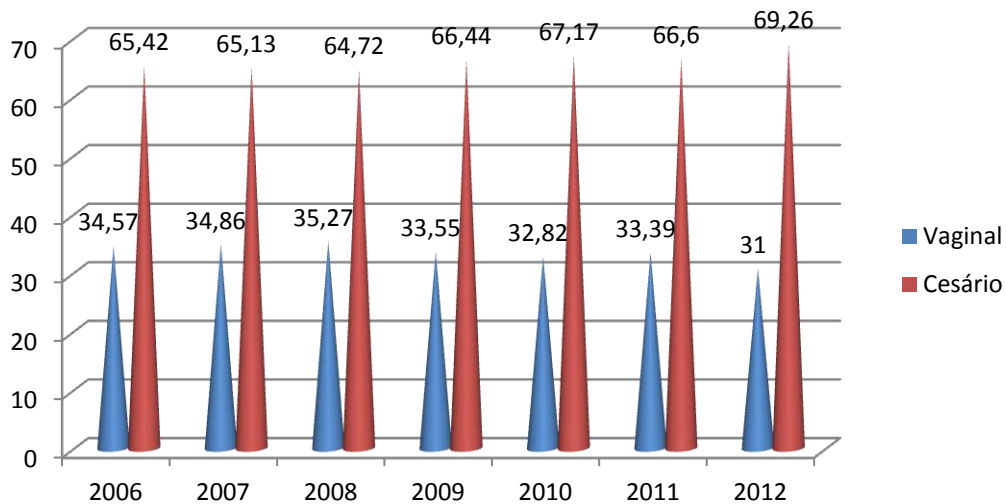


Figura 37 - Percentual de Nascidos Vivos Segundo Tipo de Parto, no período de 2006 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: Sinan, acesso em 15/04/13.

O município de Uberaba faz parte do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama (VIVA MULHER) que tem o objetivo de reduzir a mortalidade e outros problemas resultados desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e identificação em estágios iniciais da doença, para tratamento e reabilitação. A Figura 38 mostra um declínio da razão de exames citopatológicos do colo do útero no ano de 2012 em relação aos anos anteriores, entretanto estamos acima do pactuado que é razão de 0,21. A Figura 39 apresenta a partir de 2010, um aumento no percentual de seguimento de lesões de alto grau do colo do útero, chegando a 100% em 2011.

Razão de exames citopatológicos do colo do útero, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

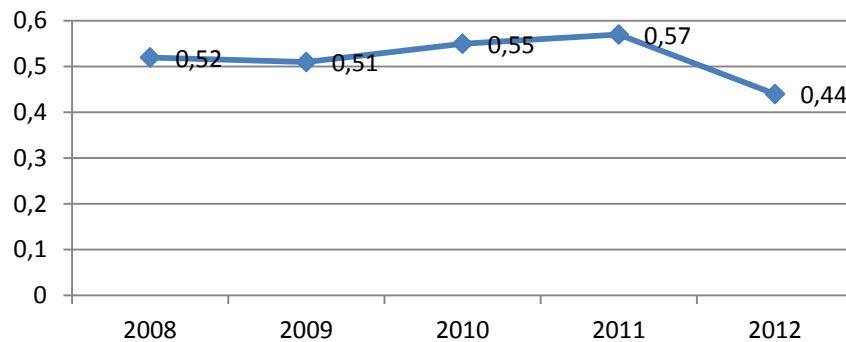


Figura 38 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Percentual de Seguimento de lesões de Alto Grau do colo do útero, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

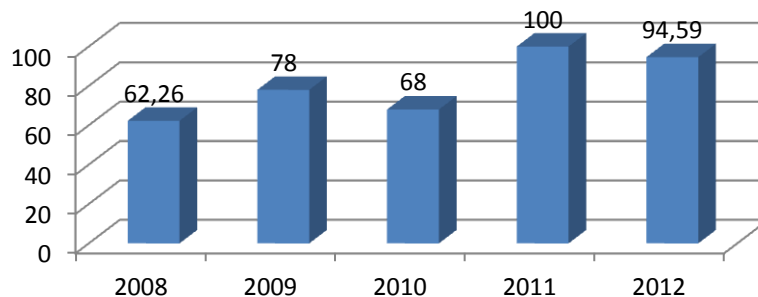


Figura 39 - Percentual de Seguimento de lesões de Alto Grau do colo do útero, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

A Figura abaixo apresenta uma estabilidade na razão de mamografias de 2009 a 2012, tendo uma queda em 2011, porém manteve-se acima da meta pactuada que é razão de 0,22.

Razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos realizadas no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

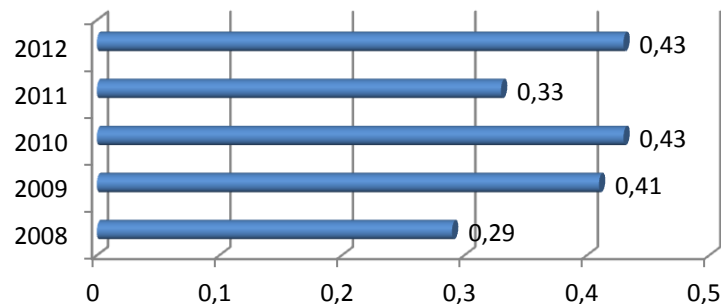


Figura 40 - Razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos realizadas no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.

Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Saúde do Idoso

Em 1999 surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como principais diretrizes, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, a reabilitação e apoio a pesquisa e estudos nessa área (MS. PORTARIA Nº 1395/1999).

A Atenção ao idoso em Uberaba é realizada pelas Equipes de Saúde da Família - ESF, através do atendimento curativo, da reabilitação e em atividades de promoção da saúde, como: capacitação para os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, visando à sensibilização e instrumentalização dos mesmos para a promoção da saúde do Idoso; ações descentralizadas a partir de grupos de socialização, atividades físicas e hiperdia em todas as Unidades Básicas de Saúde; realização de atividades físicas duas vezes por semana nas Unidades de Saúde e/ou outros espaços próximos a estas; e marcação de sua consulta com o Médico Saúde da Família por telefone, no horário de funcionamento da Unidade, a partir de 60 anos.

A maioria da população hipertensa e diabética é idosa – 24.557 idosos cadastrados no SIAB, 11.740 idosos realizam atividade física.

Locais onde ocorre atividade física:

- USF Beija flor – grupo de ginástica orientada semanal com a participação de 8 a 15 idosos;
- UMS Abadia – grupo de ginástica orientada com educador físico semanal – 155 participantes;
- UMS George Chirre - grupo de atividade física no hiperdia com a participação da Uniube;
- Grupo de Coluna com participação acadêmicos de nutrição, enfermagem e educação física – uma vez por semana – participação de 15 idosos;

- USF Lecir Nunes - grupo de ginástica orientada com educador físico e enfermeiro – semanal – participação de 40 idosos;
- USF Residencial 2000 - grupo de ginástica orientada com enfermeiro, ACS e Psicóloga;
- USF São Cristóvão - grupo de ginástica orientada com educador físico duas vezes por semana, participação entre 10 e 20 idosos;
- UMS Luiz Meneguelo - grupo de ginástica orientada com educador físico semanal , participação de 14 idosos;
- UMS Aluizio Prata - grupo de ginástica orientada com fisioterapeuta semanal, participação de 20 idosos;
- USF Romes Cecílio - grupo de ginástica orientada com fisioterapeuta semanal, com participação de 25 idosos;
- UMS Valdemar Hial - grupo de ginástica orientada com os profissionais da Residência multiprofissional, uma vez por semana, participação de 20 idosos;
- USF Norberto - grupo de ginástica orientada duas vezes por semana, participação 45 idosos;
- USF Ézio de Martino - grupo de ginástica orientada com fisioterapeuta, semanal, participação de 70 idosos;
- USF Jacob - grupo de ginástica orientada semanal;
- ESF Cássio Rezende, semanal, 5 a 10 participantes;
- ESF Amoroso Costa – realiza encaminhamento para atividade física no CEMEA Boa Vista que é próxima ao bairro Estados Unidos, participação de 8 a 10 idosos;
- USF Maria de Oliveira – grupo de alongamento com fisioterapeuta quinzenal, participação 20 idosos;
- USF Virilânea - grupo de ginástica orientada promovida pela equipe, semanal, participação de 30 idosos;
- USF Recreio dos Bandeirantes - grupo de ginástica orientada com educador físico duas vezes por semana, participação de 18 idosos;
- UBS Juca Inácio - grupo de ginástica orientada duas vezes por semana com educador físico no Lions Club, participação de 50 idosos;
- USF Dona Aparecida - grupo de ginástica orientada com fisioterapeuta, participação de 50 idosos;
- USF Baixa - grupo de ginástica orientada com educador físico semanal, participação de 10 idosos;
- USF Capelinha - grupo de ginástica orientada duas vezes por semana com a equipe, participação de 30 idosos;
- UMS João Rezende - grupo de ginástica orientada semanal com fisioterapeuta, participação de 45 participantes;
- USF Ponte Alta/Peirópolis – grupo Bem Viver com a equipe semanal e grupo Caminhada Saudável, 15 participantes;
- UMS Álvaro Guaritá - grupo de ginástica orientada com educador físico semanal, 26 participantes;

- UAI realiza atividade física todos os dias:

Modalidade	Outubro 2013	Novembro 2013	Dezembro 2013
Hidroginástica	1049	1049	1049
Ginástica	504	505	504
Aeróbica	80	65	65
Natação	100	100	100
Dança de Salão	98	52	52
Relaxamento induzido	120	300	300

Saúde do Homem

“A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi instituída em 27 de agosto de 2009, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” em Uberaba foi implantada em 2011.

As Unidades Básicas de Saúde possuem ações descentralizadas para a promoção e prevenção da saúde do homem, a partir de grupos de socialização, atividades físicas e hiperdia. As Unidades Matriciais - UMS Álvaro Guaritá; UMS Nossa Senhora da Abadia; UMS Maria Tereza; UMS Luis Meneghello; UMS Ézio de Martino possuem atendimento estendido até às 22 horas para possibilitar o acesso da população.

As Unidades Regionais de Saúde oferecem atendimento especializado com médicos Urologistas, mediante encaminhamento do médico da Atenção Básica.

Conforme solicitação das empresas, durante a Semana Interna de Prevenção de Acidentes - SIPAT são realizadas Palestras Educativas em Promoção e Prevenção de agravos à saúde do Homem. Nestas palestras são trabalhadas temáticas como: hábitos saudáveis de vida, prevenção de doenças crônicas degenerativas e aspectos da sexualidade masculina.

Dados novembro azul:

No dia 31 de Agosto de 2013 foi realizada a campanha especial contra o Câncer de Próstata na Unidade de Saúde do Bairro São Cristovão, onde foi ofertado orientações e exames à população masculina na faixa de 45 anos ou mais e na faixa de 40 anos para aqueles que possuem histórico de câncer de próstata na família. Os atendimentos foram destinados ao acolhimento e cadastro dos pacientes, coleta de sangue e o exame prostático realizados por Urologistas. Foram 719 atendimentos

No dia 30 de novembro de 2013 foi ofertado na URS Boa Vista e São Cristóvão orientações e exames à população masculina na faixa de 50 anos ou mais e na faixa de 45 anos para aqueles

que possuem histórico de câncer de próstata na família. Os atendimentos foram destinados ao acolhimento e cadastro dos pacientes, coleta de sangue (Creatinina e PSA), avaliação nutricional, dosagem de glicemia capilar e o exame prostático realizados por Urologistas, garantindo a continuidade do tratamento dos casos positivados. Foram 1.366 atendimentos

Saúde Bucal

Durante anos, a odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

Seu principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal) ESB na estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

O Brasil Sorridente articula-se com outras ações intraministeriais e interministeriais, tais como Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria e Plano Nacional para pessoas com deficiência.

O Município de Uberaba possui 69 cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Básica, sendo 48 em Equipes de Saúde Bucal, modalidade I.

Na Atenção Especializada os pacientes referenciados são atendidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O município conta com 02 CEO tipo II, com 05 Consultórios Odontológicos, sendo 01 na URS São Cristóvão com 03 CD Endodontistas, 01 CD Paciente Especial, 01 CD Odontopediatra, 01 CD Cirurgia Oral Menor, 04 Auxiliares de Saúde Bucal e 01 Técnico em Saúde Bucal, outro na URS Boa Vista com 03 CD Endodontistas, 01 CD Paciente Especial, 02 CD Odontopediatra, 01 CD Cirurgia Oral Menor, 01 CD Periodontista, 04 Auxiliares de Saúde Bucal e 01 Técnico em Saúde Bucal. Possuímos 01 CEO tipo I com 3 Consultórios Odontológicos na Policlínica "Getúlio Vargas" da Universidade de Uberaba - UNIUBE. No CEO as especialidades atendidas são:

endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais e odontopediatria.

O Município conta com uma Unidade Móvel Odontológica com 04 equipes para atendimentos nas escolas.

Na URS Boa Vista encontra-se o Laboratório Regional de Prótese Dentária do Município onde são ofertadas Próteses Totais, para que haja o acesso do usuário do SUS ao serviço de prótese ele tem que ser avaliado pelos profissionais de Saúde Bucal na Atenção Básica para posterior encaminhamento ao tratamento.

O atendimento de urgência e emergência odontológica é realizado pelas Equipes da Saúde Bucal no primeiro horário matutino e vespertino, além da agenda programática. O paciente que chegar depois é medicado sendo orientado a procurar a UPA, salvo em caso de abscesso e hemorragia deverá ser atendido. Na UPA do Mirante o atendimento é no horário noturno (18:00 – 06:00), finais de semana e feriados - 24 horas.

O paciente com necessidade de tratamento sob anestesia geral é referenciado ao Hospital Universitário de Uberaba para atendimento.

Foram elaborados os protocolos de Saúde Bucal para referência e contrarreferência, acolhimento e agendamento, estes últimos em fase de implantação.

Dentre as dificuldades encontradas pelo setor de saúde bucal podemos destacar:

- Algumas Unidades de Saúde com infraestrutura inadequada em desacordo com as normas da Vigilância Sanitária. As Unidades visitadas em 2013 geraram um relatório feito pela Vigilância Sanitária, onde constam as adequações necessárias.
- Manutenção de equipamentos odontológicos sem resultados efetivos;
- Atraso no processo de licitação para compras de material de consumo;
- Quadro de profissionais insuficiente e falta de capacitação para os Profissionais da Saúde Bucal.

Os dados do atendimento odontológico em 2012, obtidos através do Sistema de Saúde Municipal, são:

- 1ª Consulta programática (cod. 30101015): 13.035 atendimentos.
- Consulta na Atenção Especializada (cod. 30101004): 3.201 atendimentos.
- Escovação supervisionada (cod. 10102003): 88.665 atendimentos.
- Atendimento de urgência e emergência (cods. 30106003; 30106004 e 30106006): 9.205 atendimentos.

A figura abaixo apresenta um aumento da cobertura das equipes de saúde bucal, no período de 2008 a 2012. Um avanço importante no sentido da observância de um dos princípios do SUS – o da integralidade dos cuidados, esta equipe identifica fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades.

Cobertura das equipes de saúde bucal, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

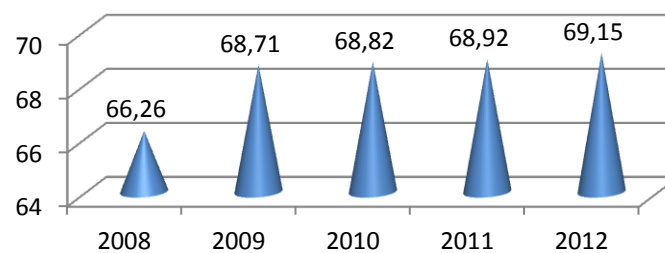


Figura 41 - Cobertura das equipes de saúde bucal, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.
Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

A Figura 42 demonstra que a média da escovação dental supervisionada oscilou no período de 2008 a 2012, o que pode ter prejudicado a promoção e prevenção das doenças mais prevalentes na Saúde Bucal – Cárie e Doença Periodontal.

Média da Escovação Dental Supervisionada, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG

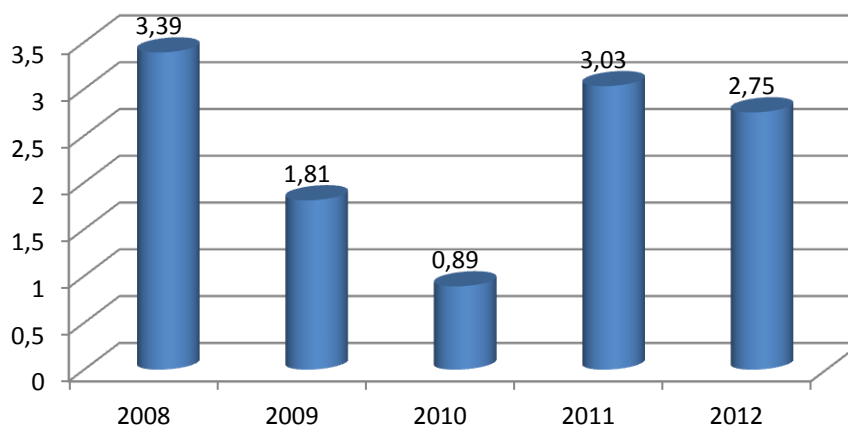


Figura 42 - Média da Escovação Dental Supervisionada, no período de 2008 a 2012 em Uberaba/MG.
Fonte: DATASUS, acesso em 05/04/13.

Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A Secretaria de Saúde do município de Uberaba possui em seu quadro de servidores cerca de 26 farmacêuticos e 22 técnicos de farmácia, os quais estão lotados nas Farmácias Básicas, nas Especializadas e no nível central.

As Unidades Básicas de Saúde - UBS e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, ainda não contam com a presença do profissional farmacêutico.

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF é subdividido em:

1. Coordenação dos Medicamentos Básicos

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. De acordo com a Portaria nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010, os recursos devem se aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Lista dos medicamentos oferecidos pela Rede Municipal em anexo.

Seguem abaixo as unidades de dispensação (entrega) de medicamentos/insumos no município de Uberaba:

1.1 Dispensação de medicamentos básicos:

- ⇒ CENTRO DE SAÚDE EURICO VILELA
- ⇒ UMS ABADIA
- ⇒ UMS GEORGE CHIRÉE
- ⇒ URS BOA VISTA
- ⇒ URS SÃO CRISTÓVÃO

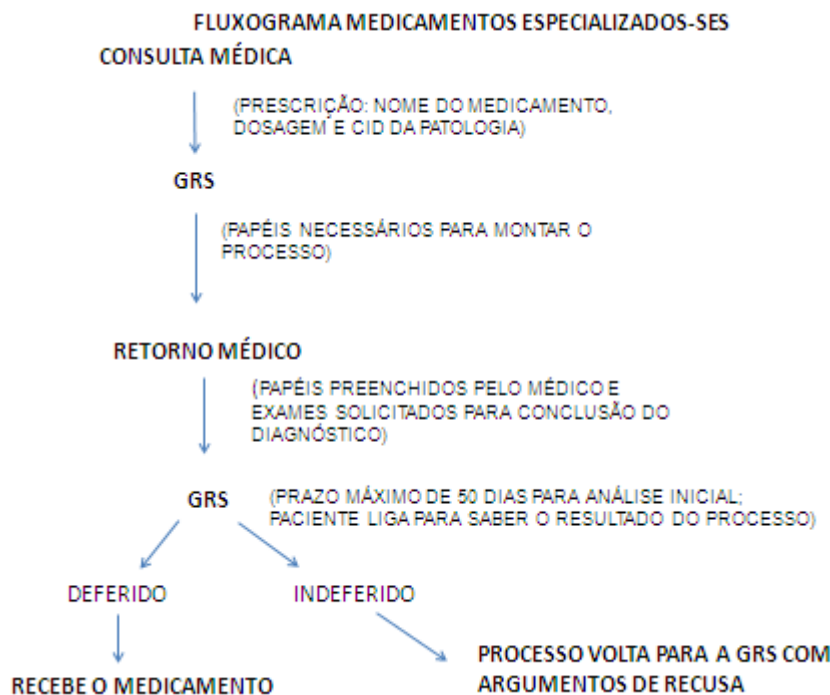
1.2 Dispensação especializada – Somente para usuários cadastrados na Rede de Saúde Mental ou usuários internados nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA's:

- ⇒ CAPS
- ⇒ CAPS-AD
- ⇒ CRIA
- ⇒ CTA
- ⇒ UPA PQ. MIRANTE
- ⇒ UPA SÃO BENEDITO

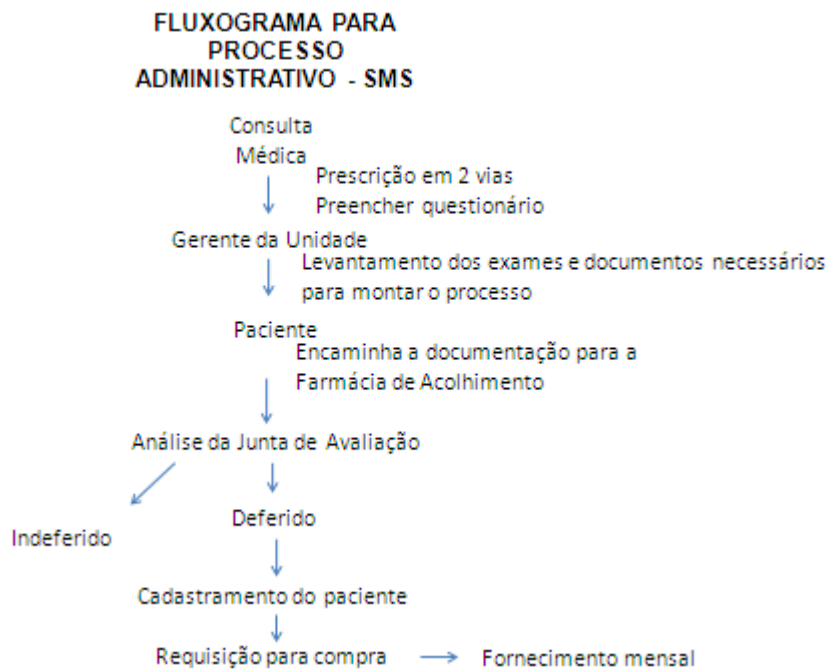
2. Coordenação dos Medicamentos Especializados - Alto Custo

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde.

