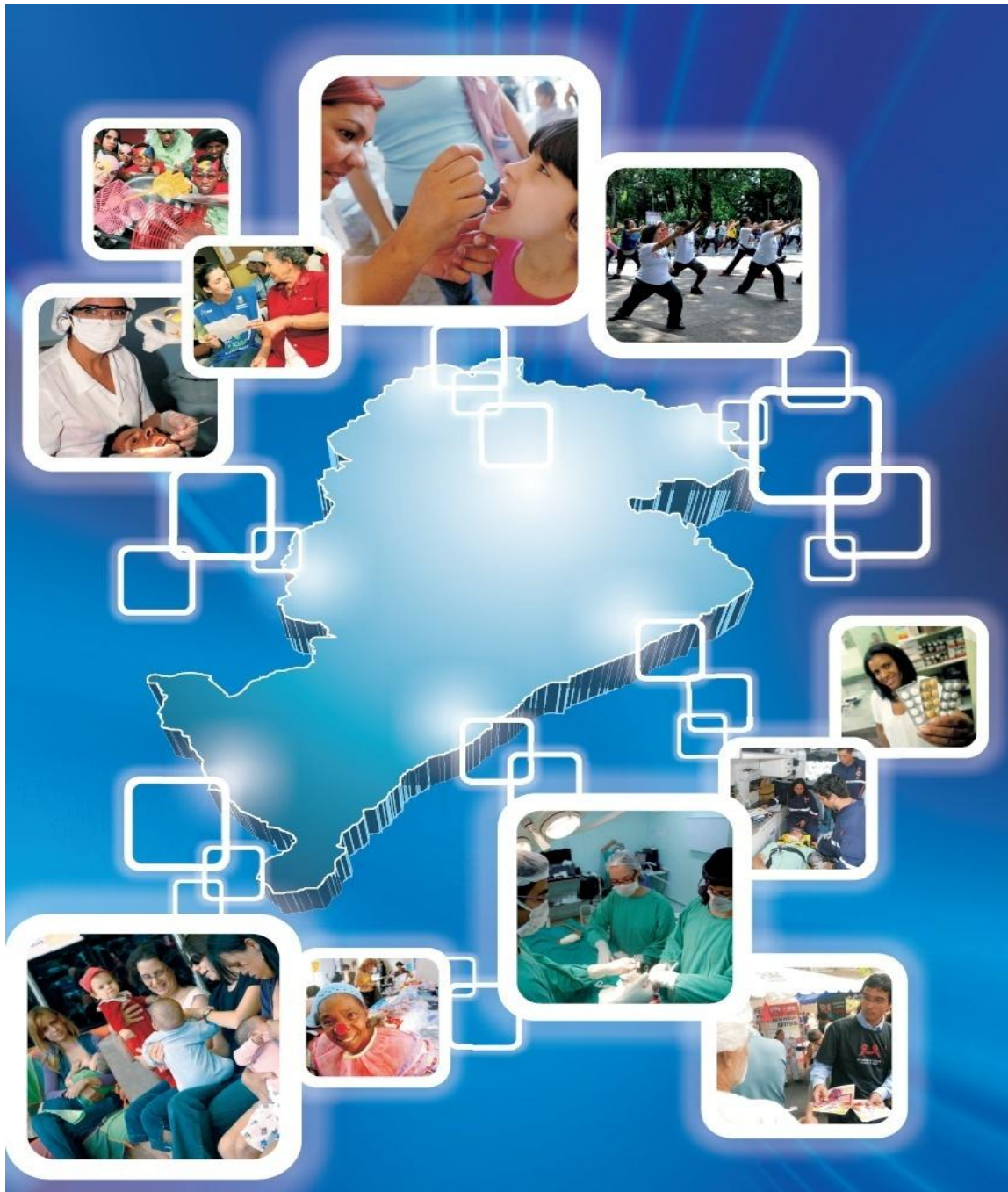


Secretaria Municipal de Saúde-Relatório de Gestão de 2014



Belo Horizonte

Fabiano Geraldo Pimenta Júnior

Marília Jannotti Guerra

Marcos José Mendes de Carvalho

Tammy Angelina Mendonça Claret Monteiro

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adriana Cristina Rezende de Camargos

Adriana Ferreira Pereira

Alexandre Sampaio Moura

Ana Pitchon

Eliana Maria de Oliveira Sá

Fátima Luzia Morelli

Gisele Claudia

Glaucia de Fátima Batista

Jaqueline Aparecida da Silva

Janete dos Reis Coimbra

Juliana Dias Pereira dos Santos

Klébio Ribeiro Silva

Luana Queiroga Mendes Ramos

Lucinéia Maria de Queiróz Carvalhais Ramos

Luzia Toyoko Hanashiro

Márcia Rocha Parizzi

Maria do Carmo Freitas da Costa

Maria Luisa Fernandes Tostes

Mirian Vanessa Costa Pacheco

Patrícia Dias da Silva

Paulo César Machado Pereira

Rúbia Mácia Xavier

Sonia Lanski

Tatiane Felicia dos Santos Luciano

Vera Regina Guimarães

Virgílio Queiróz

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.1 ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
2.1.1 Estrutura.....	20
2.1.2 Ampliação de acesso do usuário à Equipe de Saúde da Família.....	20
2.1.3 Organização do Processo de Trabalho e Orientações Assistenciais.....	22
2.1.4 Estratégia de Gestão Clínica.....	24
2.1.5 Programa de Educação Permanente (PEP).....	25
2.1.6 Residência no SUS BH.....	26
2.1.7 Organização da assistência à demanda espontânea.....	27
2.1.8 “Posso Ajudar? Amigos da Saúde.....	29
2.2. ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E IDOSO.....	30
2.2.1 Centro Mais Vida: Parceria SES, SMSA e HC.....	30
2.2.2 Projeto Cuidador /Programa Maior Cuidado.....	31
2.3 CONDIÇÕES CRÔNICAS:.....	33
2.3.1 Diabetes Mellitus.....	33
2.3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	35
2.3.3 Controle da Tuberculose.....	37
2.3.4 Controle da Hanseníase.....	40
2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	42
2.4.1 Comissão Perinatal.....	42
2.4.2 Aspectos gerais da atenção à Saúde da Criança e Adolescente.....	48
2.4.3 Cuidados na Primeira Infância:.....	49
2.4.4 Apoio ao Aleitamento Materno e coleta de leite humano na Atenção Primária.....	52
2.4.5 Atenção às crianças com Doenças Respiratórias.....	54
2.4.6 Cuidado com as crianças e adolescentes vítimas de violência.....	57
2.4.7 Programa Saúde na Escola.....	58
2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	61
2.6 SAÚDE SEXUAL E ATENÇÃO ÀS DST-AIDS-HEPATITES VIRAIS.....	62
2.7 SAÚDE BUCAL.....	67
2.8 SAÚDE MENTAL.....	70
2.9 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	73
2.9.1 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	73
2.9.2 Promoção da Saúde.....	76
2.9.3 PRHOAMA.....	77
2.9.4 Terapia Comunitária Integrativa.....	79
2.9.5 Lian Gong em 18 Terapias.....	80
2.9.6 Controle do Tabagismo.....	82
2.10 POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.....	85
2.11 ACADEMIAS DA CIDADE.....	87
3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	89
3.1 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS.....	89
3.1.1 Descentralização da profilaxia da raiva humana.....	89
3.1.2 Dengue e Chikungunya.....	90
3.1.3 Leishmaniose visceral.....	97
3.1.4 Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).....	98
3.1.5 Vigilância da Tuberculose.....	100
3.1.6 Vigilância da Hanseníase.....	100
3.1.7 Outras Atividades da Gerência de Epidemiologia e Informação.....	101
3.1.8 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-BH).....	101
3.1.9 Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Mortalidade.....	104