Os Medicamentos de Alto Custo, por ex. Risperidona, são disponibilizados pelo Estado de Minas Gerais, por meio de Processo Administrativo na Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – SRS, Av Maria Carmelita Castro Cunha, 33 - Vila Olímpica - (34) 3321-5622:



A Farmácia de Acolhimento entrega medicamentos básicos e aqueles que não fazem parte da lista do Estado e da lista dos Programas de Saúde do Governo Federal, por ex. Programa de Saúde Mental. Funciona na AV. Nelson Freire, nº 376, Leblon, tel.: (34) 3321-4197, a qual atende os Mandados Judiciais e Processos Administrativos.



3. Coordenação dos Medicamentos Estratégicos - Programas de Saúde

São medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério com protocolos e normas estabelecidas. Por exemplo: AIDS, tuberculose e hanseníase. São financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados ou municípios, de acordo com previsão de consumo. A distribuição é de responsabilidade dos estados e municípios.

Centros de Referência em dispensação dos medicamentos dos Programas de Saúde:

- ⇒ CENTRO DE SAÚDE EURICO VILELA: Hanseníase; Meningite; Tuberculose; outros)
- ⇒ CENTROS PARA TRATAMENTO DE ENDEMIAS (UPAS): Dengue; H1N1.
- ⇒ CTA: DST/AIDS
- ⇒ UMS João Rezende: Tabagismo

4. Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF.

A Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, almoxarifado, é a unidade de assistência farmacêutica responsável pelo armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais, correlatos ou insumos. A CAF exerce atividades operacionais e de planejamento, tais como:

- Receber os produtos comprados;

- Realizar os lançamentos de entrada por meio de sistema informatizado e armazenar os produtos;
- Receber requisições das unidades, promovendo a distribuição;
- Realizar as atividades relacionadas à gestão de estoques;
- Conservar os medicamentos em condições seguras, preservando a qualidade;
- Realizar levantamentos periódicos dos estoques e elaborar relatórios gerenciais.

A distribuição dos medicamentos é uma estratégia de suporte às ações da farmácia, interferindo na qualidade da assistência ao paciente, na credibilidade dos serviços farmacêuticos e no sistema de dispensação como um todo.

5 – Farmácia Popular

O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular".

Lista de Medicamentos disponíveis gratuitamente na Farmácia Popular mediante receituário médico - Av. Dr. Fidélis Reis, 271 – sala 108 – Centro, tel.: (34) 3315-7573 e nas demais drogarias credenciadas no Programa Aqui Tem Farmácia Popular:

Tabela 23 – Medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular

FARMÁCIA POPULAR PRÓPRIA	DROGARIA CREDENCIADA (AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR)
Medicamentos Gratuitos	Medicamentos Gratuitos
Atenolol 25 mg	Atenolol 25 mg
Captopril 25 mg	Brometo de ipratrópio 0,02 mg
Enalapril 10mg	Brometo de ipratrópio 0,25mg
Enalapril 20mg	Captopril 25 mg
Furosemida 40mg	Dipropionato de beclometsona 250 mcg
Glibenclamida 5 mg	Dipropionato de beclometsona 50 mcg
Hidroclorotiazida 25 mg	Glibenclamida 5 mg
Losartana potássica 50 mg	Hidroclorotiazida 25 mg
Metformina 500 mg	Insulina humana 100 ui/ml
Metformina 850 mg	Insulina humana regular 100 ui/ml
Metildopa 250mg	Losartana potássica 50 mg
Metildopa 500mg	Maleato de enalapril 10 mg
Nifedipina Retard 20mg	Metformina 500 mg

Propranolol 40 mg	Metformina 850 mg
Salbutamol 2mg comprimido	Metformina - ação prolongada 500 mg
Salbutamol 2mg/5ml xarope	Propranolol 40 mg
Verapamil 80mg	Salbutamol 5 mg/10 ml

O investimento público e as informações de mau uso do medicamento relatadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, como, prescrição inadequada, uso incorreto, indicam a necessidade da qualificação da Assistência Farmacêutica para que a seleção de medicamentos seja adequada à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename; à programação para que atenda a demanda dos usuários; que o armazenamento seja dentro das normas preconizadas; que a distribuição dos medicamentos faça com que os mesmos estejam nos lugares certos e na hora adequada; e que, finalmente, o paciente receba orientação de uso através das informações e orientações dos farmacêuticos e que aqueles pacientes que utilizam os medicamentos para doenças crônicas sejam cadastrados e assistidos através da atenção farmacêutica.

Estes são fatores que contribuirão para o uso racional dos recursos e dos medicamentos, mas para que todas as ações planejadas sejam realizadas, é necessário que sejam nomeados mais profissionais farmacêuticos e técnicos de farmácia.

Várias ações são realizadas para evitarmos a perda de medicamentos, tais como:

1. Controle de estoque mais efetivo;
2. Banco de trocas entre municípios por meio do SIGAF;
3. Convênio com hospitais, possibilitando troca imediata;
4. Aquisição de produtos com prazo de validade maior;
5. Evitadas compras em duplicidade através da centralização de requisições no Departamento de Assistência Farmacêutica;

Os medicamentos vencidos são separados, lacrados, identificados e recolhidos pela empresa conveniada, a qual efetua o devido descarte.

Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, tendo em vista a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento o modelo assistencial em saúde mental, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, busca garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade ou cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que esta oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III.

O município de Uberaba busca a efetividade do que propõe a Política Nacional de Saúde Mental e possui uma Rede de Saúde Mental em funcionamento composta por:

- Atendimentos em saúde mental na Atenção Primária: UBS's - Unidades Básicas de Saúde, feitos por 45 (quarenta e cinco) psicólogos lotados nesse nível de atenção;
- Dois ambulatórios com Médicos Psiquiatras (02 em cada Unidade) e 01 Psicólogo somente na URS Boa Vista, funcionando nas URS's (Unidades Regionais de Saúde);
- Dois CAPS II, sendo um deles o CAPS "Dr. Inácio Ferreira", público municipal, com funcionamento de 12 horas/dia, inaugurado e habilitado em 1998, para tratamento de pacientes com sofrimento mental grave, que por esta condição não conseguem vinculação a outros serviços de saúde e necessitam de atendimento interdisciplinar. Média mensal de duzentos e cinquenta pacientes em atendimento nos perfis intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O outro CAPS II, CAPS Maria Boneca, habilitado em 1994, é filantrópico e encontra-se vinculado à Fundação Gregório Baremlitt.
 - Um CAPS AD III, habilitado em 2012, para tratamento de pacientes com problemas ligados a uso e abuso de álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas inclusive finais de semana e feriados, com 05 leitos de acolhimento para desintoxicação e contenção de abstinência. Média mensal de atendimento de duzentos e cinquenta pacientes;
 - Um CAPSi, denominado CRIA, Centro de Referência da Infância e Adolescência, habilitado em 2002, para tratamento de crianças e adolescentes com sofrimento mental grave. Média mensal de atendimento de duzentos pacientes;
 - Um Hospital Psiquiátrico – Sanatório Espírita de Uberaba, com 120 leitos conveniados ao SUS, para internações.
 - Três SRT's, Serviços Residenciais Terapêuticos Municipais, que abrigam média de vinte sete residentes, pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas de longa permanência ou desamparadas socialmente (02 Elza Amui e 01 no Fabrício).
 - Dois SRT's, Serviços Residenciais Terapêuticos filantrópicos, vinculados ao CAPS Maria Boneca / Fundação Gregório Baremlitt, que recebem recursos estaduais e atendem a mesma demanda dos SRT's municipais.

O Município de Uberaba aderiu aos programas e projetos que estão sendo implantados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) dentro do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e Outras Drogas (Decreto nº 7179 de 20 de Maio de 2010) e Plano Crack é Possível Vencer, sendo eles:

- **Cartão Aliança pela Vida:** credenciamento de Comunidades Terapêuticas pelo Estado de Minas Gerais, para acolhimento e tratamento de usuários de crack e outras drogas, tendo o CAPS AD III como porta de entrada, e módulos mínimos de 15 (quinze) leitos em cada Comunidade Terapêutica. Em funcionamento desde Junho de 2013. Três comunidades credenciadas para um módulo de quinze leitos cada (Nova Jerusalém e Centro Herd I e II).
- **Consultório de Rua:** tem o objetivo principal de cuidar dos usuários que se encontram desassistidos e sem vinculações com os serviços de saúde. Serviço componente da

- **Atenção Primária em Saúde.** Funciona como ligação entre a população a margem de cuidados em saúde e os diferentes serviços neste contexto. As abordagens desenvolvidas *in loco* privilegiam a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado dos usuários fora de ambientes institucionalizados. Serviço implantado em maio de 2012. Média mensal de abordagem e encaminhamento de seiscentos pacientes; Atualmente conta com 01 enfermeiro, 01 psicóloga, 01 assistente social e 01 motorista.

- **Centros Regionais de Referência para Formação Permanente** para profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social, com objetivo de promover a capacitação de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares, além de promover ações em rede visando a prevenção, intervenção, reinserção e recuperação de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Já existe um Centro coordenado pela UFTM com turmas formadas e cursos concluídos, desde janeiro de 2013.

- **Casa de Acolhimento Transitório/Unidade de Acolhimento Tipo II:** casa de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Procura ampliar os recursos da rede, de forma a oferecer atenção e cuidados contínuos de modo integral e protegido, a populações em estado de extrema vulnerabilidade e riscos. Funcionam como albergues 24 horas constituídos para potencializar as ações de saúde mental da rede de atenção, dando maior institucionalidade e continuidade ao cuidado, com previsão de funcionamento para o 2º semestre de 2014.

Os avanços no enfrentamento ao crack e outras drogas no município refletem alinhamento com a Política Nacional, organização e fortalecimento da rede assistencial na área.

Entretanto, há alguns desafios para efetividade da rede de saúde mental como um todo, principalmente na assistência ao paciente com sofrimento mental grave, demandando ações a serem desenvolvidas neste contexto:

- Inexistência de emergência psiquiátrica ou Pronto Atendimento em Saúde Mental, gerando excesso de internações de pacientes que procuram as Unidades de Pronto Atendimento e tem um diagnóstico incorreto ou a falta de um diagnóstico, realizado por profissionais sem habilitação em psiquiatria. Já foi encaminhado projeto ao Ministério da Saúde pleiteando a implantação do Pronto Atendimento de Saúde Mental anexo à UPA São Benedito, com equipe multidisciplinar e espaços próprios adequados à demanda em questão. O Projeto foi aprovado e aguarda repasse de recursos;

- Insuficiência do serviço de leitos psiquiátricos em hospital geral: necessidade de ampliação de 2 (dois) leitos existentes para 14 (quatorze), com a seguinte distribuição entre prestadores: 6 leitos no Hospital da UNIUBE, 6 leitos no Hospital Regional e permanência dos 2 leitos da UFTM.

- Necessidade de transição do CAPS Municipal Dr. Inácio Ferreira para CAPS III, prevista para o primeiro semestre de 2014.

- Necessidade de abertura de uma Unidade de Acolhimento Infante Juvenil: previsão para 2014;

- Efetivar a proposta de construção da Rede de Saúde Mental a partir da Atenção Primária em Saúde. Este atendimento encontra-se muito centralizado nos psicólogos e deve ser descentralizado para as equipes de atenção primária. Para isso há necessidade de investimento nos NASF's - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Foi solicitado que as equipes sejam completadas e após, deverá ser desenvolvido processo de capacitação em Matriciamento em Saúde Mental e monitoramento das ações neste sentido.

Alimentação e Nutrição

O Sistema Único de Saúde - SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões no âmbito da promoção da saúde, dentre estas, aquelas relacionadas à defesa do direito à segurança alimentar e nutricional para todos os brasileiros.

Em 1999 foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN e em 17 de novembro de 2011, através da Portaria nº 2.715 ela foi atualizada e organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.

O município realiza as ações baseadas nas diretrizes que integram a PNAN, indicando as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população que são: 1. Organização da atenção nutricional; 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3. Vigilância Alimentar e Nutricional; 4. Gestão das ações de alimentação e nutrição; 5. Participação e controle social; 6. Qualificação da força de trabalho; 7. Controle e regulação dos alimentos; 8. Pesquisa, inovação e conhecimento em Alimentação e Nutrição; 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Alguns programas sociais foram criados, ampliados e/ou aperfeiçoados pelo Ministério da Saúde buscando atender às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Entre eles podemos citar: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa Bolsa Família, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – “Vitamina A mais” e Programa Nacional de Suplementação de Ferro – “Saúde de Ferro”.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

O SISVAN foi proposto primeiramente pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN em 1976, mas somente em 1990, após a promulgação da Lei 8080/1990, e com a publicação da Portaria 1.156 de 31 de agosto desse mesmo ano, é que o SISVAN foi estabelecido nacionalmente.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um instrumento para obtenção de dados e monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar de pessoas que frequentam as

Unidades Básicas de Saúde e que são assistidas pelas Equipes de Saúde da Família, incluindo beneficiários do Programa Bolsa Família e escolares do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de detectar precocemente as situações de risco para evitar a ocorrência de desvios nutricionais como desnutrição, sobrepeso e obesidade, e de desenvolver ações preventivas contra esses agravos à saúde.

Para a vigilância do estado nutricional utiliza-se o método antropométrico, com base em variações físicas e na composição corporal global. A antropometria é aplicada em todos os ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e possibilita o diagnóstico nutricional em nível individual e coletivo.

Em dezembro de 2007 foi lançado nacionalmente o SISVAN web, utilizado pelo município de Uberaba a partir de 2008. O sistema é informatizado e *on-line*, sendo um grande avanço na área de saúde e nutrição, no entanto, apresenta algumas limitações, pois fica frequentemente fora do ar, o número de conexões realizadas em um mesmo período não são suficientes para a demanda, resultando algumas vezes em um sistema congestionado e lento e dificultando a inserção de dados conforme os prazos estipulados.

Em Uberaba, os dados são coletados pelos profissionais de saúde da atenção primária e registrados em formulários específicos do SISVAN, sendo entregues e encaminhados para digitação mensalmente. Mediante análise dos formulários, observamos ausência de registro de dados obrigatórios para o sistema e também possíveis erros durante a realização das técnicas antropométricas ou durante os registros na planilha, devido às variações irregulares nos dados de peso e altura.

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – “Vitamina A mais”

No Brasil a deficiência de Vitamina A é considerada um problema de saúde pública, sobretudo na região Nordeste e em alguns locais da região Sudeste e Norte. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traçou o perfil das crianças menores de cinco anos e da população feminina em idade fértil no Brasil. Nesta pesquisa foi observado que 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres apresentavam níveis inadequados de vitamina A. Em crianças, as maiores prevalências foram encontradas no Nordeste (19,0%) e Sudeste (21,6%) do país.

Evidências acerca do impacto da suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade apontam uma redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%. Com isto, a OMS recomenda a administração de suplementos de vitamina A para prevenir a carência, a xeroftalmia (ressecamento do olho) e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses.

Outras medidas importantes de prevenção da deficiência de vitamina A são: a promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade com a introdução de outros alimentos em tempo oportuno e de qualidade, e a promoção da alimentação adequada e saudável, assegurando informações para incentivar o consumo de alimentos fontes

em vitamina A pela população, pois ela é essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A consiste na suplementação medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade por não atingirem pela alimentação a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo. Portanto, todas devem receber megadoses de vitamina A, com exceção da criança que faz uso diário de polivitamínico com vitamina A ou qualquer outro suplemento isolado dessa vitamina.

O Programa foi implantado no município em 08 de junho de 2013, junto com o início da Campanha Contra Poliomielite, com capacitação prévia dos profissionais de enfermagem. Até o mês de julho foram aplicadas 514 doses de vitamina A em crianças de 6 a 11 meses e 3800 doses em crianças de 12 a 59 meses.

Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Em decorrência das altas prevalências de anemia, em 1999, o governo brasileiro, a sociedade civil e científica, organismos internacionais e as indústrias brasileiras firmaram o Compromisso Social para a redução da Anemia Ferropriva no Brasil. Este compromisso, que foi corroborado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição neste mesmo ano, explicitou a necessidade de implementação das seguintes estratégias de intervenção em nível nacional: fortificação das farinhas de trigo e de milho com ferro, suplementação medicamentosa de ferro para grupos vulneráveis e orientação alimentar e nutricional.

Como parte do compromisso assumido neste pacto, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) em todos os municípios, onde os suplementos são distribuídos, gratuitamente, nas unidades, cujo objetivo é promover a suplementação universal de crianças de 6 a 18 meses, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto/aborto, para reduzir a prevalência de anemia por deficiência de ferro.

Em 2006 foi realizada a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher que revelou uma prevalência de anemia de 20,9% em crianças e de 29,4% em mulheres. A região sudeste apresenta a segunda maior prevalência de anemia em crianças, 22,6% e em mulheres, 28,5%. A pesquisa aponta maior prevalência de anemia em crianças com idade inferior a 24 meses, 24,1%, quando comparadas às crianças com idades entre 24 e 59 meses, 19,5%. Os responsáveis pela distribuição nas unidades básicas de saúde são os enfermeiros, com auxílio dos agentes comunitários de saúde, que realizam levantamento e busca ativa do público alvo.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro foi implantado em Uberaba no final de 2006 com capacitação dos profissionais de enfermagem, responsáveis pela distribuição nas Unidades de Saúde. Em 2007, os profissionais passaram a entender a importância do Programa e houve uma maior adesão. Em 2008 começou a surgir resistência dos profissionais médicos (ginecologistas, pediatras e clínicos gerais), pois não concordavam com a dosagem estabelecida pelo Programa. Em 2010, foi realizada nova capacitação dos enfermeiros para maior conscientização quanto à importância da suplementação de ferro. Devido à capacitação e a maior

conscientização da comunidade por parte dos profissionais houve aumento das distribuições, conforme mostram as tabelas que seguem abaixo. Em 2011 o Programa passou por reestruturação e os suplementos foram suspensos até 2012, justificando a baixa e ausência de distribuição. Nesse ano de 2013, já realizamos novamente capacitação dos enfermeiros e as distribuições estão sendo feitas.

Tabela 24 - Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para crianças de 6 a 18 meses, no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.

Ano	População Assistida	Meta	Cobertura
2009	198	2.483	17,89
2010	343	1.655	20,73
2011	131	1.655	7,92
2012	0	1.655	0
2013	173	1.655	10,45

Fonte: Módulo de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Tabela 25 - Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para gestantes a partir da 20ª semana - Ácido Fólico, no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.

Ano	População Assistida	Meta	Cobertura
2009	321	1.101	29,16
2010	549	569	96,49
2011	219	569	38,49
2012	0	569	0
2013	409	569	71,88

Fonte: Módulo de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Tabela 26 - Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para gestantes a partir da 20ª semana- Sulfato Ferroso, no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.

Ano	População Assistida	Meta	Cobertura
2009	346	1.101	31,43
2010	676	569	118,8
2011	250	569	43,94
2012	0	569	0
2013	678	569	119,15

Fonte: Módulo de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Tabela 27 - Percentual de cobertura do quantitativo de suplementos distribuídos para mulher até o 3º mês pós- parto ou pós – aborto no período de 2009 a 2013 em Uberaba/MG.

Ano	População Assistida	Meta	Cobertura
2009	156	1.101	14,17
2010	233	569	40,95
2011	61	569	10,72
2012	0	569	0
2013	97	569	17,04

Fonte: Módulo de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Encontra-se muita dificuldade na distribuição dos medicamentos do PNSF, devido à baixa adesão dos médicos, por não concordarem com a dosagem de suplementação preconizada para crianças e gestantes. Mediante essa dificuldade o Ministério da Saúde está reformulando a dosagem preconizada pelo Programa Saúde de Ferro.

Serviço de Atenção Domiciliar de Uberaba - SAD

O Serviço de Atenção Domiciliar de Uberaba - SAD - foi implantado no município de Uberaba em abril de 2012, sendo um dos eixos centrais a “desospitalização”, proporcionando agilidade no processo de alta hospitalar com cuidado contínuo em domicílio. Constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada 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 e integradas às Redes de Atenção à Saúde.

Atualmente o serviço conta com uma Equipe Multiprofissional de Apoio – EMAP e duas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD, com sede na Unidade de Pronto Atendimento São Benedito e Unidade de Pronto Atendimento Parque do Mirante e constituídas por:

EMAP:

- 01 Nutricionista
- 01 Assistente Social
- 01 Farmacêutica

EMAD's:

- 04 Médicos
- 01 Enfermeira
- 08 Técnicas em enfermagem

O serviço necessita da contratação urgente de um enfermeiro para compor a EMAD da UPA Parque do Mirante.

Desde a implantação do SAD no município já foram atendidos 725 usuários pelas equipes sendo a origem predominantemente das UPA's para continuidade de antibioticoterapia em domicílio. Além disso, são atendidos usuários com origem do Hospital de Clínicas da UFTM, Hospital Universitário e aqueles das regiões que não possuem cobertura pela Estratégia de Saúde da Família para realização de curativos complexos que demandam mais tempo de acompanhamento e que o usuário possui dificuldade de se locomover até a Unidade de Saúde.

O serviço de fisioterapia presta assistência a pacientes com quadro clínico neurológico crônico e doenças degenerativas.

O serviço de nutrição é composto pelo atendimento a usuários em uso de dietas especiais por sondas, desde crianças a idosos. Atendimento a pacientes desnutridos ou em alguma deficiência nutricional.

O "Melhor em Casa" funciona no período de 7:00 às 17:00 horas de domingo a domingo contando com três automóveis com motoristas próprios.

A Atenção Especializada ainda conta com uma Equipe Multiprofissional Itinerante que atende a várias instituições.

Conforme Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002 que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a necessidade de "leitos hospitalares totais" é estimada em 2,5 a 3 leitos a cada 1.000 habitantes. Sendo assim, o parâmetro para o município de Uberaba (SUS) seria entre 750 e 900 leitos e, como observamos na Tabela 28, o SUS oferece 606 leitos.

Tabela 28 - Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade em Uberaba/MG.

Especialidade	SUS	NÃO SUS
Cirúrgicos	160	97
Clínicos	191	115
Obstétrico	57	23
Pediátrico	61	7
Outras Especialidades	135	40
Hospital/DIA	2	-
Total	606	282

Fonte: CNES
Situação da base de dados nacional.
Acesso em 15/04/2013.

Central de Transporte Social e Ambulâncias

A Central de Transporte Social e Ambulâncias - CTSA é a unidade responsável pela remoção de pacientes agendados previamente (24 horas de antecedência) para procedimentos diversos em Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Saúde Básicas e Especializadas da rede SUS municipal; hospitais, universidades, laboratórios de análises clínicas e instituições e entidades de saúde conveniadas e contratadas; perícias médicas; apoio a eventos culturais, viagens e transporte para pacientes do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

A Central de Transporte Social e Ambulâncias conta com frota terceirizada de dezessete veículos, ambulâncias convencionais, com capacidade para um paciente em maca acompanhado de duas pessoas, e são equipadas com radio transmissor. Desse total, uma ambulância fica à disposição do distrito de Santa Rosa, uma à disposição do distrito da Baixa e Capelinha do Barreiro, uma à disposição do bairro de Ponte Alta (somente o motorista), duas à disposição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma à disposição da UPA São Benedito e uma à disposição da UPA do Mirante com técnicos de enfermagem.

O atendimento se dá de segunda a sexta feira das 06:00 às 18:00 horas, inclusive nos feriados.

Atenção às Urgências e Emergências

A Política de Atenção às Urgências e Emergências tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação Social, preconizando a humanização no atendimento, a que todo cidadão tem direito.

A UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar, que deve compor juntamente com o SAMU, a Regulação Médica, uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar.

São competências das UPA's 24hs:

- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
- Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrareferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de

modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação.
- Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Urgência e Emergência - RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- Contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

O município de Uberaba possui dois serviços próprios de Pronto Atendimento: a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Rafa Scaff Cecílio - São Benedito, conta com atendimento em clínica médica, 24 horas, com 5 profissionais médicos clínicos, equipe de 4 enfermeiros por turno, e 1 Assistente Social, serviços de apoio diagnóstico como eletrocardiograma e radiografia. A Unidade de Pronto Atendimento Dr. Humberto Ferreira – Parque do Mirante oferece atendimento em clínica médica, 24 horas, com 5 profissionais médicos e equipe de 3 enfermeiros por turno, e 2 Assistentes Sociais até, atendimento em Urgência Pediátrica, odontológica e serviços de apoio diagnóstico como eletrocardiograma e radiografia.

O atendimento nas UPAS é realizado através de acolhimento com triagem, através da classificação de riscos. Quando o paciente chega a UPA, é feito seu cadastro na recepção e logo após, este é encaminhado para o acolhimento realizado pela enfermagem, onde é avaliado e realiza-se a classificação de risco e determinação de prioridades de atendimento.

A utilização dos critérios de classificação de risco no acolhimento está relacionada à humanização do atendimento ao usuário que vai ser atendido de acordo com a gravidade do caso. O resultado desse processo é a priorização do atendimento a causas de emergência, o que não implica o detrimento ao atendimento dos usuários com gravidade menor.

As UPAs contam com o serviço de uma ambulância para cada unidade, sendo utilizadas para transferências de pacientes para as unidades hospitalares. O retorno de pacientes para suas residências é realizado pela ambulância da central de ambulâncias, via solicitação do enfermeiro ou assistente social.

A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis de atenção do SUS. O projeto de implantação do Programa do SAMU no município de Uberaba teve seu início no mês de fevereiro de 2004. No final de dezembro do mesmo ano, o Projeto estava completamente elaborado, porém havia uma orientação do próprio Ministério da Saúde para tentar fazer o programa numa abrangência regional e não só municipal.

Durante o ano de 2005, foram realizadas diversas reuniões com os municípios vizinhos com o intuito de pactuar esta regionalização, no entanto não obtivemos sucesso por falta de interesse dos envolvidos. Ficou então decidido que o Programa seria municipal e, no início de ano de 2006 o Projeto foi encaminhado e aprovado na esfera Estadual e Federal.

Em novembro de 2006 foram iniciadas as obras de construção da sede do SAMU. Em 20 de julho de 2007, foi oficialmente inaugurado, já entrando em pleno funcionamento sendo o 118º SAMU da Federação e o 14º do Estado de Minas Gerais. A portaria da Criação do SAMU de Uberaba foi publicada no Diário Oficial da União - DOU no dia 03 de setembro de 2007.

O SAMU, através da sua Central de Regulação Médica das Urgências, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Em 2012 foi iniciado o processo de integração do SAMU com o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, com protocolos de regulação visando padronizar os atendimentos das duas instituições e promover uma melhoria na qualidade do atendimento.

Considerando a dificuldade de tráfego nos grandes centros urbanos, bem como territórios de difícil acesso para os veículos que predominam na frota atual (ambulâncias), foi efetivamente implantado o atendimento através da motolância - Portaria nº 2971/GM de 08/12/2008, visando com isso uma maior agilidade no atendimento e uma diminuição no tempo resposta.

Atualmente o SAMU de Uberaba conta com a seguinte frota:

Quantidade	Tipo de ambulância	Composição da equipe
1	TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos.	3 profissionais: o motorista, o Enfermeiro e o Médico.
	TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-	2 profissionais: o motorista e um

3	hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;	Técnico em Enfermagem.
1	TIPO A – Ambulância de Transporte : transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;	1 profissional: o Motorista
1	Motolância - Pilotada por um Técnico em Enfermagem com habilitação tipo A, Curso para Capacitação de Condutores de Veículos de Emergência e experiência em pilotagem de no mínimo 1 ano, Curso de Pilotagem Defensiva e experiência mínima de 2 anos no atendimento de urgência.	1 profissional: Técnico em Enfermagem

Relatório dos atendimentos no exercício de 2012.

CHAMADA PARA TRONCO 192 DO SAMU

DESCRIÇÃO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
ORIENTAÇÃO	1477	1316	1462	1195	1156	1113	1078	1062	1090	956	1042	1041	13988
Outros	351	269	397	298	216	191	249	231	235	139	394	382	3352
TROTES	2171	1327	1377	1446	1475	612	1341	624	888	727	541	659	13188
TOTAL DE CHAMADAS NO MÊS	4930	4034	4412	4125	3940	2950	3714	2971	3143	2886	2977	3221	43303

No total de chamadas estão incluídas ligações por engano, queda de ligação, transferências de ligações à Coordenação e Serviço Social dentre outras informações do Serviço. Vale ressaltar que quando acontecem trotes pode ou não haver saída de viatura para o local.

ATENDIMENTOS COM USA E USB NOS SAMU

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Atendimentos c/ saída de USA	144	151	205	148	169	152	190	157	147	145	137	159	1904
Atendimentos c/ saída de USB	757	912	878	944	858	859	852	816	725	831	838	980	10250
Moto	30	59	93	94	66	23	4	81	58	79	25	0	612
Total Mês	931	1122	1176	1186	1093	1034	1046	1054	930	1055	1000	1139	12.766

Após o acionamento do 192 o fluxograma de atendimento é realizado da seguinte maneira:

1. A ligação é atendida por técnicos que identificam a urgência ou emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador;
2. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações;
3. Esse mesmo médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com técnico de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento tenha continuidade.

Os médicos reguladores são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.

1.3.2 Vigilância em Saúde

O Ministério da Saúde estabelece a Vigilância em Saúde como responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, pela saúde ambiental e do trabalhador e pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Em Uberaba, a Diretoria de Vigilância em Saúde foi instituída a partir da Lei Delegada nº 03, de 01 de setembro de 2005, com a estruturação organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Está dividida em três departamentos: o Departamento de Controle de Endemias e Zoonoses, o Departamento de Vigilância Epidemiológica, o Departamento de Vigilância Sanitária e o programa de Vigilância em Saúde Ambiental. Em 2007 foi criado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional de Uberaba.

1.3.2.1 – Vigilância Sanitária

A Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 define vigilância sanitária como o conjunto 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 de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos,

da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, observando-se as regras operacionais do Ministério da Saúde.

As medidas de controle ou a supressão de fatores de risco para a saúde são precedidas de investigação e avaliação, salvo nas situações de risco iminente ou dano constatado à saúde, à vida ou à qualidade de vida.

As ações e os serviços de vigilância sanitária são privativas do servidor legalmente investido na função de autoridade sanitária, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário. Estas ações podem ser conjuntas com órgãos municipais, estaduais ou federais.

Entende-se por controle sanitário as ações desenvolvidas pelo órgão de vigilância sanitária para aferição da qualidade dos produtos e a verificação das condições de licenciamento e funcionamento dos estabelecimentos, envolvendo inspeção, fiscalização, lavratura de autos e aplicação de penalidades.

A competência para expedir intimações e lavrar autos e termos é exclusiva dos fiscais sanitários no exercício de suas funções ou de servidor público do quadro da saúde designado para estas funções. A fiscalização se estenderá à publicação e à publicidade de produtos e serviços de interesse da saúde.

São sujeitos ao controle sanitário os estabelecimentos de serviço de saúde, que são aqueles destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada, como: serviço de saúde em regime de internação e ambulatorial, aí incluídos clínicas e consultórios públicos e privados; serviço de apoio ao diagnóstico e serviço terapêutico; serviço de sangue, hemocomponentes e hemoderivados e outros. E os estabelecimentos de serviço de interesse da saúde, que são aqueles que exercem atividades que, direta ou indiretamente, possa provocar danos ou agravos à saúde da população, como: os que produzem, beneficiam, manipulam, fracionam, embalam, reembalam, acondicionam, conservam, armazenam, transportam, distribuem, importam, exportam, vendem ou dispensam: a) medicamentos, drogas, imunobiológicos, plantas medicinais, insumos farmacêuticos e correlatos; b) produtos de higiene, saneantes, domissanitários e correlatos; c) perfumes, cosméticos e correlatos, e, d) alimentos, bebidas, matérias-primas alimentares, produtos dietéticos, aditivos, coadjuvantes, artigos e equipamentos destinados ao contato com alimentos; os laboratórios de pesquisa, de análise de amostras, de análise de produtos alimentares, água, medicamentos e correlatos e de controle de qualidade de produtos, equipamentos e utensílios; as entidades especializadas que prestam serviços de controle de pragas urbanas; os de hospedagem de qualquer natureza; os de ensino fundamental, médio e superior, as pré escolas e creches e os que oferecem cursos não regulares; os de lazer e diversão, ginástica e práticas desportivas; os de estética e cosmética; saunas, casas de banho e congêneres; os que prestam serviços de transporte de cadáver, velórios, funerárias, necrotérios, cemitérios, crematórios e congêneres; as garagens de ônibus, os terminais rodoviários

e ferroviários, os portos e aeroportos; os que prestam serviços de lavanderia, conservadoria e congêneres.

Os estabelecimentos sujeitos ao controle e à fiscalização sanitária terão alvará sanitário expedido pela autoridade sanitária competente, municipal ou estadual, conforme habilitação e condição de gestão, com validade de um ano a partir de sua emissão, renovável por períodos iguais e sucessivos. A concessão ou a renovação do alvará sanitário ficam condicionadas ao cumprimento de requisitos técnicos e à inspeção da autoridade sanitária competente.

A legislação que ampara as atividades da Vigilância Sanitária é o Código Sanitário Municipal, Lei Complementar nº 451/2011, aprovado em 15 de dezembro de 2011 e o Código de Saúde Estadual, Lei nº 13.317 de 24 de setembro de 1999.

O Departamento possui duas seções: a Seção de Controle dos Serviços de Saúde e a Seção de Fiscalização e Controle Sanitário, com uma equipe de 38 fiscais, sendo 18 Agentes Sanitários e Fiscais de Saúde de nível médio e 20 fiscais de nível superior, sendo profissionais das áreas de Medicina Veterinária, Biologia, Farmácia, Enfermagem, Zootecnia e Engenharia Civil. Conta com 04 motoristas e 06 servidores no apoio de serviços administrativos.

Além das fiscalizações, compete ao Departamento de Vigilância Sanitária:

- Exercer atividade de Educação/Orientação e Comunicação em Vigilância Sanitária a estabelecimento, frentes de trabalho na comunidade e outros;
- Orientar, analisar e aprovar o Projeto Arquitetônico de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde;
- Fazer a abertura e encerramento de Livros de Controle de Medicamentos da Portaria 344 (Farmácias, Drogarias, Dispensários, Hospitais), Óticas, HEMOCENTRO/HEMOMINAS.
- Confeccionar relatórios de inspeção/reinspeção, pareceres técnicos, laudos, ofícios, memorandos, entre outros;
- Atender e prestar informações ao público, pessoalmente, por telefone e por e-mail;
- Acolher e cadastrar reclamações/demandas;
- Cadastrar e analisar processos de alvará sanitário inicial ou renovação, vistoria prévia, entre outros;
- Acompanhar e tramitar processos através do SIP – Sistema de Informação Pública;
- Expedir Alvará Sanitário;
- Cadastrar, atualizar e controlar dados e serviços realizados nos estabelecimentos existentes no município;
- Realizar interdição, apreensão e/ou inutilização de produtos, equipamentos, utensílios e recipientes;
- Realizar coletas de amostras, atendendo aos programas estaduais e/ou federais, e,
- Auxiliar e fiscalizar o cadastro de estabelecimento no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

No ano de 2012, o Departamento de Vigilância Sanitária atendeu 783 reclamações e demandas recebidas por telefone, e-mail e pessoalmente. Foram realizadas 2218 inspeções e 886 reinspeções em estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde e foram expedidos ao todo 744 alvarás sanitários.

1.3.2.2 – Vigilância Epidemiológica

O Departamento de Vigilância Epidemiológica é responsável pelo acompanhamento e monitoramento dos agravos inusitados e dos agravos de notificação compulsória, que são as doenças de comunicação obrigatória à Vigilância Epidemiológica. O Departamento é responsável por desencadear medidas de controle para evitar a propagação de doenças e pelo Programa Nacional de Imunização do município, de acordo com o Calendário Nacional. No momento o Departamento não realiza a análise da situação de saúde que visa à implementação das ações de controle e intervenção rápida em casos de ameaça à saúde pública, para isso já foi solicitado mais computadores e colaboradores.

O registro dos dados epidemiológicos é feito nos Sistemas de Informações disponíveis: o SINASC, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; o SIM, Sistema de Informação sobre Mortalidade; o SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação; o API, Avaliação de Programa de Imunização; o SI-PNI, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações; o MDDA, Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas e o GAL, Gerenciador de Ambientes Laboratoriais.

A equipe técnica é composta por um diretor, três enfermeiras, uma técnica de enfermagem, uma nutricionista, um operador de sistema, cinco digitadores e um agente de administração, Referência Técnica de Triagem Neonatal.

O Departamento realiza a vigilância dos agravos transmissíveis, doenças ocasionadas por bactérias, vírus, protozoários, fungos e helmintos, sendo que este último não é monitorado pelo departamento; e a vigilância dos agravos não transmissíveis, doenças relacionadas ao trabalho e às violências.

Vigilância aos Agravos Transmissíveis – Agravos de Notificação Compulsória.

A vigilância dos agravos transmissíveis é realizada em concordância com a Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, de 25 de agosto de 2011, e com a Portaria Municipal SMS/PMU GAB nº 042, de setembro de 2011, que “dispõe sobre a obrigatoriedade das notificações compulsórias de doenças e agravos no âmbito dos profissionais de saúde do município de Uberaba e dá outras providências”. Os agravos e doenças compulsórias estão distribuídos em uma lista de notificação mediata e imediata, de acordo com a referida portaria do Ministério da Saúde. As instituições de saúde utilizam a ficha de notificação e de investigação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas

Gerais para comunicação do caso suspeito. Para os agravos e doenças de notificação imediata pode-se utilizar, além desta ficha, a comunicação por telefone e/ou e-mail. Estão disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, os arquivos/fichas em PDF para downloads. A entrega ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, da ficha de notificação e de investigação, é semanal e em conformidade com o calendário epidemiológico nacional. As fichas são avaliadas pela equipe técnica com o objetivo de definir medidas de controle de acordo com a análise dos dados clínicos epidemiológicos, hipótese diagnóstica, riscos de transmissibilidade, magnitude e gravidade do evento. Caso seja necessário realiza-se a busca ativa no domicílio ou na instituição de saúde para complementação da informação e tomada de decisões. A classificação final e o encerramento dos casos, por critério clínico epidemiológico ou laboratorial, são realizados pelos profissionais de saúde do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, do Centro de Testagem e Aconselhamento do município (CTA) ou pelos técnicos do Departamento de Vigilância Epidemiológica. As fichas são digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória.

O Programa de Controle da Tuberculose em Uberaba

As ações de controle da tuberculose em Uberaba são realizadas pela atenção básica (AB) desde maio de 2008 quando foram descentralizadas do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) para a AB após capacitação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD) e cirurgiões dentistas das 47 equipes de saúde da família, na busca ativa do sintomático respiratório (SR), diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos pacientes com tuberculose, avaliação dos contatos e funcionamento do PMCT. A capacitação vem ocorrendo anualmente devido a rotatividade dos profissionais e a necessidade de reciclagem dos que já estão atuando nas ações de controle da tuberculose.

Cada equipe é responsável pelo seu doente, em áreas descobertas ou quando o paciente não quer fazer o tratamento mais próximo de sua residência quem assume é a equipe de profissionais: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem do PCT municipal.

A entrada do paciente com tuberculose no município pode ser feita nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Quando a entrada se dá pelos níveis secundários e terciários o acompanhamento do paciente é feito pela equipe de saúde mais próxima da residência do paciente.

Em maio de 2010 seguindo recomendação do Ministério da Saúde foi implantado no município o tratamento diretamente observado (TDO) que consiste na tomada da medicação pelo paciente de segunda a sexta feira na presença de um profissional de saúde podendo ser feita essa supervisão no serviço de saúde ou no domicílio do paciente.

A implantação do TDO contribuiu para a diminuição do índice de abandono em nosso município que era de 26,77% em 2005 correspondente a 17 pacientes para 11,1% correspondente a dois pacientes em 2010. Apesar da dificuldade encontrada pelos profissionais em acompanhar esses pacientes, tais como, não encontrar o paciente em casa, passando pela falta de profissionais

para fazer o acompanhamento, percebemos ser esta uma estratégia que contribui para a adesão do paciente ao tratamento.

Hanseníase

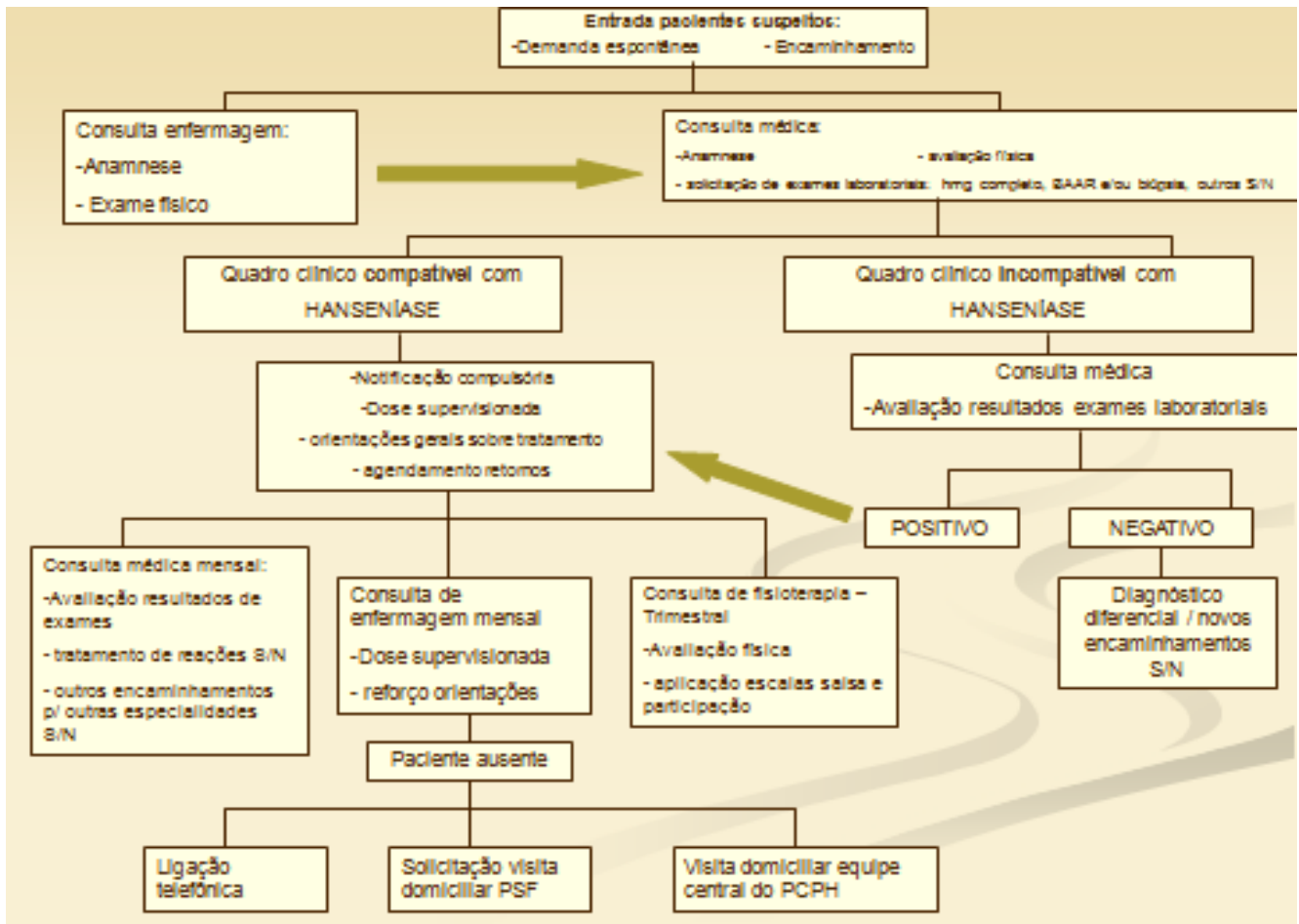
O Programa de Prevenção e Controle da Hanseníase do Município de Uberaba está em consonância e embasado tecnicamente no Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde instituído pela Portaria 3.125/2010.