3.1.10 Projeto Vida no Trânsito	105
3.1.11 Vigilância de Óbitos	106
3.1.12 Saúde do Viajante	107
3.1.13 Material Informativo.....	108
3.1.14 Imunização.....	109
3.1.15 Vigilância Sanitária.....	111
3.1.16 Controle de Zoonoses	115
3.1.17 Saúde do Trabalhador	123
3.1.18 Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho	125
4. REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS E COMPLEMENTARES À SAÚDE	127
4.1 CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS.....	127
4.2 APOIO DIAGNÓSTICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	131
4.3 REABILITAÇÃO.....	133
5. MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO	136
5.1 REGULÇÃO ASSISTENCIAL	136
5.1.1 Aperfeiçoamento do sistema de regulação do acesso à assistência ambulatorial:	139
5.1.2 Novo processo de trabalho no controle e avaliação ambulatorial.....	139
5.1.3 Avanços na alta complexidade de forma geral.....	140
5.1.4 Avanços na Comissão Municipal de Nefrologia.....	140
5.1.5 Avanços na Comissão Municipal de Oncologia	141
5.1.6 Comissão Municipal de Cardiologia.....	143
5.1.7 Comissão Municipal de Propedêutica geral.....	143
5.1.8 Comissão Municipal de Transplante	144
5.1.9 Integração e evolução do processo de trabalho da supervisão hospitalar.....	145
5.1.10 Projeto de atenção aos pacientes em cuidados prolongados	145
5.1.11 Criação do núcleo de qualidade da SMSA	145
5.1.12 Projeto de monitoramento da qualidade das Unidades de Terapia Intensiva	146
5.1.13 Projeto de monitoramento dos casos de usuários do SUS internados em hospitais de Belo Horizonte, embora estejam com alta hospitalar.	146
5.1.14 Programa alta responsável.....	147
5.1.15 Centrais reguladoras	147
5.1.16 Construção de propostas de trabalho integrado entre a gerência de controle e avaliação e a gerência de auditoria.....	148
5.1.17 Reorganização do processo de trabalho no setor de tratamento fora do domicílio	149
5.1.18 Projeto de Implantação de Serviço para Tratamento de tumores intra oculares.....	150
5.2 AUDITORIA ASSISTENCIAL.....	152
5.3 REDE DE URGÊNCIA	160
6. GESTÃO DO SUS	163
6.1 AÇÕES EDUCACIONAIS EM 2014	163
6.2 GESTÃO DO TRABALHO.....	173
6.2.1 Gestão dos postos de trabalho da SMSA	173
6.2.2 Modernização da GGTE.....	178
6.2.3 Gestão do Trabalho nos Distritos e Nível Central SMSA.....	179
6.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	179
7. INDICADORES DO PACTO	181
8. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FÍSICA	187
8.1 EIXO I – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	187
8.2 EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	201
8.3 EIXO III – REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARES À SAÚDE.....	207
8.4 EIXO IV – MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO.....	208
8.5 EIXO V – GESTÃO DO SUS	210
9. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA	219

RELAÇÃO DE SIGLAS

ABRASEL - Associação Brasileira de Bares e Restaurantes
ACE - Agente de Combate a Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AHMG - Associação de Hospitais de Minas Gerais
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AMIPAO - Associação Mineira da Indústria da Panificação
AMIS - Associação Mineira de Supermercados
ANFARMAG - Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária a Saúde
ASCOM - Assessoria de Comunicação Social
ASFAD - Associação de Farmácias e Drogarias
BCMRI - Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDL - Câmara de Dirigentes Lojistas
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES - Centro de Educação em Saúde
CGP - Centro Geral de Pediatria
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIAAS - Comissão de Controle de Infecção Associada à Atenção à Saúde
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde
CIG - Contrato Interno de Gestão
CIR – Comissão Intergestora Regional
CIRA – Comissão Intergestora Regional Ampliada
CIVP - Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia

CMO - Centro Municipal de Oftalmologia
CMI - Centro Municipal de Imagem
COMCIAAS - Comissão Municipal de Controle de Infecção Associada à Atenção à Saúde
CREAB - Centro de Reabilitação Sagrada Família
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CTRDIP Orestes Diniz – Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-
parasitárias
CRIE - Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CMC - Central de Marcação de Consultas
CTI - Centro de Terapia Intensiva
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CTR - Centro de Referência e Treinamento Orestes Diniz
CS - Centro de Saúde
CV - Centro de Convivência
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DISACS - Distrito Sanitário Centro-Sul
DISAL - Distrito Sanitário Leste
DISANO - Distrito Sanitário Noroeste
DISANE - Distrito Sanitário Nordeste
DOM - Diário Oficial do Município
DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DS - Distrito Sanitário
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ECO - Ecocardiograma
ECG - Eletrocardiograma
EDA - Endoscopia Digestiva Alta
ESB - Equipe de Saúde Bucal
EPS - Educação permanente em saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FUNED - Fundação Ezequiel Dias

GEPE - Grupo de Estudos dos Profissionais Enfermeiros
GPLD - Gerência de Planejamento e Desenvolvimento
GVSI - Gerência de Vigilância em Saúde e Informação
GEEPI - Gerência de Epidemiologia e Informação
GGTE - Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
GTIS - Gerência de Tecnologia em Informação em Saúde
GEAS - Gerência de Assistência
GAL - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GERASA - Gerência Distrital de Assistência à Saúde
GEREPI - Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia
GEAR - Grupo Executivo da Área de Risco
HEM - Hospital Eduardo de Menezes
HC - Hospital das Clínicas
HOB - Hospital Odilon Behrens
IAAS - Infecção Associada à Atenção à Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI - Instituto de Longa Permanência para Idosos
IVS - Índice de Vulnerabilidade da Saúde
JUCOF - Junta de Coordenação Orçamentária e Financeira
LER - Lesão por Esforço Repetitivo
LIRAA - Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti
LV - Leishmaniose visceral
MRC - Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal contra o Sarampo
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHE - Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização não governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
PAD - Programa de Atenção Domiciliar
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAMVET - Programa de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal

PARA - Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos

PAS - Programação Anual de Saúde

PAVS - Programação Anual de Vigilância em Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PDAPS - Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PEP - Programa de Educação Permanente

PET - Programa de Educação pelo Trabalho

PLAMSAB - Plano Municipal de Saneamento Básico

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMS - Plano Municipal de Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRODABEL - Empresa de Informática do Município de Belo Horizonte