O Programa de Prevenção e Controle da Hanseníase do Município de Uberaba é classificado segundo a Portaria 594/2010 do Ministério da Saúde como Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I promovendo as ações abaixo discriminadas:

- Educação e promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade;
- Identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- Diagnóstico de casos de Hanseníase excluindo a forma neural pura;
- Avaliação neurológica simplificada e aferição do grau de incapacidade;
- Exame de contatos, orientações e apoio;
- Tratamento por meio de Poliquimioterapia (PQT) e esquemas substitutivos;
- Acompanhamento de pacientes durante o tratamento da Hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em Serviços do tipo II e III;
- Prevenção de incapacidades por meio da implementação trimestral da avaliação neurológica simplificada, fisioterapia motora e auto-cuidado;
- Encaminhamento para outros profissionais e serviços quando necessário;
- Tratar reações hansênicas e adversas por meio medicamentoso;
- Acompanhar pacientes com seqüelas.

O Programa tem como objetivo fortalecer as ações preventivas e de vigilância epidemiológica da hanseníase por meio da promoção em saúde e educação permanente e de fornecer assistência integral aos portadores por meio de atendimento multidisciplinar, dispensar e supervisionar os medicamentos hansenostáticos. Além, do tratamento e acompanhamento permanente de complicações e seqüelas.

Fluxo de Atendimento



O tratamento da Hanseníase é gratuito, realizado com medicação via oral adquirido pelo Ministério da Saúde e disponibilizado para tratamento em qualquer Unidade Básica de Saúde do Município. Devido à impossibilidade de diagnóstico laboratorial para a maioria dos tipos de Hanseníase, este se faz clinicamente, exigindo maior capacitação dos profissionais das áreas médica e de enfermagem. As consequências de um diagnóstico tardio são sequelas graves e irreversíveis que afetam os âmbitos físico/psíquico/social e laboral dos pacientes afetados.

A distribuição é difusa por todo o Município, lembrando que os pacientes em tratamento com doses supervisionadas e domiciliares não transmitem mais o bacilo de Hansen. São avaliados além dos pacientes, os contatos intradomiciliares. A preocupação maior são as áreas que não notificam suspeitos por falta de vigilância, conhecimento e/ou interesse dos profissionais lotados nestas ESF, cujos casos suspeitos podem estar transmitindo a doença em seus domicílios e áreas de abrangência.

A comunidade em geral é muito receptiva à informação e por si só faz o auto exame da pele e busca atendimento na tentativa de elucidar ou diagnosticar o problema. Fato este comprovado com as notificações realizadas em fev/2012 após entrevistas sobre o tema em janeiro do mesmo ano referente ao Dia Mundial Contra a Hanseníase. Normalmente notificamos de 0 até

2 pacientes ao mês, no mês de fevereiro/2012 notificamos 09 pacientes que alegaram ter tido acesso às informações via rádio, TV e imprensa escrita.

Em janeiro/2013 foi realizada em comemoração ao dia Mundial de Combate à Hanseníase panfletagem pública na Praça Rui Barbosa, com abordagem aos transeuntes informando individualmente ou em grupos nos pontos de ônibus, os sinais e sintomas da doença, contrarreferenciando os casos de manchas para a consulta dermatológica sem necessidade de aguardar na fila eletrônica. Abordagens - 250 pessoas. Encaminhados para consulta dermatológica - 05. Não foi detectado nenhum caso novo.

Desta forma, em parceria com a UFTM, por meio do Programa de Extensão Universitária – PET/SAÚDE foi elaborado um projeto para viabilizar a divulgação de sinais e sintomas na comunidade estudantil e laboral do Município de Uberaba/MG. Projeto este aprovado na Reitoria de Extensão Universitária com o número de registro 368/13.

Vigilância aos Agravos Não Transmissíveis

A vigilância dos agravos não transmissíveis é realizada através de estudos e análise das informações, do monitoramento e do acompanhamento das ações realizadas na rede municipal de saúde, através da ficha de notificação. Os estudos realizados possibilitam a elaboração e composição dos instrumentos de gestão, do Plano Municipal, da Programação Anual de Saúde, do Relatório de Gestão e do Plano de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. Possibilita, também, a instrumentalização de propostas e projetos de ação local e a captação de recursos para incremento da capacidade instalada.

O Departamento monitora agravos não transmissíveis prioritários, considerando o quadro epidemiológico e assistencial do município.

Ações realizadas e a serem realizadas:

- Ações de prevenção e promoção à saúde, relacionadas à alimentação e qualidade de vida, junto a Atenção Básica;
- Notificação compulsória de casos de Violência;
- Análise de Situação de Saúde – Estudo dos agravos não-transmissíveis no município (foi solicitado profissional)
- Qualificação e capacitação da Rede de Serviços (foi solicitado profissional e logística)
- Visitas técnicas aos serviços – Monitoramento da qualidade da informação (foi solicitado profissional e logística)

Em parceria com o CEREST realiza investigação in loco de acidentes de trabalho grave.

Triagem Neonatal – Teste do Pezinho

Tendo em vista o grande alcance social da implantação da triagem neonatal para toda a população de recém-nascidos no país, a iniciativa tornou-se matéria da Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 10, item III, que estabelece o diagnóstico e a terapêutica de anomalias do metabolismo do recém-nascido.

O Programa Estadual de Triagem Neonatal foi implantado em Minas Gerais a partir das resoluções estaduais nº 789 e nº 982, de 22 de setembro de 1993, e de 11 de março de 1994, respectivamente, obedecendo às recomendações do Ministério da Saúde para priorizar convênios desta área com instituições universitárias. Assim, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, através do Núcleo de Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD foi credenciada como seu órgão executor. Em junho de 2001, foi publicada a portaria nº 822, do Ministério da Saúde credenciando o NUPAD como serviço de referência em triagem neonatal de Minas Gerais.

Em 04 de outubro de 1994 foi aprovada a Lei nº 11.619 do Estado de Minas Gerais, que obriga o estado a oferecer, gratuitamente, o teste do pezinho com os exames para hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria; a partir de fevereiro de 1998 incluiu o exame para anemia falciforme; em junho de 2003 o exame para fibrose cística e, em 20 de maio de 2013, os exames para hiperplasia adrenal congênita e deficiência da biotinidase.

1.3.2.3 – Controle de Endemias e Zoonoses

O Departamento de Controle de Endemias e Zoonoses, anteriormente denominado Centro de Controle de Zoonoses é o setor responsável pela vigilância ambiental de fatores biológicos de interesse em saúde.

O Departamento é composto por duas Seções: Seção de Controle de Endemias e Zoonoses e Seção de Animais de Pequeno Porte.

As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde são desenvolvidas respeitando as diretrizes nacionais e as características do município considerando as especificidades geo-demográficas e socioculturais de nossa comunidade.

Controle da Dengue

O município de Uberaba, por suas características sociogeográficas, está classificado como município prioritário no Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. Nesse sentido, uma constante vigilância associada a ações de prevenção e atenção adequada aos casos suspeitos deve ser mantida, especialmente nos períodos de alta transmissão.

São previstas visitas bimestrais em no mínimo 80% dos imóveis da cidade para eliminar e evitar o surgimento de novos focos do mosquito *Aedes aegypti*; três pesquisas para o

Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAa) com objetivo de detectar a infestação por localidade e na cidade em geral; visitas quinzenais aos 147 Pontos Estratégicos cadastrados (ferros velhos, grandes borracharias, cemitérios, dentre outros); busca ativa das notificações de Dengue em todas as unidades de saúde do município; agendamento para retorno do Agente de Combate a Endemias aos imóveis fechados; bloqueio de transmissão dos casos suspeitos de Dengue utilizando UBV Portátil e UBV Pesado “Fumacê”, quando há notificação, visando rápida interrupção da circulação viral e baixa do índice Predial e atendimentos das demandas espontâneas originadas através do “Disque Dengue” – 3317-4660.

Com o objetivo de promover a qualidade e a melhoria do meio ambiente, o Departamento realiza o saneamento ambiental, através do recolhimento dos pneus inservíveis nas borracharias cadastradas, da produção de tampas e da vedação de caixas d’água e de mutirões de limpeza para retirada de possíveis criadouros - no período de janeiro a abril de 2013 foram recolhidos 107,5 caminhões.

A Figura abaixo mostra que no período de 2006 a 2011 o percentual mínimo de visitas domiciliares foi alcançado.

Percentual de imóveis visitados no período de 2005 a 2013 em Uberaba/MG

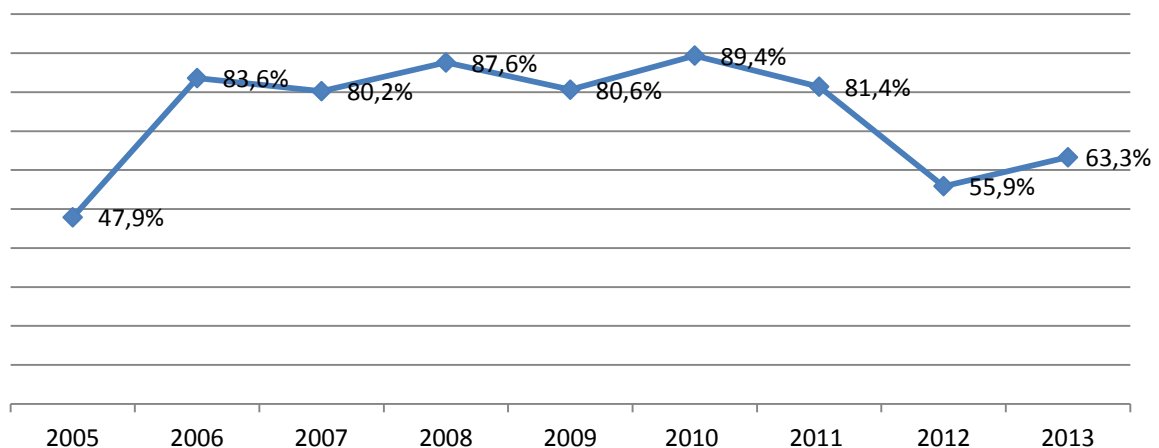


Figura 43: Percentual de imóveis visitados no período de 2005 a 2013 em Uberaba/MG
Fonte: PCFAD

NÚCLEO DE CONTROLE DE ZONOSSES

O Núcleo de Controle de Zoonoses atende à demanda espontânea da população, de órgãos, empresas ou entidades com ações de controle e orientação de medidas preventivas para roedores, animais peçonhentos, pombos, caramujo gigante africano, morcegos urbanos, carrapatos, pulgas, piolhos e outros.

Observa-se que entre o ano de 2006 a 2012 ocorreu um aumento de número de visitas domiciliares (Figura 44).

Número de visitas domiciliares para controle de zoonoses e pragas urbanas no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG

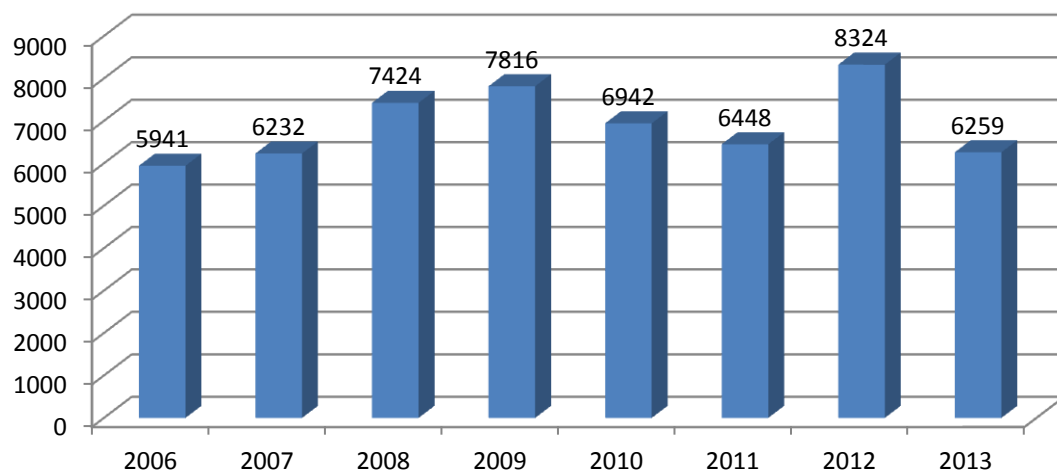


Figura 44: Número de visitas domiciliares para controle de zoonoses e pragas urbanas no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG

Fonte: Departamento de Controle de Endemias e Zoonoses

Controle da Doença de Chagas

A doença de Chagas, mal de Chagas ou chaguismo, também chamada tripanossomíase americana, é uma infecção causada por um protozoário e transmitida por insetos, conhecidos no Brasil como barbeiros. As formas habituais de transmissão da doença de Chagas humana reconhecidas são aquelas ligadas diretamente ao vetor, à transfusão de sangue, à via congênita, e mais recentemente, às que ocorrem via oral, pela ingestão de alimentos contaminados.

Em maio de 1950 foi inaugurada, em Uberaba, a primeira campanha de profilaxia da doença de Chagas do Brasil.

O Programa Municipal de Controle da Doença de Chagas é resultado de um acordo entre o

Estado de Minas Gerais e o município de Uberaba, sendo este responsável por realizar visita domiciliar em 20% dos imóveis rurais no ano. Durante a visita é feita a busca e a captura de triatomíneos (barbeiros) nos domicílios existentes nas localidades programadas. Nas unidades domiciliares onde foram encontrados barbeiros, dentro (intradomicílio) ou fora (peridomicílio), realiza-se a borrifação.

Nas Unidades de Saúde dos bairros rurais (UBS Peiropolis, UBS Ponte Alta, UBS Santa Rosa, UBS Capelinha do Barreiro, UBS Baixa e Laboratório Regional) estão instalados os Postos de Informação de Triatomíneos – PIT, que são monitorados mensalmente pelos agentes de combate a endemias para controle do vetor.

A Figura abaixo apresenta uma queda gradativa no percentual dos imóveis trabalhados para o Controle da Doença de Chagas, porém dentro do pactuado com o Estado.

Número de imóveis trabalhados para controle da Doença de Chagas, no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG

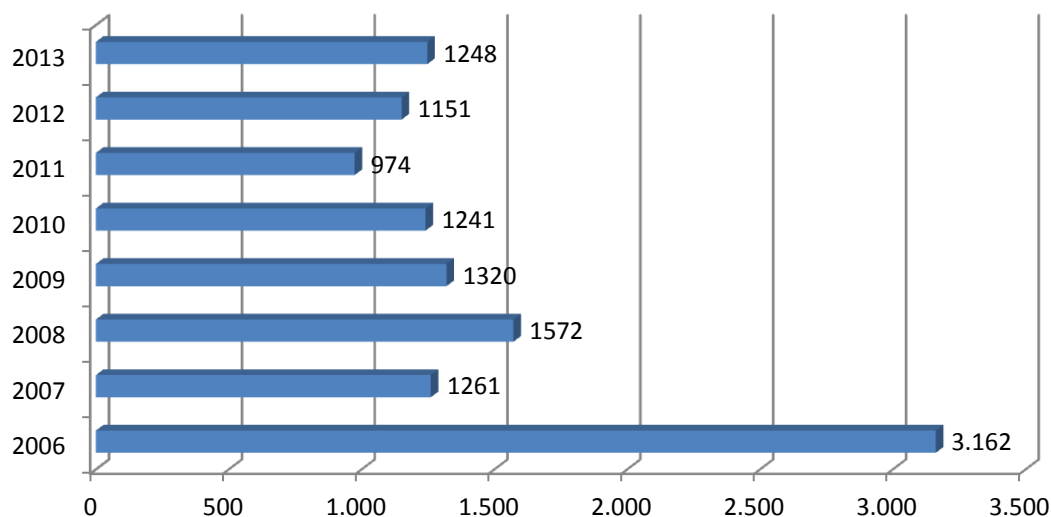


Figura 45: Número de imóveis trabalhados para o Controle da Doença de Chagas, no período de 2006 a 2013

Fonte: Programa de Controle da Doença de Chagas 2013

Malária

O município de Uberaba está situado em área não-malárica, ou seja, existe o mosquito transmissor, mas não há circulação da Doença. No entanto, o município mantém a vigilância no Posto de Notificação, em funcionamento na Rede de Laboratório de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – RELSP.

Monitoramento de macaco ou mico morto através de 12 PNP's - Postos de Notificação de Primatas, onde foram encaminhadas 08 amostras de animais no período de 2006 a 2013 para análises em laboratório, não tendo casos de positividade.

Controle de Animais de Pequeno Porte

O Controle de Animais de Pequeno Porte atende a demanda espontânea da população e de outros órgãos visando prevenir o risco de zoonoses bem como difundir e educar a população para a importância da posse responsável.

Realiza a vacinação da população canina e felina na zona rural e na zona urbana, a castração para controle populacional, o isolamento e a observação de animais agressores, a coleta e o envio de amostras para Raiva, Leishmaniose e a eutanásia. Na Figura 46 apresenta-se o histórico de animais vacinados no município.

A captura e recolhimento de animais errantes (de rua) são feitos a partir de diagnóstico positivo obtido em teste rápido para Leishmaniose e observando critérios de avaliação clínica para outras enfermidades.

Há também a participação em feiras para exposição de animais para adoção. No ano de 2012, foram confirmados 02 (dois) casos positivos de raiva animal, sendo 01 em canino e 01 em quiróptero e foram confirmados no ano de 2013, 08 (oito) casos de positividade para Leishmaniose no Município.

Número de animais vacinados, no período de 2006 a 2013, em Uberaba/MG

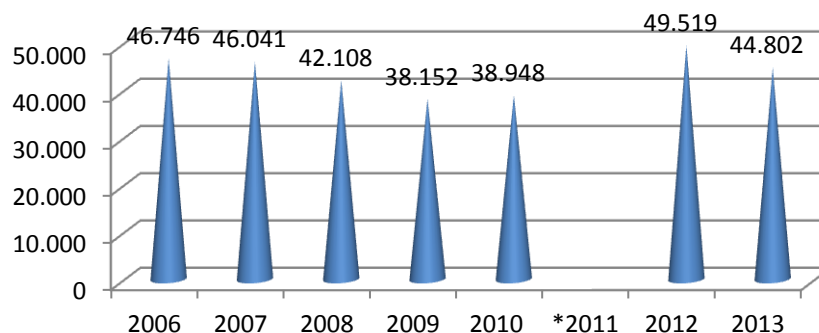


Figura 46: Número de animais vacinados, no período de 2006 a 2013, em Uberaba/MG.

Fonte: Departamento de Controle de Endemias e Zoonoses

* De acordo com a Portaria Nota Técnica 14-2011 CGDT-DEVEP-SVS-MS, do Ministério da Saúde a vacinação antirrábica animal foi suspensa

Núcleo de Educação em Saúde

O Núcleo de Educação em Saúde informa à população sobre medidas preventivas para controle de pragas e vetores, utilizando como material de apoio folders, banners, cartilhas, álbuns seriados, cartazes e data show.

O Núcleo executa ações educativas nas escolas, unidades de Saúde, instituições, empresas, feiras, eventos e domicílios mediante programação prévia, Figura 47.

Para diminuir possíveis criadouros do *Aedes* e abrigos de pragas e vetores, a equipe incentiva a reutilização, a reciclagem e a redução de materiais inservíveis através de oficinas pedagógicas nas escolas e associação de bairros.

Número de ações de educação em saúde e mobilização social, no período de 2006 a 2013, em Uberaba/MG

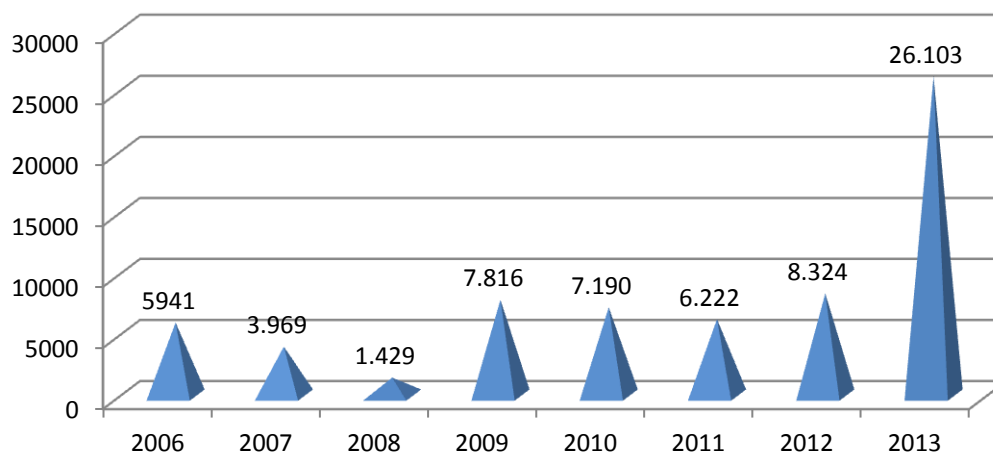


Figura 47: Número de ações de educação em saúde e mobilização social no período de 2006 a 2013 em Uberaba/MG

Fonte: Departamento de Controle de Endemias e Zoonoses 2013

1.3.2.4 – Vigilância Ambiental

O Programa de Vigilância em Saúde Ambiental foi criado no ano de 2003 no município de Uberaba, com o nome de Vigilância Ambiental em Saúde, está ligado à Diretoria de Vigilância em Saúde.

As ações desenvolvidas no Programa incluem a vigilância, a fiscalização, inspeção e autorização de funcionamento de Sistemas e Soluções Alternativas de Abastecimento de Água. As ações de fiscalização, inspeção e autorização ainda não estão sendo realizadas, pois os técnicos que trabalham no Programa não possuem nomeação de Autoridade Sanitária e necessitam da utilização do Código Sanitário do município onde as ações estão contempladas ou que se faça um novo Código da Vigilância em Saúde. No momento da visita aos estabelecimentos com soluções

alternativas de Abastecimento de Água, os técnicos fazem apenas a orientação técnica referente às boas práticas. Considerando a Portaria 2914/2011 que atribui competências de fiscalização, inspeção e autorização para atividades da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, sugere-se que essas ações sejam desenvolvidas na estrutura do Departamento de Vigilância Sanitária.

Atividades Desenvolvidas pelo programa:

VIGIÁGUA: Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sistemas de Abastecimento de Água, Soluções Alternativas Coletivas e Individuais de Abastecimento de Água), de acordo com a Portaria 2914/2011. Coletas e análises de água, alimentando o SISAGUA com dados da vigilância e controle da qualidade da água. O Laboratório Municipal de Análises de Água está funcionando.

VIGISOLO: Cadastramento das áreas com populações expostas a solo contaminado.

EMERGÊNCIAS AMBIENTAIS: Investigação e Notificações de Surtos e Emergências em Saúde Pública de acordo com a Portaria 104/2011, tais como: Exposição a contaminantes químicos; Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA; Exposição ao ar contaminado fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA; Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU; Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados; Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.

VIGIAR: Vigilância da Qualidade do Ar (a ser implantado no município ainda em 2013).

Segue abaixo as tabelas 29 e 30 referentes as metas de coletas e análises de água do ano de 2012 e 2013 respectivamente.

Tabela 29 - Metas de coletas e análises de água no ano de 2012 em Uberaba/MG

Parâmetro	Pactuado	Realizado	%	Amostras fora do Padrão	%	Valores de Referência
Cloro Residual	636	466	73,27	55	11,80	Mínimo 0,2 mg/l Maximo 5 mg/l
Turbidez	636	498	78,30	07	1,4	Valor máximo permitido 0,5 UT Em no mínimo 50% das amostras mensais coletadas
Flúor	216	66	30,56	0	0	Valor Maximo 1,5 mg/l
Microbiológica	480	498	103,75	11	2,2	Coliformes totais - Ausente em 95% Escherichia coli – ausente em 100%

Fonte: SISAGUA

Obs.: Os parâmetros de Cloro Residual, Turbidez, pH e Flúor não tiveram as metas cumpridas integralmente por falta de suprimentos para as coletas e análises. No ano de 2013 já foram normalizados.

Tabela 30 - Metas de coletas e análises de água no ano de 2013 em Uberaba/MG

Parâmetro	Pactuado	Realizado	%	Amostras fora do Padrão	%	Valores de Referência
Cloro Residual	636	695	109,28	13	1,87	Mínimo 0,2 mg/l Maximo 5 mg/l
Turbidez	636	680	106,92	11	1,61	Valor máximo permitido 0,5 UT Em no mínimo 75% das amostras mensais coletadas
Flúor	216	256	118,52	0	0	Valor Maximo 1,5 mg/l
Microbiológica	480	704	146,67	21	2,98	Coliformes totais - Ausente em 95% Escherichia coli – ausente em 100%

Fonte: SISAGUA

1.3.2.5 – Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é um centro de saúde regional, voltado para o atendimento das ações relacionadas à saúde do trabalhador do município sede e de abrangência da microrregião formada pelas cidades de Delta, Água Comprida, Veríssimo, Conceição das Alagoas, Sacramento, Conquista e Campo Florido.

A atenção à Saúde do Trabalhador, de acordo com a prescrição constitucional, deve ser contemplada em políticas públicas destinadas para promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência.

No Brasil, a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde, bem como responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os artigos 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. A portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011 estabelece no campo da saúde dos trabalhadores, os agravos de notificação compulsória. Esses agravos são: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, Acidente com exposição à material biológico, Perda auditiva induzida por ruído (PAIR), Lesão por esforço repetitivo/ Doença Osteomuscular (LER/DORT), Pneumoconioses, Acidente de Trabalho Grave, Acidente de trabalho fatal, Acidentes de trabalho com mutilações, Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes, Acidente com animais peçonhentos, Câncer relacionado ao trabalho, Dermatoses ocupacionais, Intoxicação exógena, Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS estabelece que as notificações de agravos relacionados ao trabalho, devem ser realizadas por profissionais de saúde que realizam ações de saúde voltadas para o trabalhador na rede de Atenção Primária, nos Serviços de Urgência e Emergência, nos Centros de Especialidades e CEREST, a partir do preenchimento das fichas de notificações que são disponibilizadas para download no site da Prefeitura Municipal de Uberaba (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2011).

Um dos problemas que dificultam a capacidade de atuação desta área da saúde é a subnotificação da ocorrência de casos de doenças e acidentes de trabalho em toda a rede de serviços. Para Galdino, Santana e Ferrite (2012), é necessário conhecer os fatores causadores da falta de notificação, pois a partir desse conhecimento, podem ser desenvolvidas ações direcionadas para corrigir possíveis problemas do CEREST e melhorar as notificações tanto quantitativamente quanto qualitativamente.

Visando assistir de forma integral o trabalhador com suspeita e/ou confirmação de doença ou de acidente relacionado ao trabalho são realizados acolhimentos, consultas, exames na rede conveniada e procedimentos coletivos. Os pacientes atendidos são encaminhados ao CEREST pelas Unidades de Atenção Primária. Em 2010 foram acolhidos, atendidos e encaminhados para outros serviços de saúde, 18 trabalhadores, em 2011 foram realizados 79 procedimentos e em 2012 foram realizadas 100 consultas e 21 exames liberados na rede conveniada, dentre estes tomografias, ressonâncias e ultrassons. Em 2013 foram realizados 251 atendimentos e 85 exames custeados pelo CEREST (tomografias, ressonâncias e ultrassons).

É possível perceber ainda um reduzido número de atendimentos realizados, provavelmente, devido ao fato dos outros serviços de saúde não encaminharem pacientes para o CEREST. Sendo assim, verifica-se a necessidade de ampliação do acesso ao serviço para o trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

No período de 2010 a 2013, foram desenvolvidas capacitações direcionadas para diversos segmentos de instituições e de profissionais para abordar temas relacionados à saúde do trabalhador como para divulgar as atribuições do Cerest.

As ações de vigilância em saúde do trabalhador são realizadas a partir de investigações de acidente de trabalho grave por meio da articulação com a Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Em 2012 foram realizadas 14 investigações e em 2013 foram realizadas 27 investigações, quando foram coletadas informações sobre os acidentes na ficha de notificação do Sinan, visita à Empresa do acidentado, entrevista com o empregador e o trabalhador, caso o trabalhador esteja afastado de suas atividades, os técnicos entram em contato por telefone e encerram o relatório com as informações obtidas.

As investigações de acidente de trabalho grave são de suma importância para o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e para a integração com os demais componentes de vigilância em saúde. Durante os contatos com as partes envolvidas nos acidentes, a equipe do CEREST prestava orientações sugerindo medidas de vigilância, prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

O município possui a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST, formada por representantes de vários setores da sociedade e tem como objetivo assessorar o direcionamento das ações em Saúde do Trabalhador no município. As reuniões da CIST acontecem mensalmente no Cerest.

1.4 – Gestão em Saúde

1.4.2 – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

O Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde tem sua estrutura definida em Centro de Educação em Saúde, em Seção de Gestão do Trabalho e em Seção de Rotinas de Pessoal. O Departamento desenvolve políticas de gestão de pessoas, proporcionando a integração de seus profissionais ao sistema organizacional, através do fluxo de suas atividades referentes às rotinas de pessoal, benefícios, pagamento de pessoal, bem como contratações, treinamento/capacitações, avaliação de desempenho, acompanhamento do perfil dos servidores, rotatividade, absenteísmo, retenção, entre outros. Colabora com a Secretaria Municipal de Administração com informações gerenciais precisas para tomada de decisões.

O Centro de Educação em Saúde acompanha a realização dos programas de integração, dos treinamentos em serviço e capacitação das pessoas; analisa e processa as liberações dos projetos de pesquisas; analisa os processos referentes a participação de servidores em atividades de educação continuada, tais como pós graduação e eventos científicos; realiza o levantamento

das necessidades de capacitação, e avalia os seus resultados e os impactos no sistema local de saúde; elabora relatórios periódicos sobre a avaliação de cursos, programas e projetos realizados pelos servidores; acompanha e controla o processo de estágio, visita técnica e trabalho voluntário, conforme respaldo legal pertinente: Lei Federal 11.788/2008 e Lei municipal nº 10.724/2009.

A Seção de Gestão do Trabalho executa políticas de gestão do trabalho voltadas para o desempenho setorial das unidades de saúde e departamentos relacionados a Secretaria Municipal de Saúde; gerencia o sistema de avaliação de desempenho individual dos servidores; realiza o dimensionamento da força de trabalho, qualitativa e quantitativamente, e mantém quadros de parâmetros de pessoal atualizado para subsidiar os procedimentos de aproveitamento, distribuição e movimentação de pessoal; monitora e acompanha o absenteísmo do trabalhador e propõe ações para sua redução; realiza acompanhamento individual de servidores com dificuldades emocionais e/ou funcionais, através de entrevistas e possíveis advertências pedagógicas; colabora com o Departamento Central de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DECEDES na formulação de critérios para recrutamento e seleção de pessoal, referentes a Secretaria Municipal de Saúde; solicita a contratação de pessoal, de acordo com a demanda de cada departamento; realiza acompanhamento funcional para planejar o quadro de pessoal; propõe lotação dos trabalhadores recém admitidos; realiza, de forma permanente, pesquisas e análises objetivando o melhor aproveitamento da força de trabalho; acompanha o desenvolvimento de equipes interdisciplinares das unidades de saúde visando a melhoria da performance de trabalho; avalia o perfil do servidor, de acordo com o cargo e as atividades desenvolvidos dentro do departamento alocado.

A Seção de Rotinas de Pessoal gera informações mensais relativas à despesa com pessoal; mantém atualizados os dados cadastrais dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde; gerencia os planos de benefícios oferecidos, como vale alimentação, vale transporte e plano de saúde; acompanha e realiza os processos de férias prêmio, licença saúde, licença para tratar de interesses pessoais - LIP, gratificação de incentivo, adicional de insalubridade e periculosidade, apuração de responsabilidades, averbação de tempo e quinquênio; realiza a conferência da folha de ponto, ponto eletrônico e fechamento da planilha para concessão de pagamento aos servidores; atualiza a situação funcional dos servidores, como remoção, exoneração, admissão e nomeação; acompanha e analisa o quantitativo de horas extras e seu impacto na folha de pagamento; prepara e encaminha os formulários relativos à programação de férias e folhas de ponto e compila os dados referentes aos dias trabalhados para processamento da folha de pagamento.

De acordo com as análises realizadas pela gestão atual, percebe-se que a qualificação e o adequado perfil profissional são importantes demandas para o departamento de gestão do trabalho e educação em saúde. Estudos como o nível de escolaridade e o perfil dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde estão sendo desenvolvidos pelo Departamento para a elaboração de programas, projetos e ações de educação profissional a fim de garantir que os princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde sejam executados com eficiência e eficácia, e que os profissionais possam desenvolver suas atividades com motivação e satisfação.

Alguns fatores explicam a alta rotatividade de profissionais efetivos e também designados (contratados) no município de Uberaba: a baixa remuneração ofertada, o plano de carreira que não é atraente, instituído pela Lei Delegada nº 14 ,alterada pela Lei nº 10.688/2010, são os principais motivos. Atualmente, essa rotatividade de profissionais é alta, tendo em vista principalmente os motivos acima citados.

A Secretaria Municipal de Saúde está em fase de construção de minuta para alteração da Lei nº 10.671/2008 e posteriormente edital para abertura de Concurso Público específico para a Secretaria Municipal de Saúde.

1.4.3 - Planejamento

O Planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em junho de 2011 foi publicado o Decreto 7508 que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Assessoria de Planejamento em Saúde foi criada em 2009, está ligada diretamente ao Gabinete do Secretário e é composta por uma Assessora e dois técnicos.

Essa Assessoria coordena e avalia o processo de planejamento do SUS no âmbito municipal, em consonância com os outros entes federados e procura sensibilizar o gestor e gerentes locais para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS.

Os instrumentos básicos de planejamento são elaborados de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação das metodologias, dos processos e dos instrumentos do PlanejaSUS adaptados à realidade local, sendo: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Esses instrumentos são compatíveis com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais.

Em 2011 a Assessoria de Planejamento em Saúde implantou o monitoramento e a avaliação das ações propostas na Programação Anual de Saúde informando os resultados alcançados ao Gestor e às áreas técnicas. Adota-se o monitoramento e avaliação como procedimentos de rotina, demonstrando que este processo deve ser participativo e que são ineficazes as iniciativas que delegam ao setor de planejamento a sua elaboração, sem o envolvimento da área técnica. Os profissionais do setor de planejamento atuam como facilitadores do processo.

Os Relatórios de Gestão, desde 2007, estão aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 2011.

1.4.4 – Financiamento

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde, sob gestão pública, com direção única em cada esfera de governo. (art. 9º Lei 8080 – I, art 198 CF).

Os recursos financeiros oriundos da União são repassados sob a modalidade fundo a fundo e foi regulamentado inicialmente através da Portaria/GM nº 204/2007, que instituiu os 05 (cinco) Blocos Financeiros que são: (I) Atenção Básica; (II) Atenção de Média e Alta Complexidade; (III) Vigilância em Saúde; (IV) Assistência Farmacêutica e (V) Gestão SUS, e posteriormente a Portaria/GM n.º 837/2009 inseriu o VI, chamado de Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Dentro de cada bloco existem os componentes específicos para o desenvolvimento dos programas ou ações de saúde. Tendo em vista a multiplicidade de ações existentes, tem-se dificuldade em controlar todos os recursos financeiros dentro de uma mesma conta bancária. Visando a alocação correta dos recursos e também a facilidade/agilidade na prestação de contas, foi necessária a abertura de contas bancárias específicas para o gerenciamento de cada programa.

O Estado também repassa os recursos na modalidade fundo a fundo, em contas bancárias exclusivas para cada ação, que são abertas através da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais ou pelo próprio Município.

O financiamento das ações de saúde conta também com recursos oriundos de transferências voluntárias de origem Federal e/ou Estadual, que são denominados de Convênios, Acordos ou Contratos de Repasses, que em alguns casos exigem inserção de contrapartida municipal.

O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art 14 Lei Complementar 141/2012).

A inserção da contrapartida municipal foi definida através da Emenda Constitucional 029/2000, regulamentada pela Lei 141/2012, que determina um investimento mínimo de 15% (quinze por cento), nas ações e serviços públicos de saúde. Foi aberta também, uma conta bancária no FMS para os depósitos de recursos próprios do Município, alusivos à respectiva contrapartida, em cumprimento a Lei 8080 art. 33, Lei 8142, art.4, V.

Os recursos vinculados ao fundo de saúde ficam identificados e escriturados de forma individualizada, respeitando o art. 50 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A movimentação bancária destes recursos é realizada, exclusivamente, mediante ordem bancária e/ou transferência eletrônica que fica identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I ; Lei 8080 , art. 9 ; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda.

No momento do ingresso de recursos no Fundo Municipal de Saúde, acompanhamos a contabilização da receita orçamentária, bem como procedemos ao devido monitoramento da sua execução orçamentária e financeira, para que não haja aplicação irregular dos mesmos.

Vale ressaltar que os recursos financeiros relativos à prestação de serviços ao SUS – Sistema Único de Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, também compõe o Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Município de Uberaba, mas não transita dentro do nosso orçamento, tendo em vista que são repassados na modalidade fundo a fundo diretamente do Fundo Nacional de Saúde para a instituição por se tratar de um órgão federal.

A prestação de contas é realizada de acordo com o art. 34 a 36 da LC 141/2012 através do Relatório Resumido da Execução Orçamentária - RREO que é publicado a cada 02 (dois) meses no Jornal Porta-Voz, constando os balanços do Poder Executivo; do relatório detalhado elaborado a cada 04 (quatro) meses, que indica o montante de recursos recebidos da União e Estado, o valor investido pelo Município de Uberaba, e o detalhamento da despesa por função, subfunção e por grupo de despesa, apresentado à Câmara Municipal de Uberaba; do Relatório de Gestão que é enviado ao Conselho de Saúde anualmente e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS que é preenchido bimestralmente e enviado ao Ministério da Saúde. O processamento da despesa no Fundo Municipal de Saúde se dá, como qualquer outra despesa pública, integrando a contabilidade geral do Município, permitindo a emissão de relatórios individuais para demonstração da origem e a aplicação dos dinheiros movimentados pelo Fundo.

Para a concretização das ações, e previamente ao processamento da despesa, cumprimos a obrigatoriedade estabelecida no art. 165 da Constituição Federal, que estabelece a elaboração das 03 (três) peças orçamentárias que compõe o Orçamento Público: o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA, sendo este processo de planejamento e orçamento de forma ascendente.

Para dar início a execução orçamentária propriamente dita, a partir do recebimento da solicitação de compras expedida pelo Almoxarifado, devidamente analisada e controlada pela Seção de Requisições e Contratos, inicia-se o processo de análise orçamentária-financeira-contábil da despesa, obedecendo aos seguintes critérios:

- 1º) da classificação da natureza de despesa, de acordo com as legislações vigentes e instruções do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais;
- 2º) da alocação da despesa no Projeto ou Atividade concomitante à classificação econômica da rubrica, devidamente compatível com o Plano Plurianual de Ação Governamental e com a Lei de diretrizes Orçamentárias;
- 3º) da indicação da fonte de recurso financeiro específico que subsidiará a despesa e;
- 4º) a execução da movimentação orçamentária no Sistema de Execução Contábil e Financeira, que permitirá a digitação da Requisição de Materiais e/ou Serviços para o início do processo de compras, que deverá obedecer à Lei 8.666/93.

Quando o saldo orçamentário da rubrica é insuficiente para a realização de uma despesa, em relação ao valor estimado descrito na Requisição Interna do Departamento solicitante, elaboramos o Pedido de Suplementação Complementar, indicando a fonte de recursos que deverá ser utilizada para a elaboração de um Crédito Adicional Suplementar. O Pedido é encaminhado a Assessoria Geral de Orçamento e Controle - AGOC, que após a publicação no diário oficial do Município - "PORTA VOZ", lança-se o valor solicitado no Sistema de Execução Contábil e Financeira, ficando a Secretaria Municipal de Saúde/Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde, responsável pelo acompanhamento dos remanejamentos orçamentários. Do mesmo modo, quando não foi previsto na Lei Orçamentária Anual - LOA alguma ação ou projeto, ao qual é considerado "novo", solicitamos a Assessoria Geral de Orçamento e Controle – AGOC, a abertura de Crédito Adicional Especial, com indicação da respectiva fonte de recursos, que é submetida à

apreciação e aprovação do Poder Legislativo, ficando a Secretaria Municipal de Saúde/Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde, responsável por acompanhar no Sistema de Execução Contábil e Financeira a criação da rubrica.

Após a formalização dos processos de Pedidos de Empenhos nas diversas modalidades de compras, o Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde, cumpre o 1º estágio da execução das despesas previsto na Lei 4.320/64, o EMPENHO DA DESPESA, ficando responsável por intermediar a tramitação do processo para o colhimento das assinaturas do Contador Geral do Município e do Ordenador de Despesa/Gestor. Em seguida envia-se à Seção de Requisições e Contratos para encaminhamento da Nota de Empenho ao Almoxarifado para envio ao fornecedor. Após o estágio de recebimento da mercadoria e/ou serviço nas unidades desta SMS, o Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde de posse da Nota Fiscal, devidamente cadastrada no Sistema Integrado de Suprimentos/Compras/Licitação e atestada/liquidada pelo responsável do recebimento e da conferência do material e/ou do serviço como descrito na nota de empenho, é providenciado a formalização do Processo de Pagamento. Exceto, aquelas notas fiscais oriundas de Termos de Contratos firmados entre o Município de Uberaba x Fornecedores que é formalizado pelo Departamento de Controle de Processos da Secretaria Municipal de Fazenda.