PROGVISA - Programa de Monitoramento da Qualidade de Alimentos

PROVEME - Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos

PREBAF - Programa Nacional de Monitoramento da Prevalência e da Resistência Bacteriana em Frango

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família

PRO -SAÚDE- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

PTS - Planos Terapêuticos Singulares

QAPS - Qualificação da Atenção Primária à Saúde

RAG - Relatório Anual de Gestão

RC - Rede Complementar

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCZOO - Sistema de Controle de Zoonoses

SUS - Sistema Único de Saúde

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SES - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SISVE - Sistema de Informação sobre Vigilância Epidemiológica

SLPC - Sistema de Laboratórios de Patologia Clínica

SVO - Sistema de Verificação de Óbitos

SIEA - Sistema Informatizado de Identificação e Esterilização Animal

SICONV - Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal

SINDUSCARNE - Sindicato Intermunicipal das Indústrias de Carnes e Derivados e do Frio de Minas Gerais

SINDSORVETE - Sindicato Intermunicipal da Indústria de Sorvetes

SINCOFARMA - Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos do Estado de Minas Gerais

SINDUSFARQ - Sindicato das Indústrias de Produtos Farmacêuticos e Químicos para fins industriais no Estado de Minas Gerais

SISVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SISREDE - Sistema de Informações Saúde em Rede

SMARH - Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos de Belo Horizonte

SIGEST - Sistema de Gestão de Terceiros da PBH

SMED - Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte

SUDECAP - Superintendência de Desenvolvimento da Capital

TB - tuberculose

UBS - Unidade Básica de Saúde

URS - Unidade de Referência Secundária

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UBV - Ultra baixo-volume

UMEI - Unidade Municipal de Educação Infantil

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UME - Unidade Móvel de Esterilização

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VISA - Vigilância Sanitária

VIGIÁGUA - Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano

VIGIAR - Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição do Ar

VIGISOLO - Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado

Lista de Gráficos

	Página
Gráfico 1 - Número de Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura do Programa de Saúde da Família	21
Gráfico 2 - Média mensal da cobertura da Estratégia da Saúde da Família em Belo Horizonte - janeiro a novembro de 2014	22
Gráfico 3 - Total de centros de saúde capacitados por alinhamento clínico no período de 2010 a 2014.	25
Gráfico 4 - Número de atendimentos no Centro Mais Vida no período de setembro de 2010 a dezembro de 2014.	31
Gráfico 5 - Total de internação por Diabetes Mellitus em Belo Horizonte, 2008 a novembro de 2014	34
Gráfico 6 - Internações por Hipertensão Arterial Sistêmica - Belo Horizonte, 2008 a novembro de 2014	36
Gráfico 7 - Internações por Infarto em residentes de BH, período 2008-2014	36
Gráfico 8 - Total de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva em residentes de Belo Horizonte, no período de 2007 a 2014	37
Gráfico 9 - Total de internação por Acidente Vascular Cerebral não especificado (hemorrágico/isquêmico) em residentes de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014	37
Gráfico 10 - Avaliação do percentual de cura e abandono dos casos novos de Tuberculose Bacilífera em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2008 a 2013.	39
Gráfico 11 - Avaliação do percentual de cura e abandono dos casos novos de Hanseníase, em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados nos anos das coortes de 2008 a 2014	41
Gráfico 12 - Razão da Mortalidade Materna em Belo Horizonte - 1998 a 2013.	45
Gráfico 13 - Mortalidade Infantil por componente em Belo Horizonte, no período de 2004 a 2013	46
Gráfico 14 - Distribuição do tipo de parto de residente em Belo Horizonte no período de 1993 a 2014.	46
Gráfico 15 - Percentual de cesarianas ocorridas em Belo Horizonte em maternidades públicas e privadas e taxa média de ocorrência, no período de 2006 a julho de 2014.	47
Gráfico 16 - Internação por asma em menores de 1 ano residentes em Belo Horizonte - 2009 a 2013.	55

Gráfico 17 - Internações por pneumonia em menores de 1 ano residentes em Belo Horizonte - 2009 a 2013.	55
Gráfico 18 - Percentual de Escolares de Belo Horizonte, segundo as necessidades em Saúde Bucal - BH, 2012 a 2014.	60
Gráfico 19 - Distribuição de Óbitos e Taxa de Mortalidade por AIDS, segundo sexo e razão de sexos. Belo Horizonte - 2001 a 2014.	66
Gráfico 20 - Total de Tratamentos Odontológicos Completados na Atenção Primária, Rede SUS-BH, 2009 a outubro de 2014.	68
Gráfico 21 - Total de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária, Rede SUS-BH, 2008 a 2014.	68
Gráfico 22 - Total de Próteses Confeccionadas nos Centros de Saúde da REDE SUS-BH, de junho de 2010 a setembro de 2014.	69
Gráfico 23-Evolução do número de consultas de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica em Belo Horizonte no período de 2009 a novembro de 2014	78
Gráfico 24 - Número de centros de saúde com abordagem intensiva dos fumantes em grupo - Belo Horizonte, 2010 a 2014.	84
Gráfico 25 - Número de pessoas atendidas em grupos de abordagem Intensiva dos Fumantes em Belo Horizonte - 2010 a 2014.	84
Gráfico 26 - Evolução do número de Academias da Cidade em Belo Horizonte no período de 2008 a 2014.	87
Gráfico 27 - Total de cidadãos inscritos nas Academias da Cidade de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014	88
Gráfico 28 - Notificações de dengue e outras DNC, Belo Horizonte, 2007-2014.	90
Gráfico 29 - Casos confirmados de dengue, FHD, DCC e óbitos, Belo Horizonte, 1996-2014.	91
Gráfico 30 - Incidência e letalidade por leishmaniose visceral humana, Belo Horizonte, 1994-2015*	97
Gráfico 31 - Amostras positivas para vírus respiratórios por SE de notificação, Belo Horizonte, 2014	99
Gráfico 32 - Morcegos positivos para raiva por Distrito Sanitário, 2004 a 2014	121
Gráfico 33 - Número de cirurgias de esterilização animal, 2005 a 2014	122
Gráfico 34 - Oferta e demanda média mensal de consultas e exames especializados, 2009 a 2014.	128
Gráfico 35 - Oferta de consultas e procedimentos médicos da Rede Contratada nos primeiros semestre 2011-2014.	128

Gráfico 36 - Oferta de consultas e procedimentos médicos da rede própria na Central de Marcação de Consultas e nos Centros de Especialidades Médicas	129
Gráfico 37 - Produção dos laboratórios Distritais e Municipal - 2008 a 2014	133
Gráfico 38 - Produção laboratorial das Unidades de Pronto Atendimento - 2008 a 2014	133
Gráfico 39 - Produção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMAL)	135
Gráfico 40 - Número de equipamentos de OPMAL - 2014	135
Gráfico 41- Número de APAC's na Oncologia, Belo Horizonte - 2014	142
Gráfico 42 - Número de APAC por prestador oncológico	142
Gráfico 43 - Evolução de leitos no SUS-BH - 2005 a 2014	151
Gráfico 44 - Cirurgias Eletivas no SUS-BH - 2000 a 2014	151
Gráfico 45 - Motivação das Auditorias instauradas no ano de 2014	154
Gráfico 46 - Distribuição das Auditorias e Visitas Técnicas instauradas no Ano de 2014, por origem da demanda	155
Gráfico 47 - Tipos de processos administrativos instaurados no ano de 2014	156
Gráfico 48 - Quantitativo das unidades de suporte do SAMU, BH - 2008 a 2014	160
Gráfico 49 - Percentual de cobertura de estoque de medicamentos, por Distrito Sanitário, Belo Horizonte - 2014	180
Gráfico 50 - Cobertura de Estoque de Medicamentos, Belo Horizonte - 2014	181
Gráfico 51 - Gastos da PBH com ações e serviços de saúde, 2004 - 2014.	221

Lista de Tabelas

	Página
Tabela 1 - Principais resultados alcançados pelo Projeto Cuidador. Belo Horizonte, 2014	32
Tabela 2 - Percentual de cura e de abandono dos casos novos de Tuberculose Bacilífera, por distrito sanitário, residentes em Belo Horizonte - 2013	40
Tabela 3 - Percentual de contatos examinados de casos novos de Hanseníase, por ano de diagnóstico, residentes em Belo Horizonte, 2010 a 2014*	42
Tabela 4 - Número absoluto de internações para procedimentos de obstetrícia de residentes de Belo Horizonte, 2010-2014.	43
Tabela 5 - Investigação de óbitos maternos, fetais, infantis e mulheres em idade fértil, residentes em Belo Horizonte - 2014.	44
Tabela 6 - Rede de apoio ao aleitamento materno e doação de leite humano em Belo Horizonte - 2011 a 2014.	54
Tabela 7 - Taxas de Internação por Asma de crianças e adolescentes residentes em Belo Horizonte, 2008 a 2013.	56
Tabela 8 - Evolução do Programa Saúde na Escola, 2011 a 2014.	58
Tabela 9 - Número de Casos Novos e Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) de AIDS, por ano de diagnóstico. Belo Horizonte - 2001 a 2014*	65
Tabela 10 - Número de atendimentos nos Consultórios na Rua por Distrito Sanitário. Belo Horizonte - 2014	72
Tabela 11 - Total de atendimentos dos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte no período de janeiro a novembro de 2014	73
Tabela 12 - Evolução no número atendimentos, de equipes e de profissionais dos NASF em Belo Horizonte no período de 2009 a novembro de 2014	76
Tabela 13 - Dados consolidados do Liang Gong em 18 Terapias, Belo Horizonte - 2008 a novembro de 2014.	82
Tabela 14 - Relação das Unidades Prisionais de Belo Horizonte segundo capacidade e lotação.	86
Tabela 15 - Casos confirmados, óbitos e incidência de dengue, Belo Horizonte, 1996-2014.	92
Tabela 16 - Classificação final dos casos de dengue por DS de residência, Belo Horizonte, 2014	93
Tabela 17 - Testes rápidos realizados em Belo Horizonte para diagnóstico de leishmaniose visceral, maio 2010 a dezembro 2014	98
Tabela 18 - Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral por Distrito Sanitário e Ano de Ocorrência. Belo Horizonte, 2008 a 2014	98
Tabela 19 - Distribuição dos óbitos ocorridos em BH por fonte de investigação, 2008-2013.	107
Tabela 20 - Cobertura vacinal para o HPV - 1ª dose - população do MS	109
Tabela 21 - Cobertura vacinal para da 2ª dose do HPV - população do MS	110

Tabela 22 - Cobertura vacinal para da 2ª dose do HPV considerando adolescentes encontradas nas escolas e que receberam 1ª dose	110
Tabela 23 - atendimentos realizados pela, pelas unidades de referências da Saúde do Trabalhador.	126
Tabela 24 - Total de ensaios avaliados segundo os laboratórios distritais, em 2014.	132
Tabela 25 - Produção laboratorial, por Distrito Sanitário, BH- 2008 a 2014	132
Tabela 26 - Número de oferta e utilização de procedimentos de Alta Complexidade, 2014.	144
Tabela 27 - Situação das Atividades Processuais em 31/12/2014	155
Tabela 28 - Situação das Atividades Processuais em 31/12/2014	156
Tabela 29 - Destino das recomendações das Auditorias concluídas no ano de 2014, encaminhadas para cumprimento da decisão publicada.	156
Tabela 30 - Motivação para instauração das Auditorias que foram concluídas no ano de 2014.	157
Tabela 31 - Auditorias de acompanhamento, realizadas no ano de 2014 para aferir o cumprimento das recomendações dos relatórios de auditorias pelos diversos setores da Secretaria e auditados.	158
Tabela 32 - Número de atendimentos telefônicos recebidos, atendimentos realizados com deslocamento de ambulância e número de veículos disponíveis.	160
Tabela 33 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte, 2009 a 2014.	161
Tabela 34 - Procedimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar - 2009 a 2014	162
Tabela 35 - Postos de Trabalho de Profissionais em Unidades e Serviços da SMSA	174
Tabela 36 - Nomeações do Concurso SMSA - Edital 002 de 2011	174
Tabela 37 - Síntese de CADM na SMSA	176
Tabela 38 - Terceirizados e Conveniados na SMSA	177

Lista de Quadros

	Página
Quadro 1 - Número de GAP por especialidade médica e por Distrito Sanitário ao qual o GAP está vinculado, com média de participantes em cada GAP.	26
Quadro 2 - Percentual de amostras de água e alimentos coletados no Mineirão com resultados laboratoriais insatisfatórios	113
Quadro 3 - Total de amostras coletadas no programa VIGIÁGUA, em 2014, e sua relação percentual com a meta estabelecida.	114
Quadro 4 - Visitas realizadas para o controle da Dengue - 2003 a 2014	116
Quadro 5 - Atividades realizadas para controle da Leishmaniose Visceral, 2009 - 2014.	118
Quadro 6 - Casos humanos e óbitos por Leishmaniose Visceral em BH, 2009 a 2014	119
Quadro 7 - Solicitações para controle de roedores atendidas e recebidas, 2009 a 2014	119
Quadro 8 - Animais peçonhentos, solicitações atendidas e recebidas, 2009 a 2014	120
Quadro 9 - Vacinação antirrábica de cães e gatos, 2009 a 2014	120
Quadro 10 - Observação de animais suspeitos de raiva, 2009 a 2014	121
Quadro 11 - Doações de animais realizadas nas feiras do "Adote um Amigo" e no Centro de Controle de Zoonoses, 2009 a 2014	123
Quadro 12 - Distribuição dos agravos de saúde do trabalhador notificados por Belo Horizonte	125
Quadro 13 - Número de atividades de Capacitação e Publicações referentes à Saúde do Trabalhador	126
Quadro 14 - Projeto de Cirurgias Eletivas - junho de 2009 a dezembro de 2014	152
Quadro 15 - Distribuição das Auditorias instauradas no ano de 2014, por motivo.	154
Quadro 16 - Distribuição das Auditorias/Visitas Técnicas instauradas no ano de 2014, por origem da demanda.	155
Quadro 17 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).Belo Horizonte - 2014.	161