Após o colhimento da assinatura da Diretora do Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde e do Secretário Municipal de Saúde no processo de Pedido de Pagamento, encaminham-se os processos à Secretaria Municipal de Fazenda para o cumprimento do 2º estágio, a LIQUIDAÇÃO DA DESPESA, com posterior encaminhamento ao Departamento Central de Execução Financeira, também na Secretaria Municipal de Fazenda, para o cumprimento do 3º e último estágio, o PAGAMENTO DA DESPESA ao credor por meio da elaboração da Ordem Bancária. Todo esse fluxo é acompanhado diariamente por um servidor do Departamento.

No exercício financeiro de 2013, de acordo com as informações prestadas no SIOPS, do total da despesa com saúde, R\$ 170.508.922,69 (cento e setenta milhões, quinhentos e oito mil, novecentos e vinte e dois reais e sessenta e nove centavos) 57,46% são financiados por recursos transferidos por outras esferas de governo, sendo 85,28% dessas transferências de origem da União. As despesas com saúde representaram um gasto por habitante de R\$ 516,63 (quinhentos e dezesseis reais e sessenta e três centavos), sendo 44,32 % gastos com despesa de pessoal, 51,71 % com custeio/serviços de terceiros e 3,97% com investimentos.

A despesa com saúde financiada por recursos próprios municipais atingiu o montante de R\$ 72.191.379,07 (setenta e dois milhões, cento e noventa e um mil, trezentos e setenta e nove reais e sete centavos), representando 19,31% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais, sendo contabilizado 65,04% para despesas de pessoal, 32,82% com custeio/serviços de terceiros e 2,14% com investimentos.

REQUISIÇÕES E CONTRATOS

A Seção de Requisições e Contratos centraliza todas as compras e contratos da Secretaria Municipal de Saúde, de mandados judiciais, processos excepcionais e de processos administrativos.

Atualmente todas as Unidades de Saúde, sejam elas da Atenção Básica ou Especializada, encaminham suas solicitações e necessidades aos seus departamentos de origem, que

encaminham à Seção de Suprimentos Médico-Hospitalares (almoxarifado da SMS), com exceção das prestações de serviços, que atende a demanda com os produtos em estoque; em caso de não haver estoque dos materiais solicitados ou que seja um bem patrimoniável, a Seção de Suprimentos Médico-Hospitalares encaminha uma Requisição Interna de Materiais – RIM para a Referencia Técnica que da entrada na Seção de Requisições e Contratos que: recebe, encaminha ao Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde para que seja verificada a disponibilidade orçamentária. Com a autorização do Departamento a RIM é reencaminhada a Seção de Requisições para a digitação da Requisição de Materiais (RM) e Serviços no Sistema de Suprimentos da PMU. Esse sistema é monitorado pelo Departamento Central de Aquisições e Suprimentos- SAD que realiza as compras e ou contratações da Prefeitura Municipal de Uberaba, gera o mapa de cotação, encaminha solicitações de orçamentos a diversos fornecedores, e aguarda os orçamentos. Ao receber os orçamentos, no mínimo três, de acordo com a Lei 8666/93, confere os orçamentos. Estas requisições que são compradas e licitadas pela Secretaria de Saúde somente serão para materiais e equipamentos específicos da área de Saúde, os demais serão licitados pelo Departamento Central de Aquisições e Suprimentos.

Quanto aos Mandados Judiciais, a Assessoria Jurídica da Secretaria de Saúde recebe da Procuradoria do Município o mandado de cumprimento e encaminha para a Farmácia de Acolhimento que, encaminha a Referencia Técnica para que dê entrada nesta seção, uma RIM contendo o nome do paciente e o numero do mandado para a compra do medicamento, que procede da mesma forma ao atendimento à Seção de Suprimentos Médico-Hospitalares. Para os mandados judiciais os valores contidos nos orçamentos devem ter o desconto CAP – Coeficiente de Adequação de Preços, em 27,81%. A conferencia de valores é realizada de acordo com a tabela da ANVISA, se estes estiverem corretos, os valores e suas marcas são lançados no sistema de suprimentos no respectivo Mapa de Cotação, fecha-se o Mapa de Cotação tendo como fornecedor o menor valor dentro das exigências, formaliza-se o Pedido de Empenho onde é coletada a assinatura do ordenador da despesa – Secretário de Saúde. Posteriormente o Pedido de Empenho (PE) é encaminhado ao Departamento Administrativo e Financeiro para a emissão da Nota de Empenho(NE) que, após conferencia e assinatura do ordenador da despesa – Secretário de Saúde, é encaminhado novamente a esta seção para o registro das NEs no sistema de suprimentos, encaminha cópia das NEs, à Farmácia de Acolhimento e ou Seção de Suprimentos Médico-hospitalares, para que sejam emitidas as Ordens de Fornecimento e, o PE é devolvido ao Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde, para que, após a emissão da nota fiscal, o mesmo seja encaminhado para pagamento.

Os Processos Administrativos depois de aprovados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, são formalizados pela Farmácia de Acolhimento conforme os procedimentos dos Mandados Judiciais.

As compras de procedimentos como Stents Farmacológicos, esfíncter urinário, dentre outros são formalizados pelo Departamento de Regulação e Auditoria, da mesma forma que os procedimentos dos Processos Administrativos.

Foi montada na Secretaria de Saúde a Comissão Permanente de Licitações e equipe para Pregões, os nomes dos membros foram publicados no Porta Voz, de acordo com o Decreto

1551/13 de 04/12/2013, 1ª alteração pelo Decreto 1719/14 de 17/01/2014, 2ª alteração pelo decreto 1880/14 de 26/02/2014 e 3ª alteração pelo Decreto 1952/14 de 11/03/2014, cujo treinamento foi realizado na cidade Belo Horizonte/MG, pela empresa Licitasim. A referida Comissão Permanente de Licitações e a equipe de Pregões são diretamente ligados à Seção de Requisições e Contratos que, após todo o fluxo acima descrito, realiza as cotações de preços para obter a estimativa para o Processo Licitatório. Após a formalização do Pedido de Licitação e, a coleta das assinaturas necessárias para autorização de abertura do processo este, retorna a esta seção onde é elaborada a Minuta de Edital, publicada e agendado o processo licitatório, realização da licitação, análise de documentos do processo licitatório, cadastro do processo no site do Banco do Brasil e Sistema de Suprimentos, publicação dos extratos de contrato, cadastro dos contratos no Sistema de Suprimentos, elaboração dos Pedidos de Empenhos dos processos licitatórios, emissão dos pedidos de empenho de reforço dos contratos, gestão e acompanhamento dos contratos, elaboração de solicitações de aditivos, cadastro de notas fiscais e encaminhamento das notas para pagamento.

Todos os Departamentos da Secretaria de Saúde devem realizar o planejamento de suas compras ou prestação de serviços para um período de 12 meses e solicitar suas compras com antecedência mínima de 90 dias, a fim de que sejam atendidos dentro dos prazos previstos e que não haja necessidade de publicar decretos de emergência. Na Seção de Requisições e Contratos são feitos ainda a gestão de todos os contratos da Secretaria de Saúde, que funciona da seguinte forma: a Gestora dos contratos deve observar, datas de validades dos contratos, a fim de que, os contratos não vençam sem que haja aditivos de quantitativos e prazos, ou mesmo novos contratos em casos de não poder realizar aditivos, observar para que as entregas não ultrapassem a quantidade permitida em cada contrato e, para os contratos de prestação de serviço, observar para que não ultrapassem os valores permitidos em cada contrato. Deve ainda realizar as solicitações de aditivos junto às empresas e junto ao Departamento de Controle de Processos-Secretaria da Fazenda – SEFAZ; emitir todos os pedidos de empenhos parciais referentes a cada contrato, para que o Departamento Administrativo e Financeiro emita a Nota de Empenho, posteriormente o fornecedor emite a nota fiscal que é registrada no sistema de suprimentos e enviada para pagamento. Cada departamento deve solicitar cópia dos seus contratos, observando se os materiais estão sendo entregues, se os serviços estão sendo prestados de acordo com o contrato, data de vencimento, quantidade, valor e, em caso de descumprimento notificar a esta seção para que o fornecedor possa ser notificado e penalizado. O acompanhamento de cada contrato é importante no sentido de evitar vencimento do contrato e que os departamentos fiquem descobertos dos fornecimentos e ou prestações de serviços.

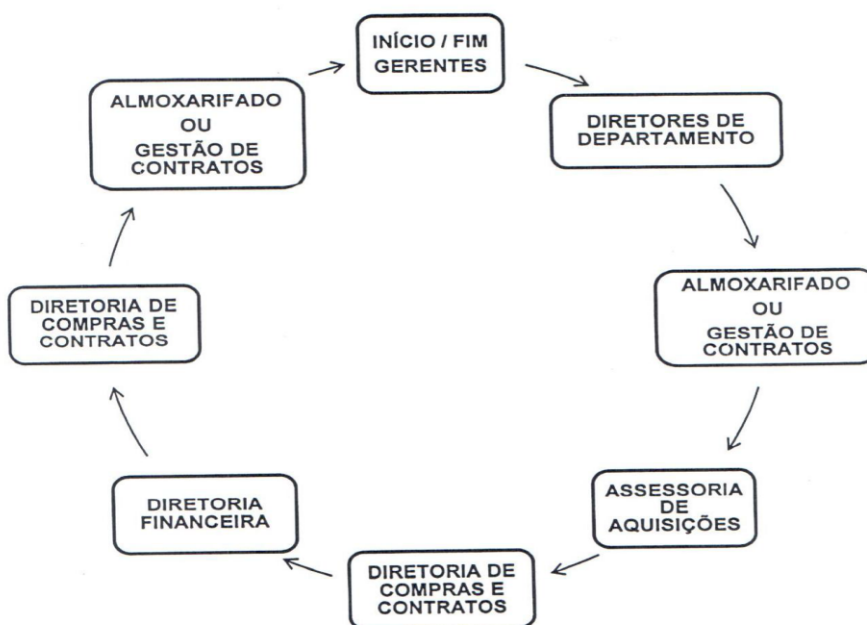
Existe ainda uma proposta para o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 de readequação da Seção de Requisições e Contratos, de forma que a Secretaria Municipal de Saúde seja independente em suas compras e prestações de serviços, ampliando o setor para um Departamento de Compras, Licitações e Gestão de Contratos com três seções: Seção de Requisições e Compras, Seção de Licitações e Seção de Fiscalização e Gestão de Contratos.

Para a implementação da proposta há necessidade de um número maior de servidores para a gestão, organização e planejamento dos contratos, a digitação de requisições, cotação de

preços, formalização de processos licitatórios, abastecimento da Seção de Suprimentos Médico Hospitalares, compra dos novos serviços que não são contemplados pelo SUS e ainda todas as compras do atendimento aos Mandados Judiciais e Decretos de Emergências; há também a necessidade de capacitar esses servidores.

Estes procedimentos contribuirão para agilizar os processos licitatórios desta pasta, uma vez que a demanda da Secretaria de Saúde é aproximadamente 40% de toda a demanda da Prefeitura. Desta forma o controle das compras e prestações de serviços realizadas por esta Secretaria será mais eficaz, e o atendimento à população será mais satisfatório.

FLUXOGRAMA PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES E REQUISIÇÕES



1.4.5 Participação e Controle Social

A Lei Federal número 8142, de vinte e oito de novembro de 1990, publicada após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei número 8080, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, oficializando, em cada esfera de governo, duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde é regulamentado pela Lei nº 10.157 de 15 de maio de 2007, que implementou avanços importantes como a composição do Conselho de acordo com Lei 8142, que aponta 50% das vagas para os representantes usuários do SUS; 25% para os representantes dos trabalhadores da saúde e 25% para os representantes dos gestores e prestadores do SUS. Em 2011 ocorreu pela primeira vez a eleição para presidente e vice-presidente do Conselho.

A Assessoria em Gestão Participativa da Secretaria de Saúde, Coordena, supervisiona, e acompanha a execução das atividades de assessoramento técnico e apoio administrativo e operacional aos Conselhos Locais, Conselhos Distritais Sanitários I, II e III e Conselho Municipal de Saúde. Organiza as Conferências Municipais, a participação dos conselheiros em plenárias de Conselhos de Saúde, promove a capacitação continuada dos conselheiros de saúde visando o aprimoramento dos mesmos para o efetivo desempenho de suas funções e da articulação entre a gestão municipal da saúde e a sociedade.

Além disso, a Assessoria estimula e apoia o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde, através de uma Secretaria Executiva, a qual não é exclusiva, que organiza os documentos, atende os conselheiros e líderes das comunidades em geral, elabora atas das reuniões, resoluções, requerimentos, convocações, ofícios, requisições, participa das reuniões de plenária e Mesa Diretora para decisão das pautas, envia documentação aos conselheiros e outros órgãos e publicação dos documentos no “Porta Voz” (Órgão Oficial do Município) e trabalha no sentido de manter sintonia com as ações do Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde através de suas resoluções, deliberações e eventos.

As Conferências de Saúde são importantes oportunidades que a população tem para opinar sobre a definição das políticas e programas de saúde, ocorrem a cada quatro anos e têm caráter consultivo. Os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo, têm a função de defender os interesses de todos nas práticas das políticas de saúde e são eleitos, preferencialmente, durante as Conferências de Saúde. São competências do Conselho de Saúde: Fiscalizar o cumprimento da legislação quanto ao direito de todo cidadão à saúde; estimular e garantir a realização das Conferências de Saúde; estimular a composição dos Conselhos Locais, Distritais e o Municipal, durante as respectivas Conferências de Saúde; zelar pela implementação das diretrizes da política municipal de saúde aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde; atuar na formulação, no acompanhamento, na avaliação e no controle da Política Municipal de Saúde; estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS; apreciar, avaliar, aprovar e acompanhar a execução do Plano Municipal de Saúde (PMS); apreciar, avaliar, aprovar e acompanhar a execução da Programação Anual de Saúde (PAS); fiscalizar e controlar gastos e

deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde; analisar, discutir e aprovar o Relatório de Gestão (RAG), com a prestação de contas e informações financeiras; deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da saúde; fiscalizar a alocação e a aplicação dos recursos financeiros, operacionais e humanos destinados aos programas específicos; sugerir e aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; avaliar, aprovar, fiscalizar e acompanhar a celebração de contratos e convênios na compra de serviços da rede pública, filantrópica e privada; avaliar, fiscalizar e acompanhar a qualidade do funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS; receber denúncias de irregularidades de qualquer natureza relativas ao funcionamento do Sistema Único no âmbito municipal, solicitar apuração aos setores competentes; encomendar aos departamentos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde estudo permanente e diagnóstico situacional das condições de morbimortalidade da população, a fim de conhecer os principais problemas de saúde do município; apoiar e promover a educação para o controle social.

No Brasil foram realizadas quatorze Conferências Nacionais de Saúde, no Estado de Minas Gerais foram realizadas sete Conferências Estaduais de Saúde e no município de Uberaba também foram realizadas sete Conferências Municipais de Saúde, sendo a 1ª Conferência realizada em 1990, o 1º Conselho Municipal eleito em 1992 e a última Conferência Municipal de Saúde realizada em 2011 na qual foram eleitos os atuais Conselheiros.

Um grande avanço ocorrido no ano de 2008 foi a implantação das reuniões dos conselhos distritais de saúde, com regimento próprio, recebendo as demandas dos conselhos locais e encaminhando-as ao Conselho Municipal para as devidas providências. Quanto à realização das reuniões dos Conselhos Locais, ainda ocorrem dificuldades, mas, o que se observa, é que se faz necessário fortalecer esses conselhos porque seus representantes estão mais próximos da população e dos serviços de saúde e muito podem contribuir com sugestões para melhorar a qualidade da assistência.

No ano de 2012 foi eleita como presidente do Conselho Municipal de Saúde gestão 2012/2016, uma conselheira representante do segmento dos trabalhadores do SUS. Os conselheiros tem à sua disposição, uma sala para suas reuniões com estrutura necessária para o desempenho de suas atividades.

Ao longo dos anos, foram realizados vários cursos de capacitação para os conselheiros. É importante que os conselheiros de saúde conheçam bem o sistema de funcionamento do SUS. Todos os assuntos discutidos na plenária são disponibilizados e em muitos casos, realizadas reuniões das Câmaras Técnicas para esclarecimento de dúvidas. Entre Outubro de 2011 a dezembro de 2012, foi realizado um Curso de capacitação para conselheiros de saúde, com 25 encontros de duas horas cada, no qual foram discutidos temas de suma importância para que os conselheiros tenham condições de acompanhar todas as discussões que são pautadas nas reuniões.

A Ouvidoria em Saúde é também um instrumento da democracia participativa e, na Secretaria de Saúde foi implantada em 2006 com o objetivo de buscar excelência no atendimento aos usuários do SUS municipal, favorecendo o livre acesso dos mesmos, para realização de críticas, reclamações, denúncias, sugestões e elogios relativos às ações e serviços de saúde. É uma

ferramenta desenvolvida para registro de demandas dos usuários, que são analisadas com a finalidade de conhecer deficiências nos serviços, melhorando assim os atendimentos prestados pelos mesmos. Conta com uma ampla sala, com equipamentos de informática, mobiliário adequado e servidores capacitados pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde.

É acionada pelos usuários do SUS por telefone, pessoalmente, pela rede mundial de computadores, pelo Serviço “FALA CIDADÃO” que é subordinado ao gabinete do Prefeito Municipal e pelo “OUVIDOR SUS” do Ministério da Saúde.

Todas as demandas apresentadas são encaminhadas aos setores responsáveis para providências e apurações sendo que todas são classificadas e tipificadas de acordo com a padronização do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que muitos técnicos responsáveis pelas respostas às demandas ainda não absorveram como rotina essa atividade e por esse motivo temos várias demandas no Sistema Informatizado Ouvidor SUS sem as devidas respostas. Nesse ano de 2013, realizamos a descentralização da Ouvidoria com a capacitação de todos os gerentes das Unidades de Saúde e responsáveis técnicos. Essa atitude acabou favorecendo a agilidade nas respostas, mas, ainda é necessário o aprimoramento. Uma questão que interfere bastante, são as constantes trocas de gerentes nas unidades de saúde.

A Ouvidoria realiza um importante trabalho de orientação aos usuários e disseminação de informações necessárias ao exercício do direito à saúde pelo cidadão, busca soluções e respostas para os impasses e conflitos identificados na assistência à saúde junto aos diversos setores da Secretaria de Saúde e responde as manifestações dos cidadãos.

Além disso, a Ouvidoria realiza avaliação das informações decorrentes das manifestações da população, colaborando com a gestão na tomada de decisões e na formulação de políticas públicas de saúde, atuando como um importante instrumento de gestão.

1.4.5 – Regulação e Auditoria

A Diretoria de Auditoria e Regulação em Saúde é vinculada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde e compõe-se de três departamentos: Departamento de Auditoria, Departamento de Processamento e Credenciamento e Departamento de Controle e Avaliação.

Tem como finalidade a aplicação da política de regulação assistencial, controlando e avaliando a prestação de serviços de assistência à saúde contratados da rede pública e privada, através de técnicas e procedimentos específicos, realizando entre outras as seguintes atividades principais:

- conhecer e fazer cumprir as portarias e normas técnicas do SUS;
- elaborar e propor normas, regulando as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços contratados (públicos e privados);

- controlar o pagamento efetuado aos prestadores de serviços de saúde, conveniados/contratados ao SUS, observando as normas que orientam a legislação específica;
- organizar, monitorar e controlar o sistema de marcação de consultas, de exames, de atendimentos ambulatoriais e de internações hospitalares;
- coordenar a operacionalização do credenciamento de prestadores de serviços ao SUS, seguindo parâmetros do Ministério da Saúde e o perfil epidemiológico e acompanhar o cumprimento dos contratos;
- proceder a avaliação qualitativa periódica dos serviços contratados, controlar e acompanhar os processos de programação, produção e de faturamento;
- viabilizar o cumprimento de mandatos judiciais, para a realização de procedimentos cirúrgicos, de exames de alto custo e fornecimento de medicamentos.

Para cumprir essas atividades conta com pessoal especializado que exerce as funções de auditoria, supervisão, autorização e revisão dos procedimentos contratados pelo SUS junto aos prestadores de serviços de saúde, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Fonoaudiologia. O número de profissionais ainda é insuficiente para realizar todas as atividades propostas.

Além desse grupo de profissionais, conta com a colaboração de outros técnicos de nível superior nas áreas de Serviço Social e Direito que dão suporte às ações desenvolvidas, e servidores administrativos para apoio operacional à equipe técnica, que atuam na própria Secretaria de Saúde ou em estabelecimentos de saúde conveniados com o SUS.

A partir de setembro de 2011 houve a reestruturação da Diretoria de Auditoria e Regulação em Saúde, com a posse dos Analistas de Auditoria e Regulação em Saúde que passaram a ser efetivos através de concurso público, com a aquisição de computadores para toda a equipe técnica e com mudanças de diretrizes ministeriais em relação a recursos financeiros e instrumentos de registros.