Lista de Figuras

	Página
Figura 1 - Informativos da Atenção Primária distribuídos na rede SUS-BH no ano de 2014.	24
Figura 2 - Logomarca da estratégia "VOCÊ NASCEU A SAÚDE TE ABRAÇA", da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 2014.	50
Figura 3 - Manual Operacional do Programa Saúde na Escola produzido e divulgado na Rede-SUS BH - 2014.	59
Figura 4 - Caderno de Atenção Básica nº 39 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, volume 1, contendo as ferramentas para a gestão e para o trabalho e Cadernos do Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase no NASF.	75
Figura 5 - Boletins informativos da Vigilância em Saúde	89
Figura 6 - Vigilância do Chikungunya	96
Figura 7 - Ciclo de Atualização de Manejo Clínico e Vigilância em Ebola".	104
Figura 8 - Publicações da Vigilância em Saúde	109
Figura 9 - 1º Seminário sobre Segurança do Paciente: Sensibilização de gestores e técnicos da rede de saúde de Belo Horizonte	115
Figura 10 - Prioridades para intervenção em janeiro 2015, com base em ovos coletados por armadilha, entre janeiro e dezembro de 2014.	117
Figura 11 - Estratificação de risco para Leishmaniose Visceral - 2011 a 2013	118
Figura 12 - Fluxo para Síndrome Coronariana Aguda	138

1. INTRODUÇÃO

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 e a resolução/MS nº 459, de 10 de outubro de 2012 preconizam o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS,) os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório de Gestão como os principais instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Relatório de Gestão apresenta os resultados alcançados em cada ano e aponta eventuais ajustes que se fizerem necessários para a Programação Anual de Saúde (PAS) do ano seguinte. Esse documento demonstra o primeiro ano do Plano Municipal de Saúde, do quadriênio de 2014 a 2017. Compõe-se de 9 capítulos, descritos a seguir.

O capítulo 1 consiste na introdução deste documento. O capítulo 2 aborda o eixo da Atenção Primária à Saúde (APS), estruturada a partir da Estratégia de Saúde da Família. Na APS, é importante destacar a taxa de mortalidade infantil que passou de 36,4 para 9,7, por 1.000 nascidos vivos, entre 1993 e 2013. O capítulo 3 apresenta o eixo da Vigilância em Saúde, compreendendo a vigilância epidemiológica, o controle de zoonoses, a saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. O capítulo 4 abrange a Rede de Cuidados Especializados e Complementares à Saúde que consiste no monitoramento da demanda, da oferta, da fila e do tempo de espera para agendamento de consultas e exames especializados. O percentual de agendamento de consultas e exames especializados em 2014 foi de 54,8%. O capítulo 5 contempla a regulação da assistência, a atenção hospitalar e a rede de urgências. A regulação e a atenção hospitalar consistem na regulação de toda assistência, tanto ambulatorial especializada, como da atenção hospitalar, através de suas centrais de internação e de marcação de consultas, e da alta complexidade, buscando garantir e assegurar uma atenção de qualidade à população. Mantêm em funcionamento o controle e avaliação ambulatorial e hospitalar e, a auditoria assistencial. Contempla a regulação da assistência e a atenção hospitalar e a rede de urgências. A rede de atenção às urgências abrange as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção. O capítulo 6 contém informações referentes á assistência farmacêutica, ações de educação em saúde e da gestão do trabalho. O capítulo 7 apresenta série histórica dos indicadores do Pacto pela Saúde, no período de 2008 a 2014. O capítulo 8 consiste na execução física da Programação Anual de Saúde de 2014 e, o capítulo 9 contém a execução dos recursos financeiros, no período de 2008 a 2014 e o comparativo dos recursos aplicados na execução de serviços e ações de saúde, com o percentual previsto na Emenda Constitucional 29/2000.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos cujo foco é a qualidade de vida da população. Na definição clássica de Bárbara Starfield, a APS representa o primeiro contato na rede assistencial, dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (BRASIL, 2010).

Em Belo Horizonte (BH), a APS é estruturada a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desde a implantação das primeiras equipes da ESF, em 2002, a organização da atenção à saúde é feita a partir da definição de territórios ou áreas de abrangência vinculadas aos Centros de Saúde (CS) e às equipes. O conhecimento desta população parte do cadastro das famílias, do diagnóstico epidemiológico e da análise de riscos e vulnerabilidades, o que permite a identificação das prioridades e planejamento das ações.

A APS oferece práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e atendimento aos casos de adoecimento agudo com intuito de alcançar a integralidade das ações.

A atenção à saúde baseada na população reflete a capacidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, de acordo com riscos, bem como de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. (TOSTES, 2012).

Os Centros de Saúde são estruturas complexas que ofertam diversos serviços para a população, organizados a partir das equipes de saúde da família. Em dezembro de 2014, a cidade conta com 147 Centros de Saúde, 587 Equipes de Saúde da Família, 300 Equipes de Saúde Bucal, 58 Equipes de Saúde Mental, 60 pólos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 61 Academias da Cidade. A cobertura da ESF atinge 86,93% da população.

A razão de mortalidade materna de BH vem apresentando uma tendência de queda. Em 2013 a mortalidade infantil chegou a 9,7 por 1.000 nascidos vivos. A redução na taxa de mortalidade infantil para um dígito é um marco histórico. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio, que no Brasil são chamados de "8 Jeitos de Mudar o Mundo" e que devem ser

atingidos por todos os países até 2015. Belo Horizonte alcançou este objetivo! A redução da mortalidade infantil é resultado de esforços coletivos de diversas frentes de trabalho da gestão municipal. Contribuíram para a redução da taxa da mortalidade infantil: os avanços na abordagem da saúde sexual e reprodutiva; a vigilância em saúde realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); o acompanhamento do pré-natal pelas equipes de Saúde da Família e equipes de apoio; as visitas domiciliares ao recém-nascido e puérpera; o estímulo à amamentação; as ações do quinto dia; a articulação da rede de saúde no sentido de garantir acesso ao pré-natal de alto risco e no momento do parto e a vinculação pelas maternidades do recém-nascido ao centro de saúde.

2.1 Estratégias para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Ao longo dos últimos anos, um conjunto de estratégias está sendo utilizado pela gestão do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), na busca da integralidade e coordenação do cuidado pela APS. Os avanços na qualificação da assistência expressam-se em diversas modalidades.