O Sistema Municipal de Auditoria Assistencial, representado pelo Departamento de Auditoria e pelo Gestor municipal de Saúde, foi instituído pela lei complementar nº 118, de 02 de junho de 1998, e teve seu regulamento aprovado pelo Decreto Municipal nº1882, em 03 de agosto de 1999, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Uberaba, condição esta imposta pela passagem de Uberaba a gestão plena de Sistema Municipal de Saúde.

Atualmente, respeitando-se as alterações legais da Portaria municipal nº 13/10 e anseios sociais, o Departamento de Auditoria vem se reestruturando, subordinado à Diretoria de Regulação e Auditoria em Saúde.

As atividades de auditoria estão voltadas para a fiscalização das ações e serviços de saúde do SUS, com a finalidade de verificar a conformidade com a legislação vigente e aspectos técnicos. Compete ao Departamento de Auditoria realizar as auditorias ordinárias relacionadas no Plano Anual de Auditoria, elaborado nos últimos meses do ano anterior ao seu exercício com prévia manifestação do Gestor Municipal, e as auditorias requeridas espontaneamente por outros agentes ou órgãos públicos, ou, excepcionalmente, por particulares através de denúncias.

A Auditoria é assistencial e implica em um conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos, resultados e a aplicação de recursos financeiros de forma planejada, independente e documentada, baseada em evidências objetivas e imparciais, para determinar se as ações, serviços e sistemas de saúde encontram-se adequados quanto à eficiência, eficácia e efetividade, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e critérios técnicos, operacionais e legais estabelecidos.

Para a realização de auditorias forma-se grupos de profissionais auditores que, obedecendo ao cronograma anual ou a determinação do auditor-chefe, intima o prestador de serviços de saúde para fornecer a documentação necessária com antecedência, realiza vistoria in loco, faz entrevista com profissionais e usuários, e, após a análise técnica, emite relatório preliminar sobre as constatações observadas. Nos casos de constatada alguma irregularidade, intima-se o auditado para apresentar resposta/defesa, e comunica-se à Diretoria de Auditoria e Regulação e ao Gestor SUS, não cabendo qualquer intervenção destes nesta fase técnica.

Apresentada a resposta ou não, o auditor-chefe elaborará o relatório final, fazendo as ponderações necessárias, encaminhando neste momento para o auditado para mero conhecimento e para o Gestor SUS. O Gestor, conforme atribuição legal, acolhe o parecer como válido e toma as providências necessárias, com o auxílio da Comissão Processante – atualmente localizada na ASSEJUR; ou caso, entenda como incorreta, deverá se manifestar expressamente, fundamentando tecnicamente pela irregularidade do parecer técnico, sob pena de responsabilidade.

A auditoria pode convocar qualquer pessoa para prestar esclarecimentos caso haja necessidade. Anteriormente havia esta convocação nos processos decorrentes de denúncia. Com a implantação da Ouvidoria em Saúde, esta tem resolvido praticamente todas as reclamações, sem necessidade de abertura de um processo administrativo mais complexo a cargo da auditoria municipal.

O regulamento de auditoria previsto na Portaria Municipal 13/10 define a composição da equipe de auditores conforme quadro abaixo:

Equipe de Auditoria prevista conforme Portaria Municipal 13 de 2010			
	Quantitativo previsto	Em exercício	Déficit
Médicos	08	04	04
Advogados	02	01	01
Enfermeiros	02	01	01
Psicólogos	02	02	0
Odontólogos	02	0	02
Biomédico	01	0	01
Assistente Social	01	0	01
Contador	01	0	01
Assistente administrativo	04	01	03
Total	23	09	14

No período de 2009 a 2012 foram realizadas 31 auditorias odontológicas, 03 auditorias de enfermagem, 07 auditorias de saúde mental e 21 auditorias médicas.

O Departamento de auditoria apresenta-se como um forte instrumento de gestão para a melhoria e fortalecimento do SUS municipal, buscando constantemente a integração e harmonia com os setores da SMS.

O Departamento de Processamento e Credenciamento realiza as contratações e o controle assistencial dos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados:

A contratação é o primeiro instrumento de regulação e compreende o ato de formalizar junto ao Departamento Jurídico as relações pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviço de saúde, estabelecendo obrigações recíprocas através de contratos ou convênios.

Atualmente os prestadores conveniados são o Hospital de Clínicas /UFTM, o Hospital Beneficência Portuguesa, o Hospital da Criança, o Hospital Dr. Hélio Angotti, o Sanatório Espírita, o Hospital Universitário, a Fundação Caminhar de Uberaba, a APAE, a Fundação Gregório Franklin Baremlitt, o Centro Integrado de Diagnóstico/CID, a JLPR Urologia SS Ltda, o Laboratório Bio Med Uberaba Ltda, o Laboratório Santa Lucília Ltda, o Laboratório LAMEL, o Oftalmocentro de Uberaba Ltda, a Casa de Saúde São José, a Associação Diálise/Instituto de Hemodiálise, o Instituto dos Cegos do Brasil Central.

Os estabelecimentos de saúde:

- Laboratório Santa Lucilia – encerrou-se suas atividades em setembro/2013.
- Oftalmocentro de Uberaba – o contrato findou em agosto/2013

Grande parte dos termos de convênios está vencendo em agosto de 2013 e os trâmites e os fluxos atualmente praticados dificultam o processo de renovação.

<i>Estabelecimentos de Saúde</i>	<i>Vigência</i>
HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFTM	01/12/2014
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	03/12/2018
HOSPITAL DA CRIANÇA	01/01/2017
HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI	09/08/2017
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UNIUBE	03/12/2018
FUNDAÇÃO CAMINHAR DE UBERABA	22/09/2018
APAE - ASSOCIAÇÃO EXCEPCIONAIS	22/09/2018
ASSOCIAÇÃO DIALISE/INSTITUTO DE HEMODIALISE	07/11/2016
INSTITUTOS CEGOS	01/09/2016

<i>Estabelecimentos de Saúde</i>	<i>Convênio encontra-se fase de conclusão</i>
SANATÓRIO ESPÍRITA	Regulação/Outros Deptos
FUNDAÇÃO GREGÓRIO FRANKLIN BAREMLITT	

<i>Estabelecimentos de Saúde</i>	<i>Contrato encontra-se processo de chamamento público</i>
CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICO-CID	<p>Processo de credenciamento - Departamentos de Regulação e Assessoria Jurídica(os contratos dos laboratórios não foram efetivados uma vez que os serviços serão realizados por coleta na própria unidade – elaboração da humanização do atendimento)</p>
JLPR UROLOGIA SS LTDA	
LABORATÓRIO DE ANATOMIA – PATMED	
LABORATÓRIO BIO MED UBERABA LTDA	
LABORATÓRIO LAMEL	
CASA DE SAUDE SÃO JOSÉ	

Os hospitais Beneficência Portuguesa, da Criança, Helio Angotti e Universitário-UNIUBE, são estabelecimentos de saúde participam do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e Hospital de Clinicas do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Por participarem dos Programas regulamentados em ato normativo específico do Ministro de Estado da Saúde recebem pagamento de incentivos financeiros por prestam serviços de forma complementar ao SUS. As metas e ou compromissos são definidos por portarias ministeriais, de acordo com a especialidade de cada estabelecimento segundo parâmetros populacionais pré estabelecido pelo Ministerio da Saúde, analisando a oferta de serviço de cada prestador evitando superposição de serviços desnecessários.

A contratualização é formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar e da atenção ambulatorial.

O valor pré-fixado é composto pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade e a parte pós-fixada é composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante.

Há comissão de acompanhamento de convênio de cada prestador, com representação da SES, CMS,SMS e estabelecimento, reúnem trimestralmente para acompanhar , avaliar e monitorar as metas e indicadores pactuados. Seguindo as normatizações do Ministério da Saúde. Se houver irregularidades as mesmas são passadas para a Gestão do Prestador e a Gestão Municipal e a Gestão do SUS em relatório elaborado pela comissão.

São contratualizados:

HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFTM
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA
HOSPITAL DA CRIANÇA
HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UNIUBE

Alterações contratuais são realizados pela análise da comissão e aumentos quando possível, realizado conforme o contrato e serie histórica e disponibilidade financeiro do Fundo Municipal.

O controle assistencial compreende o cadastramento dos estabelecimentos e dos profissionais a eles vinculados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, a elaboração da programação orçamentária por estabelecimento, a geração de dados pertinentes à produção hospitalar e ambulatorial dos prestadores, o processamento dos cálculos e análise dos procedimentos realizados, a validação dos dados monetários e estatísticos para fins de pagamento, a geração de série histórica e o controle epidemiológico. O banco de dados utilizado é o DATASUS e os sistemas, o SIA, SIH, SIHD, CIHA.

As oscilações dos valores a pagar aos prestadores conveniados em função do aumento da demanda em casos de surtos de doenças, erros pela falta de acompanhamento e atualização do CNES e utilização desatualizada das versões dos sistemas de informação são algumas das dificuldades encontradas.

O Departamento de Controle e Avaliação realiza o controle assistencial, a regulação do acesso e a avaliação da atenção à saúde.

O controle assistencial compreende a supervisão técnica, as autorizações de procedimentos de média e alta complexidade e o monitoramento dos procedimentos realizados no município de Uberaba e as autorizações e o monitoramento dos procedimentos de média e alta complexidade pactuados por outros municípios na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A partir de 2010 as ações de supervisão/autorização/monitoramento hospitalar que já eram realizadas no Hospital de Clínicas/UFTM e no Hospital Dr. Hélio Angotti, diretamente no contexto desses estabelecimentos, em áreas cedidas pelos mesmos, passaram a ser realizadas nos demais hospitais, proporcionando agilidade e maior resolutividade na cobertura do atendimento prestado aos usuários.

Em 2010 foi instituída a Comissão para reorganização, reorientação e acompanhamento da Assistência Oncológica do município, conforme Portaria SMS/PMU/Nº.003/2009. Atualmente essa Comissão encontra-se inativa.

Em 2011 houve a implementação no processo de regulação, controle e avaliação dos procedimentos ambulatoriais para uso de órtese e implante de prótese ocular no Instituto dos Cegos do Brasil Central. De maio de 2013 até março de 2014 foi cedido ao Instituto, um médico oftalmologista servidor da rede municipal com a especialização exigida para a execução dos procedimentos. Nos dias atuais a servidora não pertence ao quadro de servidores, não havendo na

Rede nenhum médico para substituição com esta especialidade. O Instituto dos Cegos do Brasil Central (ICBC) realizou contratação de médico oftalmologista especialista em Prótese ocular em maio de 2014.

O Município de Uberaba foi habilitado em 29 de outubro de 2009 para prestar o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e é responsável pelo atendimento da Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul e tem como referência para Alta Complexidade a Universidade Federal de Uberlândia.

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade deverá realizar triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares; diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de 3 (três) anos de idade.

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade constitui-se na referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças de até 3 (três) anos de idade, em pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e aqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade.

A cota mensal para cada microrregião é:

- Microrregião de Araxá: 17 cotas na Média Complexidade e 02 cotas na Alta Complexidade;
- Microrregião de Frutal/Iturama: 16 cotas na Média Complexidade e 02 cotas na Alta Complexidade e
- Microrregião de Uberaba: 36 cotas na Média Complexidade e 05 cotas na Alta Complexidade.

O fluxograma de atendimento do Programa de Atenção à Saúde Auditiva é o seguinte:

Fonoaudiologia Descentralizada de Referência da Saúde Auditiva Municipal (FD) →Junta de Saúde Auditiva Microrregional (JSAM) →Junta Reguladora de Saúde Auditiva (JRSA) →Serviço de Atenção à Saúde Auditiva(SASA).

A Fonoaudiologia Descentralizada de Referência da Saúde Auditiva Municipal (FD) tem por objetivo acolher e encaminhar os usuários à Junta de Saúde Auditiva Microrregional. É composta por no mínimo um Fonoaudiólogo do município e deverá estar localizada, preferencialmente, nas redes de Atenção Básica de todos os municípios da Microrregião.

A Junta de Saúde Auditiva Microrregional (JSAM) tem por objetivo a inclusão dos usuários dos municípios que compõem a Microrregião no Programa de Atenção à Saúde Auditiva. Está localizada na Secretaria de Saúde dos Municípios Pólo das Microrregiões - Araxá, Frutal e Uberaba.

A Junta Reguladora de Saúde Auditiva (JRSA) existe somente no município sede do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), estando localizada na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Tem por objetivo a regulação, o controle, a avaliação, o acompanhamento técnico da

execução do Programa de Atenção à Saúde Auditiva e o primeiro agendamento dos usuários no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA).

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) de média complexidade é prestado pelas Clínicas Integradas da Universidade de Uberaba (UNIUBE) e o de Alta Complexidade pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

A partir de 2012 houve a adequação do acompanhamento dos procedimentos cirúrgicos de campanha, quanto ao acesso e cumprimento de metas físicas e financeiras. O protocolo para referência e contrarreferência foi elaborado e implantado em fase experimental para Uberaba e Macrorregião Triângulo Sul, o sistema com dados que viabilizem relatórios para o acompanhamento e agendamento de acordo com as necessidades e prioridades dos usuários ainda não elaborado, sendo uma dificuldade enfrentada.

A regulação do acesso visa aperfeiçoar a utilização dos recursos, organizando estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores - públicos e privados, gerentes e profissionais. A regulação do acesso é feita pelos complexos reguladores que compreendem a Central Municipal de Regulação de Internações, a Central Municipal de Regulação de Consulta e Exames e o Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

A Central Municipal de Regulação de Internações é responsável pela regulação do acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Atualmente há cogestão com a Secretaria de Estado da Saúde através de um sistema de regulação, o SUSFÁCIL. Na Central Municipal de Regulação regulam-se as internações de urgência da macrorregião e eletivas da microrregião nos hospitais conveniados com o SUS, consultas em cardiologia para usuários do município de Uberaba e consultas especializadas para usuários da microrregião.

A Central Municipal de Regulação de Consulta e Exames é responsável pelo agendamento dos usuários do município de Uberaba para as consultas especializadas e exames.

O Tratamento Fora de Domicílio é o atendimento de saúde prestado ao usuário quando esgotados todos os meios de tratamento no Município ou no Estado de Minas Gerais. O Município de Uberaba realizou 4.351 (Quatro mil, trezentos e cinquenta e um) encaminhamentos para Tratamento Fora do Domicílio no período de Janeiro de 2010 a junho de 2013, sendo os tratamentos mais encaminhados: transplante renal, de medula, hepático, pulmão e córnea.

A avaliação da atenção à saúde é o conjunto de operações que permite emitir um juízo de valor sobre o resultado da atenção à saúde buscando medir os graus de resolubilidade, qualidade, humanização e satisfação do usuário. Significa comparar o realizado com o esperado, definido por parâmetros qualitativos, pelos objetivos e metas determinadas, subsidiando o planejamento das ações.

ANEXO

MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA BÁSICA:

Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg comprimido
Ácido Fólico 5 mg comprimido
Ácido valpróico 250 mg comprimido
Ácido valpróico 500 mg comprimido
Albendazol 400 mg comprimido
Alendronato de sódio 10 mg comprimido
Alendronato de sódio 70 mg comprimido
Alopurinol 100 mg comprimido
Alopurinol 300 mg comprimido
Aminofilina comprimido 100 mg.
Amiodarona 200 mg comprimido
Amitriptilina 25 mg comprimido
Amoxicilina+Clavulanato 500 mg + 125 mg comprimido
Amoxicilina+Clavulanato 250 mg + 62,5/ 5 mL suspensão oral frasco 75 mL
Amoxicilina 50 mg/mL suspensão frasco 60 mL
Amoxicilina 500 mg cápsula
Anlodipino Bensilato 5 mg comprimido
Atenolol 50 mg comprimido
Azitromicina 500 mg comprimido
Beclometasona Dipropionato 250 mcg/dose, spray oral 200 doses
Beclometasona Dipropionato 50 mcg/dose, spray oral 200 doses
Benzoato de Benzila 250 mg/mL emulsão tópica frasco 100 mL
Brometo de escopolamina 10 mg comprimido
Carbamazepina 200 mg comprimido
Carbamazepina 20 mg/mL suspensão frasco 100 mL
Carbonato de Cálcio + Vitamina D
Carbonato de Cálcio 1250 mg comprimido
Carvedilol 3,125 mg comprimido
Carvedilol 12,5 mg comprimido
Cefalexina 250 mg/5mL suspensão oral frasco 60 mL
Cefalexina 500 mg comprimido ou cápsula

Claritromicina 500 mg comprimido
Ciprofloxacino 500 mg comprimido
Clonazepam 2,5 mg/mL solução oral frasco 20 mL
Clonazepam 2 mg comprimido
Cloreto de Sódio 0,9% gotas solução nasal frasco 30 mL
Cloreto de Potássio 6% solução oral frasco 100 mL
Dexametasona 0,1% creme dermatológico bisnaga 10 g
Dexclorfeniramina Maleato 2 mg comprimido
Dexclorfeniramina Maleato 0,4 mg/mL solução oral frasco 100 mL
Diazepam 10 mg comprimido
Diclofenaco De Sódio comprimido
Digoxina 0,25 mg comprimido
Dimenidrinato + Cloridrato de Piridoxina 25 mg + 5 mg/mL gotas solução oral frasco 30 mL
Dipirona 500 mg/mL gotas solução oral
Dipirona 500mg comprimido
Enalapril Maleato 20 mg comprimido
Enalapril Maleato 10 mg comprimido
Eritromicina 250mg comprimido
Eritromicina 125 mg/5mL suspensão oral frasco 60 ml
Espironolocatona 25 mg comprimido
Etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 +0,15 mg comprimido
Fenitoína 100 mg comprimido
Fenobarbital 100 mg comprimido
Fluconazol 150 mg cápsula
Fluoxetina Cloridrato 20 mg cápsula
Furosemida 40 mg comprimido
Haloperidol 1 mg comprimido
Haloperidol 5 mg comprimido
Ibuprofeno 50 mg/mL gotas solução oral frasco 30 mL
Ibuprofeno 200 mg comprimido
Ibuprofeno 600 mg comprimido
Imipramina 10 mg comprimido
Imipramina 25 mg comprimido
Isossorbida 5 mg comprimido
Isossorbida 10 mg comprimido

Ivermectina 6 mg comprimido
Levotiroxina Sódica 25 mcg comprimido
Levotiroxina Sódica 50 mcg comprimido
Levotiroxina Sódica 100 mcg comprimido
Loratadina 10mg comprimido
Loratadina Xarope
Mebendazol 100 mg comprimido
Mebendazol 20 mg/mL suspensão oral frasco 30 mL
Metildopa 250 mg comprimido
Metildopa 500 mg comprimido
Metoclopramida gotas (plasil)
Metoclopramida 10mg comprimidos (plasil)
Metronidazol 250 mg comprimido
Metronidazol 40 mg/mL suspensão oral frasco 100 mL
Metronidazol 100 mg/g com aplicador bisnaga 50 g
Neomicina Sulfato + Bacitracina 5 mg + 250UI/g pomada dermatológica bisnaga 10 g
Nifedipina 10 mg comprimido
Nifedipina 20 mg comprimido
Nifedipina Retard 20 mg comprimido
Nistatina 100.000 UI/g creme vaginal com aplicador bisnaga 50 g
Norestisterona 0,35 mg comprimido
Nortriptilina Cloridrato 25 mg comprimido
Nortriptilina Cloridrato 50 mg comprimido
Omeprazol 20 mg cápsula
Paracetamol 200 mg/mL gotas solução oral frasco 20 mL
Paracetamol 500 mg comprimido
Paracetamol 750 mg comprimido
Pílula levonorgester + etinilestradiol 21 capsula
Prednisona 5 mg comprimido
Prednisona 20 mg comprimido
Polivitamínico + sais minerais solução oral gotas frasco
Sais para reidratação envelope reconstituição 1000 mL
Salbutamol Sulfato 2 mg comprimido
Salbutamol Sulfato 0,4/mL Xarope
Salbutamol Sulfato 100 mcg/dose aerosol
Simeticona gotas

Sinvastatina 10 mg comprimido
Sinvastatina 20 mg comprimido
Sulfametoxazol+Trimetropina 40 mg + 8 mg/mL suspensão oral
Sulfametoxazol+Trimetropina 400 mg + 80 mg comprimido
Sulfato ferroso 40 mg Fé (II) comprimido revestido ou drágea
Sulfato ferroso 125mg F(II)/mg gotas solução oral 30mL
Sulfato ferroso xarope 60mL
Valproato de Sódio Xarope
Varfarina 5 mg comprimido

2 – Objetivos, Diretrizes e Metas.

1º Eixo – Condições de Saúde da População

1º Objetivo – Prevenir e Controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população.