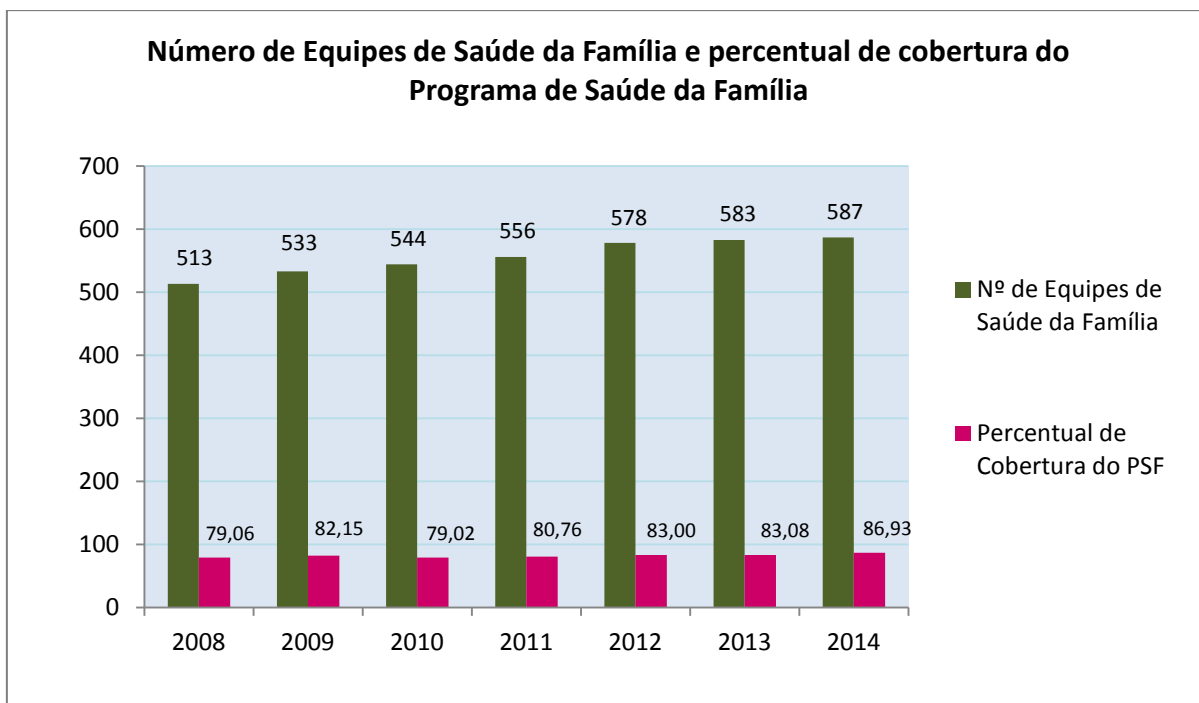
2.1.1 Estrutura

Foi inaugurada a nova sede do CS Nossa Senhora Aparecida (Distrito Centro Sul). Houve a reforma do CS Santa Terezinha e do Anexo do CS Itamarati (Distrito Pampulha). Em 27 de dezembro de foi publicado o Edital da Parceria Pública Privada (PPP) para a construção de 77 sedes de centros de saúde. Serão construídas 22 novas unidades e 55 unidades deverão ser reconstruídas (nos próprios locais onde estão hoje implantadas ou em locais diferentes). Também está prevista a construção de uma Unidade de Laboratório e Central de Material de Esterilização (CME).

2.1.2 Ampliação de acesso do usuário à Equipe de Saúde da Família

Houve o incremento de 4 Equipes de Saúde da Família. O Gráfico 1 apresenta a evolução do número de equipes de saúde da família, em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014.

Gráfico 1 – Número de Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura do Programa de Saúde da Família



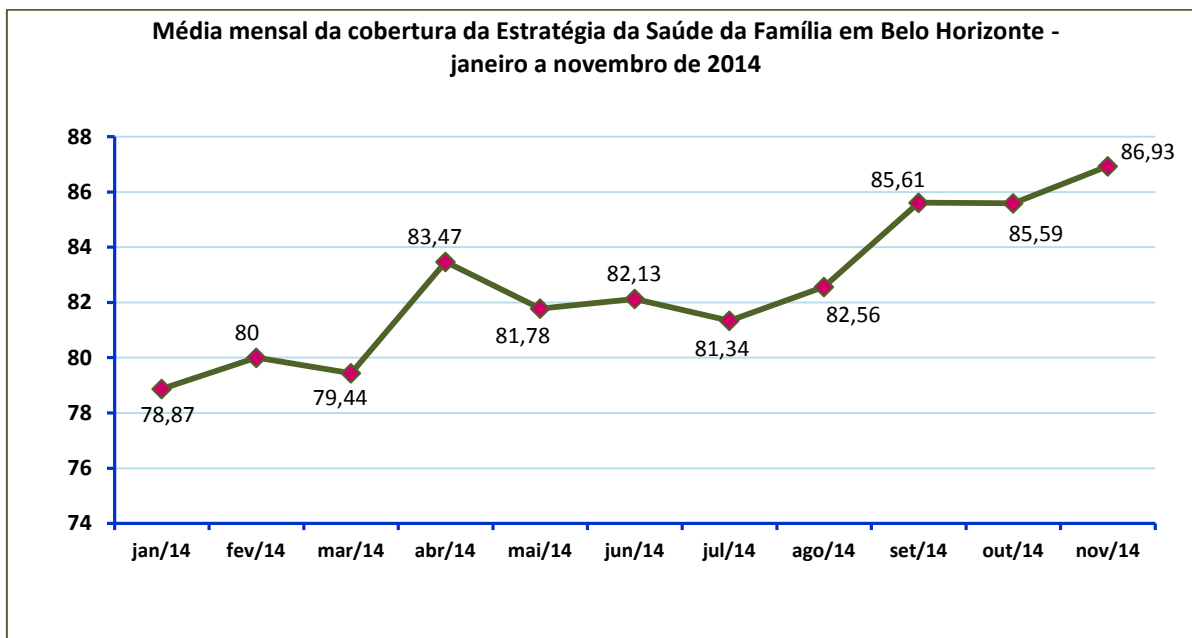
Fonte: AssessoriaGEAS/SMSA/PBH,jan2015

*Dado nov/2014. AssessoriaGEAS/SMSA/PBH,jan2015

O aumento do número de equipes ao longo dos anos refletiu na cobertura da ESF, passando de 79,06% em 2008 para 86,93% em 2015, como demonstrado no Gráfico 1. Em 2014, seguindo a orientação da Portaria 2488/11 do Ministério da Saúde, houve mudança na forma de cálculo do indicador de cobertura da ESF. Neste período, também houve prejuízo no registro de algumas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes ao cadastro dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil causaram dificuldades para o conhecimento real da cobertura da ESF em Belo Horizonte. Desta forma, a média da cobertura no ano de 2014 variou ao longo do ano. No mês de julho, por exemplo, a média foi de 82,32%, sendo que em novembro foi de 86,93%.

O Gráfico 2 ilustra as oscilações de cobertura da ESF ao longo de 2014.

Gráfico 2 - Média mensal da cobertura da Estratégia da Saúde da Família em Belo Horizonte - janeiro a novembro de 2014



Fonte: PBH/SMSA/GEAS/Assessoria/ janeiro/2015

Ao longo de 2014 houve a participação dos técnicos da Gerência de Assistência junto à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação (GGTE) na elaboração e publicação do Edital do Processo seletivo do ACS. Houve ainda participação junto à GGTE na elaboração e publicação do Edital do Concurso da Prefeitura de Belo Horizonte para servidores da Saúde. Estas medidas visam à incorporação de novos trabalhadores, cujo trabalho irá favorecer a ampliação do acesso à ESF.

2.1.3 Organização do Processo de Trabalho e Orientações Assistenciais

Os estudos, elaboração e implementação da organização da demanda programada foi um dos grandes desafios de 2014. Foram iniciadas as discussões sobre uma nova forma de gestão da agenda das ESF. Esta gestão da agenda visa uma melhor organização da assistência aos usuários com condições crônicas, baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e visando promover uma melhor organização processo de trabalho. A gestão da

agenda deverá ser estruturada a partir do diagnóstico e estratificação da população por risco e complexidade das condições de saúde. O principal objetivo da agenda é auxiliar as equipes e os gestores da APS na organização da atenção programada visando garantir acesso e a qualidade da assistência nessa forma de contato do usuário com o centro de saúde.

Um conjunto de medidas foi tomado no sentido de contribuir para a organização do processo de trabalho em saúde: a publicação do Documento da Demanda Espontânea na Atenção Primária e discussão do processo de trabalho em todos os centros de saúde foi um marco na APS; a ampliação do tratamento do tabagismo para todos os centros de saúde; elaboração e divulgação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de enfermagem; elaboração e aprovação pelo Conselho Regional de Enfermagem do Regimento Interno de Enfermagem.

Outros avanços que favorecem a organização do processo de trabalho nos centros de saúde foram alcançados em esforço conjunto de várias gerências: atualização do Protocolo Assistencial da abordagem à Dengue em parceria; participação na elaboração do Plano de Contingência de enfrentamento à Dengue; elaboração do Protocolo Assistencial da Abordagem à Febre da Chikungunya; participação na elaboração do Plano de Contingência ao seu enfrentamento; participação na elaboração do Protocolo Assistencial a abordagem do Ebola e do Plano de Contingência para o seu enfrentamento; participação na elaboração da Nota Técnica da abordagem à Febre Maculosa; elaboração da Nota Técnica sobre o Tratamento da Sífilis na Atenção Primária; ampliação para todos os centros de saúde dos Testes rápidos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis e Hepatite; participação junto à Gerência de Tecnologia em Informação em Saúde (GTIS) e Gerência da rede Complementar da integração do Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE) e o Sistema de Regulação (SISREG), permitindo a marcação de algumas consultas especializadas e na implantação do Programa “Saúde BH *on line*” com a disponibilização dos resultados dos exames laboratoriais aos usuários do SUS BH pela internet.

A divulgação das informações em forma de cartazes e folders é uma ação importante para socializar e favorecer a adoção de medidas de controle. Foram feitas várias novas publicações de material gráfico, relacionadas às temáticas da APS.

A Figura 1 ilustra 12 novos informativos da APS publicados e distribuídos na rede SUS BH.

Figura 1 - Informativos da Atenção Primária distribuídos na rede SUS-BH no ano de 2014.



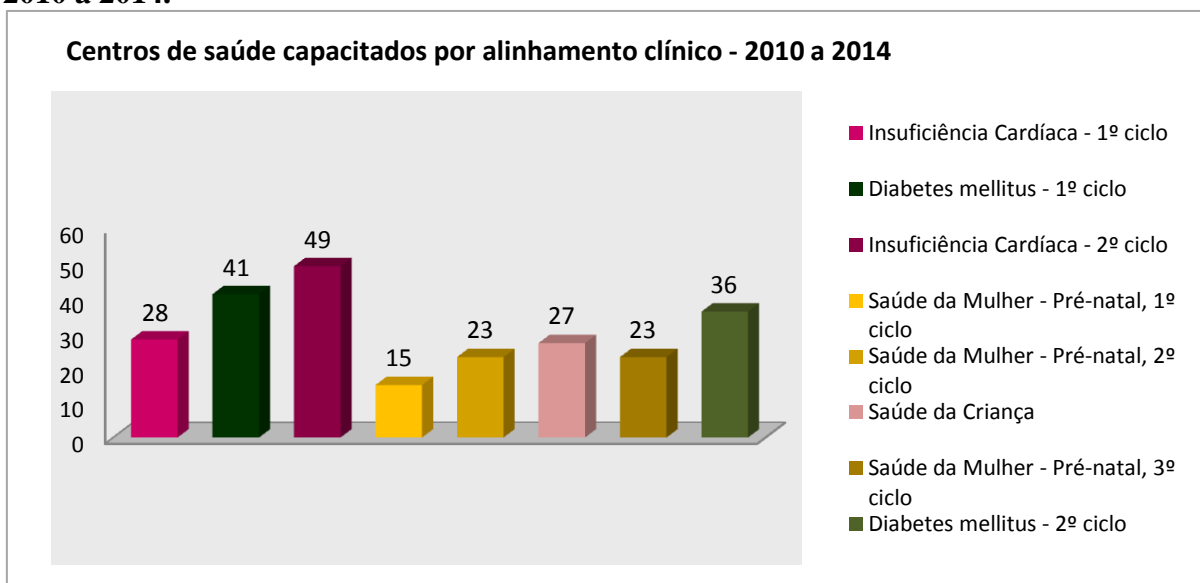
2.1.4 Estratégia de Gestão Clínica

A Gestão Clínica vem contribuindo regularmente para a organização e o aprimoramento da qualidade assistencial na APS e para a coordenação do cuidado e a integração das ações em rede no SUS BH.

Em 2014 o grupo de coordenação da Gestão Clínica iniciou um novo ciclo de alinhamento municipal, tendo como tema o cuidado integral para as pessoas com *Diabetes Mellitus* (DM). De julho a dezembro foram realizados cinco encontros presenciais de 4 horas cada, onde foram apresentadas aos participantes, através de metodologias ativas, as ferramentas da Gestão Clínica. Participaram profissionais de 36 centros de saúde dos 9 Distritos Sanitários, além de representantes do NASF, de alguns dos Centro de Especialidades Médicas (CEM) e Gerência Distrital de Assistência à Saúde (GERASA), totalizando 181 pessoas inscritas. Após cada encontro presencial foram elaboradas tarefas de dispersão, para serem implementadas pelas equipes no nível local, com ênfase na organização do cuidado às pessoas com *Diabetes Mellitus*.

Para o planejamento das atividades, em especial para as condições crônicas, reforçou-se a necessidade do conhecimento da realidade local (população, situação territorial, demográfica e epidemiológica). Outras tarefas importantes foram: a construção de um instrumento de registro clínico coletivo, para auxiliar no conhecimento e monitoramento da população de pessoas com DM. Houve a realização de uma Auditoria Clínica, para avaliar a qualidade do cuidado a essas pessoas, comparando o desempenho das equipes de Saúde da Família (SF) com critérios de excelência de cuidado obtidos a partir de evidências científicas. Dos 36 CS participantes do alinhamento, 30 (83%) iniciaram a implantação do Registro Clínico coletivo e 32 (89%) iniciaram ou finalizaram a Auditoria Clínica.

Gráfico 3 - Total de centros de saúde capacitados por alinhamento clínico no período de 2010 a 2014.