1ª Diretriz – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Metas:

- ✓ Disponibilizar vacina contra HPV pelo SUS cedida pelo Estado de Minas Gerais, faixa etária 11 a 13 anos;
- ✓ Alcançar 90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias do final do mês de ocorrência;
- ✓ Alimentar 90% de registros de nascidos vivos no Sinasc até 60 dias do final do mês de ocorrência;
- ✓ Pelo menos, 80% das salas de vacina do município com SI-PNI implantado alimentando mensalmente o Sistema;
- ✓ Alcançar cobertura vacinal preconizada em 100% (cem por cento) das vacinas do calendário básico de vacinação da criança;
- ✓ Realizar, pelo menos, 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais;
- ✓ Enviar pelo menos 1 (um) lote do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), semanalmente, totalizando um mínimo de 92% de semanas com lotes enviados no ano;
- ✓ Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação;
- ✓ Realizar pelo menos 2 testes de sífilis por gestante;
- ✓ Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados;
- ✓ Preencher o campo “ocupação” em, pelo menos, 90% das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho;
- ✓ Alcançar 75% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
- ✓ Realizar 70% de exame anti-HIV entre os casos novos de tuberculose;
- ✓ Realizar 90% de registro de óbitos com causa básica definida;
- ✓ Ampliar o número de notificações com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados;
- ✓ Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos;
- ✓ Realizar 90% de cura nas coortes de casos novos de hanseníase;

- ✓ Realizar o exame em, pelo menos, 90% dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase;
- ✓ Reduzir o número de óbitos por Dengue;
- ✓ Realizar 80% de visitas domiciliares em seis ciclos para controle da dengue;
- ✓ Manter em zero o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral;
- ✓ Vacinar 90% de cães na campanha de vacinação antirrábica canina;
- ✓ Construção do ecoponto adequado coberto para armazenamento de pneus;
- ✓ Reformar e ampliar o Centro de Controle de Zoonoses;
- ✓ Implementar as ações do CCZ através do projeto castração itinerante nos bairros;
- ✓ Realizar curso de especialização em saúde do trabalhador;
- ✓ Criação de regulamentação específica para o desempenho dos trabalhos do cerest em relação às ações de vigilância em ambiente de trabalho, considerando a regulamentação da união e estado;
- ✓ Custear exames referentes a saúde do trabalhador, após esgotada a pactuação (PPI);
- ✓ Realizar um seminário em parceria com instituições representativas dos trabalhadores;
- ✓ Atender 80% das solicitações de instituições referentes a saúde do trabalhador;
- ✓ Realizar encontros com as referências técnicas dos municípios da área de abrangência do CEREST para definir as estratégias para desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador;
- ✓ Realizar e dar suporte técnico na rede de Saúde de Uberaba e Microrregião em investigação de agravos em Saúde do Trabalhador;
- ✓ No município sede contribuir na definição e elaboração dos fluxos de referência e contra-referência de acordo com as diretrizes clínicas, linhas guia e protocolos em parceria com a RTM-ST e o Setor responsável pela organização da assistência do município;
- ✓ Incluir os campos sobre Saúde do Trabalhador na FAA;
- ✓ Fazer busca ativa de casos de acidentes de trabalho grave nas UPAS, para a realização de notificação compulsória;
- ✓ Inauguração da nova sede do Cerest;
- ✓ Executar o Plano de ação para população expostas ao agrotóxico;
- ✓ Realizar um seminário em parceria com instituições representativas dos trabalhadores referente a participação do Trabalhador no Controle Social;
- ✓ Solicitar melhor atuação dos responsáveis pelas unidades de saúde (UMS, URS, UBS) com a SMS para realização das adequações apontadas nos relatórios da Vigilância Sanitária;
- ✓ Realizar ações educativas de prevenção e promoção sanitária nos acampamentos dos ciganos, nas associações religiosas, profissionais liberais e escolas;
- ✓ Realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município;
- ✓ Estruturação de duas equipes de Vigilância Sanitária para atuar exclusivamente em ações educativas;

- ✓ Realizar a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sistemas de Abastecimento de Água, Soluções Alternativas Coletivas e Individuais de Abastecimento de Água), de acordo com a Portaria 2914/2011, fazendo as coletas e análises de água;
- ✓ Alimentar o SISAGUA com dados da vigilância e controle da qualidade da água;
- ✓ Realizar o cadastramento das áreas com populações expostas a solo contaminado;
- ✓ Realizar as Investigações e Notificações de Surto e Emergências em Saúde Pública de acordo com a Portaria 104/2011, tais como: Exposição a contaminantes químicos; Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA; Exposição ao ar contaminado fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA; Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU; Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados; Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento;
- ✓ Implantar Vigilância da Qualidade do Ar;
- ✓ Sensibilizar o público masculino para o autocuidado e a busca por atendimento na Atenção Primária;
- ✓ Elaborar um informe epidemiológico a cada 6 meses, com divulgação dos dados e encaminhamento para o CMS;
- ✓ Elaborar um informe referente a Vigilância Ambiental a cada 4 meses com encaminhamento para o CMS;
- ✓ Ofertar ginástica laboral para os servidores da SMS, pelo menos uma vez por semana

2º objetivo – Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.

2ª Diretriz - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Metas:

- ✓ Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica para 62 %;
- ✓ Redução de internações por causas sensíveis a Atenção Básica para 13,7%;
- ✓ Manter em 90% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF);

- ✓ Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal para 72%;
- ✓ Aumentar para 3% a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- ✓ Reduzir para 4,5% o procedimento de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos;
- ✓ Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente;
- ✓ Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade para 4,03% na população residente;
- ✓ Rever o protocolo e verificar a possibilidade de ampliar os tipos de exames disponibilizados na atenção básica via agendamento eletrônico para todas as especialidades;
- ✓ Concluir a Reforma da UBS Francisco Jose Silva (Ponte Alta);
- ✓ Construir Unidade Básica de Saúde no São Cristóvão;
- ✓ Construir Unidade Básica de Saúde no Mercês;
- ✓ Construir Unidade Básica: Parque dos Girassóis, Cidade Osanã, Gameleira, Jardim Itália, Residencial 2000 e Jardim Triângulo;
- ✓ Pleitear a construção de 01 Unidade Básica no Bairro São Benedito;
- ✓ Pleitear a construção de 01 Unidade Básica Santa Maria;
- ✓ Pleitear a construção de 01 Unidade Básica Estados Unidos;
- ✓ Ampliar o atendimento na área de saúde mental, mantendo no mínimo 01 psicólogo para cada Unidade básica e 01 profissional por período nas unidades matriciais e reformular a política de saúde mental com qualificação dos profissionais envolvidos;
- ✓ Solicitar a contratação de um Ginecologista para o CTA;
- ✓ Estender o horário de 04 matriciais, que ainda não estão com horário até 22 hs;
- ✓ Avaliar a possibilidade de estender o horário nas Unidades básicas da zona rural e zona urbana;
- ✓ Adequar estrutura física das Unidades de acordo com as normas da VISA (reforma/ampliação) de conforme a necessidade dos serviços;
- ✓ Disponibilizar número de veículos suficientes para o trabalho dos agentes comunitários de Saúde da Zona Rural;
- ✓ Fortalecimento da atenção básica com maior resolutividade da rede;
- ✓ Estabelecer o fluxo de referência e contrarreferência, em todos os níveis de atenção a saúde no município, proporcionando troca de informações eficientes;
- ✓ Garantir a disponibilização da visualização dos quadros de fluxograma de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, assim como os horários dos profissionais;
- ✓ Implantar na Rede Municipal de Saúde, protocolo de prevenção ao pé-diabético nas Equipes Saúde da Família;
- ✓ Implantar Equipes Saúde da Família nos bairros: São Benedito, Santa Maria e Santa Marta;
- ✓ Construir uma sede própria para a Unidade Especializada em Reabilitação;
- ✓ Construir sede própria do CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento/SAE – Serviço de Assistência Especializada;

- ✓ Estabelecer contratos de prestação de serviços de exames complementares na área de saúde bucal;
- ✓ Ampliar e descentralizar os serviços de próteses dentárias para os distritos I e II;
- ✓ Aquisição de consultórios odontológicos portáteis para equipes de saúde bucal da atenção primária, sendo 01 para cada distrito;
- ✓ Disponibilizar cadeiras de rodas, materiais para primeiros socorros (ambu, bala de oxigênio, laringoscópio e medicações de urgência) nas unidades básicas;
- ✓ Organizar a assistência à saúde adequando a oferta de serviços de acordo com a demanda utilizando critérios populacionais epidemiológicos, especialmente a rede de atenção especializada;
- ✓ Dar continuidade à implantação do Hospital Regional assegurando gestão moderna e eficiente;
- ✓ Avaliar demanda de consultas por médicos da Equipe de Saúde da Família, propondo ampliação do número de equipes quando tiver demanda reprimida;
- ✓ Priorizar a atenção básica à saúde, mantendo a Equipe de Saúde da Família sempre completa, observando a substituição dos profissionais quando necessário;
- ✓ Ampliar o atendimento das pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos mais simples ou em situação pós-cirúrgica, antibioticoterapia oferecendo assistência multiprofissional a domicílio e junto das famílias, “Programa “Melhor em Casa”;
- ✓ Implantar o Prontuário único e eletrônico, facilitando assim, para a equipe multiprofissional avaliar os agravos de saúde do usuário;
- ✓ Informar a população os serviços oferecidos de atenção a saúde do homem pela Rede;

3ª Diretriz – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontossocorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Metas:

- ✓ Ampliar para 30 unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica sexual e outras violências;
- ✓ Organizar o serviço de transporte social e ambulância de acordo com Distritos, territórios e necessidade da população;
- ✓ Ampliar o número de leitos de internação e de terapia intensiva, adequando a oferta de acordo com a demanda;

- ✓ Regular 100% dos leitos credenciados / contratados pela rede SUS através de adequação da central de regulação de leitos com gestão e operacionalização bipartite (município e estado);
- ✓ Implantar atendimento odontológico de urgência e emergência 24 hs na UPA São Benedito;
- ✓ Capacitação específica para profissionais que estão inseridos nos serviços de urgência e emergência;
- ✓ Implantar o Serviço Municipal de Pronto Atendimento de Saúde Mental nas UPA's em Uberaba com uma equipe multidisciplinar;
- ✓ Reativar o núcleo de educação permanente do SAMU;
- ✓ Garantir acolhimento humanizado aos usuários que acessem o sistema de saúde através das Unidades de Pronto-Atendimento, cujas demandas sejam pertinentes às unidades primárias de saúde, garantindo que os mesmos sejam encaminhados de forma resolutive;
- ✓ Reestruturar o atendimento nas UPAs e padronização dos serviços;
- ✓ Pleitear junto ao MS a aquisição de novas viaturas para o SAMU;
- ✓ Garantir a manutenção preventiva e corretiva permanente da frota do SAMU;
- ✓ Desenhar e implantar a rede de urgência e emergência;

4ª Diretriz - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS

Metas:

- ✓ Implantar farmácias básicas em 07 Unidades Matriciais viabilizando a entrega de medicamentos aos usuários logo após as consultas com horário estendido até 22 hs para todas matriciais;
- ✓ Construir e implantar uma unidade da rede Farmácia de Minas;
- ✓ Reestruturação física da farmácia de acolhimento;
- ✓ Reestruturação do componente estratégico (programas de saúde) da assistência farmacêutica;
- ✓ Reestruturação física das farmácias básicas existentes;
- ✓ Garantir o fornecimento de medicamentos da farmácia básica e medicamentos excepcionais através de contratos anuais de fornecimento;
- ✓ Elaborar e implantar Plano Municipal da Assistência Farmacêutica;
- ✓ Analisar demanda e impacto financeiro da inclusão de novos medicamentos na padronização do município;
- ✓ Projeto de implantação de novas farmácias básicas em bairros estratégicos e farmácia itinerante;
- ✓ Continuar a regularização dos estoques de acordo com os medicamentos padronizados na Remume;

- ✓ Encaminhar a comissão de farmácia e terapêutica para Analisar a demanda e custo para padronizar o medicamento para hipertireoidismo;
- ✓ Divulgar a lista de medicamentos do Programa “Farmácia Popular” no site da PMU;
- ✓ Analisar a possibilidade de Implantação de Farmácias Verdes (Farmacêutico especialista em Fitoterapia) em toda rede pública inclusive com cultivo de mudas pelo Horto, com contratação de fitoterapeutas e capacitação das Equipes de Saúde das Unidades, tanto na zona rural quanto na zona urbana através de parcerias com as Universidades;

5ª Diretriz - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.

Metas:

- ✓ Construção do CAPS AD III no bairro Tancredo Neves, CAPS e CRIA no Maringá;
- ✓ Matriciamento das ações em saúde mental;
- ✓ Implantação de emergência psiquiátrica/P.A da Saúde Mental;
- ✓ Transição do CAPS Inácio Ferreira de II para III (funcionamento 24 horas);
- ✓ Capacitação permanente das equipes em saúde mental;
- ✓ Implantar Casa de Acolhimento Transitório;
- ✓ Adequação estrutural da sede do CAPS AD III;
- ✓ Ampliação do número de leitos de retaguarda de saúde mental em hospital geral
- ✓ Implantar Casa de Acolhimento Transitório infante juvenil;
- ✓ Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial para 1,58 por 100.000 habitantes;

6ª Diretriz - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Metas:

- ✓ Garantir o atendimento, orientação e prevenção no processo de crescimento até aos 5 anos das crianças;
- ✓ Implantar o Protocolo de Saúde da Mulher atualizado na Atenção Básica;
- ✓ Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos para 0,46;
- ✓ Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos para 0,45;
- ✓ Reduzir a mortalidade infantil para 12,3 por 1.000 nascidos vivos;
- ✓ Reduzir o número de óbitos maternos;

- ✓ Ampliar o percentual de parto normal para 33,41%;
- ✓ Aumentar para 72% a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal;
- ✓ Alcançar 80% de investigação de óbitos infantis e fetais;
- ✓ Alcançar 100% de investigação de óbitos maternos;
- ✓ Alcançar 90 % de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil;
- ✓ Reduzir a incidência de Sífilis Congênita;
- ✓ Cadastrar 70% das gestantes no Projeto Mães de Minas através do Call Center 155;
- ✓ Estruturar a Rede de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente: Elaborar e implantar 01 protocolo de organização da Rede;

7ª Diretriz - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Metas:

- ✓ Estruturar a Rede de Atenção à Saúde do Idoso: Elaborar e implantar 01 protocolo de organização da Rede e definir prioridade no atendimento;
- ✓ Reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde da Atenção Básica, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
- ✓ Garantir o atendimento continuado da pessoa idosa priorizando o agendamento para os demais níveis de atenção e sua reabilitação;
- ✓ Reduzir a taxa de internação por fratura do fêmur;
- ✓ Reduzir a taxa de mortalidade prematura de 342 para 324,50 em < 70 anos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);
- ✓ Realizar ações de atividade física/ prática corporal destinadas aos idosos do município;
- ✓ Capacitar os profissionais de saúde para educação permanente em saúde para idosos

2º Eixo – Determinantes e Condicionantes

3º Objetivo – Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população

8ª Diretriz – Desenvolvimento e Fortalecimento da promoção da saúde

Metas:

- ✓ Implantar e executar as ações do Programa Saúde na Escola em 91 unidades escolares do município – municipais e estaduais que aderiram ao Programa;
- ✓ Dar continuidade as ações do programa pro viver mulher;
- ✓ Sensibilizar a população sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes;
- ✓ Reativar no Sistema de Saúde local a prevenção da violência e a promoção da saúde e cultura da paz;
- ✓ Garantir 01 nutricionista para cada Nasf a fim de implantar programa de orientação para alimentação saudável;
- ✓ Realizar um trabalho educativo sobre cuidados com a saúde e orientações em geral para os moradores dos assentamentos do município;
- ✓ Promover a sensibilização e o fortalecimento por meio de ações de capacitação sobre as práticas integrativas e complementares pelos profissionais de saúde inseridos no serviço de Atenção Primária à Saúde de Uberaba-MG;
- ✓ Promover e implementar a parceria da Secretaria Municipal de Saúde com outras secretarias municipais, enfatizando o processo de educação permanente, através de seminários, envolvendo a coletividade e estimulando a corresponsabilidade do usuário;

3º Eixo – Gestão em Saúde

4º Objetivo – Fortalecer a Gestão do SUS na esfera municipal, em especial, o controle social e o corpo técnico, ampliando o nível das decisões com o objetivo de melhorar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.

9ª Diretriz - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Metas:

- ✓ Realizar concurso público para a área de Saúde da Família e áreas da saúde ainda não contempladas no concurso vigente, assegurando mais profissionais;
- ✓ Pagamento do premio variável de qualidade (PVQ) para todos profissionais da atenção primária;
- ✓ Pagamento aos servidores que estão no controle da dengue referente ao premio de incentivo de produtividade;
- ✓ Capacitar servidores da Saúde, priorizando o efetivo, para a humanização de atendimento, conhecimento sobre organização do sistema e gerência e administração do mesmo, de forma continuada e cursos de atendimento ao público;
- ✓ Solicitar Vale transporte ou outro meio de transporte para as reuniões e eventos e recursos materiais como camisetas, calçados, crachás, filtro solar de qualidade, bolsa e guarda-chuva, materiais de escritório para os Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias e demais servidores, que executam trabalho de campo, para melhoria de seu trabalho;
- ✓ Revisar, de forma participativa, o Plano de Carreira, Cargos e Salários dos Trabalhadores da Saúde com investimento na qualificação profissional de 100% desses servidores, em parceria com órgãos afins e universidades;

- ✓ Reavaliar o sistema de produtividade, implantando a premiação por equipe;
- ✓ Garantir que 95% dos trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, tenham vínculos protegidos;

10ª Diretriz – Aperfeiçoamento e fortalecimento da Gestão do SUS

Metas:

- ✓ Rever, adequar e garantir a estrutura organizacional da SMS com descrições de cada cargo (departamentos, seções, entre outros) conforme atribuições reais de forma clara;
- ✓ Revisão dos cargos de gerentes de Unidade com perfil e conhecimento conforme atribuições;
- ✓ Adequar o quadro de servidores para assistência à demanda local;
- ✓ Garantir a eficiência e eficácia dos serviços estipulados no contrato da empresa ganhadora da licitação para fazer a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, através da fiscalização dos gerentes responsáveis pelos mesmos;
- ✓ Implantar Sistema de Câmeras de Segurança com gravação nas Unidades de Saúde Municipais;
- ✓ Estudar a possibilidade de estender o modelo SAME/recepção da Unidade George Chirre para as demais Unidades de Saúde Municipais (sala para arquivo);
- ✓ Implementar a divulgação de todos os serviços de saúde;
- ✓ Garantir uma equipe multiprofissional (pintor, marceneiro, eletricista, encanador, serralheiro, jardineiro, entre outros) própria da SMS para manutenção predial de todas as unidades de saúde e nível central;
- ✓ Estabelecer parceria com a SEMEC no sentido de trabalhar no Projeto pedagógico os direitos e deveres DOS USUARIOS do SUS;
- ✓ Elaborar e implantar o Código de Saúde do Município;
- ✓ Elaborar os Instrumentos de Gestão em parceria com o CMS;

11ª Diretriz – Ampliação e fortalecimento da participação e do controle social

Metas:

- ✓ Utilizar todos os meios de comunicação para informar e conscientizar a população sobre a necessidade da participação popular no processo de crescimento do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Disponibilizar lanches para os Conselheiros de Saúde nas reuniões do plenário;
- ✓ Estimular os conselhos locais de saúde, em parceria com as associações de moradores, a promoverem a educação em saúde às comunidades.” (atenção básica/CRAS);
- ✓ Promover articulações entre o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal do Idoso para elaboração e efetivação das ações de proteção à saúde integral do idoso, de acordo com o Estatuto do Idoso, e fazer valer e cumprir verdadeiramente este estatuto, através de ações da atenção básica e gestão participativa;

- ✓ Implementar e divulgar, para otimização dos trabalhos da Ouvidoria SUS Municipal, um telefone 0800, através do qual se garanta o acesso da população às questões e necessidades pertinentes à saúde;
- ✓ Realizar a VIII Conferência Municipal de Saúde;
- ✓ Manter o conselho de Saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs);

12ª Diretriz – Aprimoramento da regulação e da auditoria em Saúde

Metas:

- ✓ Repactuar e ampliar os recursos da PPI, e instituir monitoramento eletrônico em rede com os 27 municípios;
- ✓ Elaborar projeto que possibilite o incremento do encaminhamento de pacientes para tratamento em outros municípios e estados com financiamento tripartite através de repactuação de valores e especialidades, especialmente em alta complexidade;
- ✓ Regulamentar o processo de TFD através de legislação específica, considerando regulamentação da união e do estado;
- ✓ Reestruturação do departamento de auditoria com sua integração efetiva no sistema nacional de auditoria (SNA);
- ✓ Reformulação dos procedimentos de auditoria, principalmente quanto a execução das proposições de providências / glosas / multas;
- ✓ Complementação do quadro de servidores efetivos da auditoria e regulamentação de gratificação pelo exercício de função de auditor e/ou produtividade da equipe;
- ✓ Qualificação permanente dos auditores, principalmente em relação as alterações previstas na portaria 1904/2013 que entrara em vigor em 2014;
- ✓ Realizar 100% das auditorias operativas e/ou analíticas previstas no cronograma anual de auditoria;

Operacionalização

Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, este PMS será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, na conformidade das diretrizes preconizadas.

Considerando o período de vigência do Plano – quatro anos –, a perspectiva é de que as ações empreendidas, na sua maioria, respondam anualmente por, pelo menos, 25% das metas constantes do PMS. Essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro quadrimestre, relativa ao ano anterior, de forma a possibilitar a conclusão do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG – e sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Lei complementar nº. 141/2012. O Relatório Anual de Gestão imprime caráter dinâmico ao Plano Municipal de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. Esse Relatório deve

indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente.

O processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de recursos. Além disso, vale reiterar que Plano, Programação e Relatório se relacionam diretamente com o exercício da função gestora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília, DF: MS, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Serie Articulação Interfederativa, v. 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Disponível em. Acesso em: agosto de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM-tabnet SES/MG**. Acesso em: julho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SIM-tabnet/SES/MG**. Acesso em: julho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares – SIH**. Acesso em: junho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA**. Acesso em: junho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan**. Acesso em: junho de 2013

<http://portal.saude.gov.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2008-2012**. Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em: maio de 2013

UBERABA. **Plano Municipal de Saúde – 2010/2011 – 2013**. Uberaba-MG, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde/ Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Acesso em julho de 2013

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. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.