Fonte: Coordenação Municipal da Gestão Clínica

2.1.5 Programa de Educação Permanente (PEP)

O PEP, implantado a partir de 2011 na SMSA BH, sob a Coordenação do CES e da GEAS, utiliza estratégias educacionais implementadas pelo Programa de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde para qualificação dos médicos. Ao longo destes anos, o PEP buscou colocar em prática os conceitos mais abrangentes e significativos de educação permanente em saúde, que vão além de prover informações técnicas científicas aos profissionais dos serviços. Contendo metodologias voltadas para o aperfeiçoamento contínuo

da prática profissional, o PEP aproximou os médicos da APS e proporcionou reflexão sobre a prática e trocas de experiências de maneira colaborativa, em pequenos grupos.

Inicialmente, voltado para os médicos da APS, o PEP passou a incluir, a partir de 2012/2013, em alguns distritos, gerentes de unidades de saúde. No ano de 2014, foi realizado o curso para os facilitadores de GAP de enfermagem que iniciarão seus trabalhos em 2015. O PEP inclui atualmente médicos generalistas, médicos de família e comunidade, além de médicos clínicos, pediatras e ginecologistas de apoio. Cada distrito sanitário tem um coordenador, ao qual estão vinculados os facilitadores dos GAP.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos GAP das diferentes especialidades médicas, por distrito sanitário. Cada GAP tem em média 10 profissionais a ele vinculados.

Quadro 1 - Número de GAP por especialidade médica e por Distrito Sanitário ao qual o GAP está vinculado, com média de participantes em cada GAP.

DISTRITO	Número de GAP de GEN/MFC	Número de GAP de PED*	Número de GAP de CLM*	Número de GAP de Ginecologia*	Total
Barreiro	5	1	1		7
Centro Sul	2	1	1	1	5
Leste	4	1	-	1	6
Nordeste	4	1	-	-	5
Noroeste	6	-	-	-	6
Norte	5	2	-	-	7
Oeste	5	1	-	1	7
Pampulha	3	1	-	1	5
Venda Nova	5	-	-	-	5
Total	39	8	2	4	53

GEN/MFC: generalista/médico de família e comunidade; CLM: clínico de apoio; PED: pediatra de apoio

*Os GAP de CLM, PED e GO, apesar de estarem vinculados a determinados distritos sanitários, contém, em sua composição, profissionais de diferentes distritos.

2.1.6 Residência no SUS BH

A residência é uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, caracterizada pela formação em serviço, supervisionada, em regime de dedicação exclusiva (total de 5.760 h, sendo 80% da carga horária prática e 20% teórica). Possui a duração de 24 meses e financiamento do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Os residentes recebem bolsas financiadas diretamente pelo Ministério da Saúde por meio do Sig Residências

(Sistema de financiamento de residências do Ministério). Em fevereiro de 2014, o programa formou a primeira turma de residentes multiprofissionais que fora iniciada em 2012.

2.1.7 Organização da assistência à demanda espontânea

A APS representa o ponto preferencial de primeiro contato para os usuários que buscam soluções para os seus problemas de saúde. A assistência à demanda espontânea deve estar orientada pelos princípios da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar, enfoque comunitário. Além desses princípios, considera-se importante a organização da atenção centrada na pessoa, no trabalho harmônico de toda a equipe, na educação permanente dos profissionais e na flexibilidade para acolher as transformações cotidianas para uma APS cada vez mais resolutive.

O objetivo da inserção da avaliação de risco nas portas de entrada é identificar, dentre todos os usuários que buscam a unidade, os casos mais graves viabilizando a priorização para promover atendimento em tempo adequado, garantindo equidade, visando reduzir a morbimortalidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) salienta também os seguintes benefícios da classificação de risco: organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada e sim pela necessidade; garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar sobre o tempo provável de espera para sua consulta; aumentar a satisfação dos usuários; possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a classificação de risco ocorre como incorporação de uma prática clínica para avaliação dos usuários que chegam às unidades de saúde com queixas clínicas que exigem competências e habilidades para serem avaliadas e direcionadas com segurança para o usuário e profissional. O uso de uma linguagem comum entre os diferentes pontos de atenção contribuem para um melhor funcionamento da rede de atenção à saúde.

A estratégia de implantação do Protocolo de Manchester, iniciada em 2011, acontece de forma gradual e até dezembro de 2014, 41 dos 147 centros de saúde existentes iniciaram o uso dessa ferramenta. Além disso, mais 12 centros de saúde estão em fase de implantação. As unidades tem se preparado através de diversas etapas que envolvem a discussão do processo de trabalho com as equipes, o treinamento dos profissionais na linguagem do Protocolo e discussões sobre adequações necessárias ao uso desse protocolo nos serviços da APS. Existe uma coordenação no nível central que apoia as referências técnicas nos níveis distritais e, em

conjunto, realizam o acompanhamento, monitoramento e avaliação das unidades com a classificação de risco implantada.

O uso da classificação de risco com o Protocolo de Manchester foi um grande sinalizador da diversidade na realidade do acesso dos usuários aos centros de saúde de BH. Permitiu que vários pontos conflituosos e muitas lacunas já existentes no processo de trabalho das unidades e no acesso do usuário fossem evidenciados. Em maio de 2012, após a avaliação de um ano de implantação, percebeu-se a necessidade de aprofundar as discussões sobre o tema. Assim, foi criada uma comissão para discutir e elaborar recomendações para a atenção à demanda espontânea na APS. A comissão foi composta por representantes dos trabalhadores de diversas categorias profissionais da rede, do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, Gerência de Urgência, Gerência de Assistência e Assessoria do Gabinete. O resultado foi a elaboração do documento “Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local”. Este documento traz princípios, diretrizes e conceitos sobre a demanda espontânea como também aspectos organizacionais para ajudar na construção do trabalho cotidiano das equipes e dos centros de saúde. O produto foi revisado e complementado pelas diferentes coordenações de atenção à saúde, coordenadores do programa gestão clínica e demais referências técnicas dos distritos assim como gestores distritais e locais. A publicação do mesmo foi realizada em fevereiro de 2014.

Após essas discussões, foi definido um novo formato para a continuidade do processo de implantação da ferramenta Protocolo de Manchester nas unidades da APS, passando a ser realizada por distrito sanitário, facilitando assim o monitoramento do processo e as pactuações de trabalho em rede. Em 2014, foi acompanhada a implantação no distrito Leste e realizada as fases preparatórias e as primeiras implantações no distrito Nordeste. Além disso, foi apresentado o documento e foram realizadas discussões para a qualificação da atenção à demanda espontânea em todos os distritos sanitários padronizando diretrizes para esse cuidado. O objetivo desses encontros foi subsidiar e apoiar gestores e profissionais das unidades para realizar a reorganização dos processos de trabalho relacionados ao acesso e primeira resposta aos usuários que buscam a APS.

De 2011 a 2014 foram capacitados pelo município 640 profissionais médicos e enfermeiros dos centros de saúde. Em 2014, 197 profissionais foram capacitados. Outro avanço alcançado neste ano foi a qualificação do sistema de informação (desenvolvido em

2012) voltado para o armazenamento de dados relativos à demanda espontânea na atenção primária. Também foi realizada a adequação deste sistema permitindo a sua utilização nas unidades de pronto atendimento.

2.1.8 “Posso Ajudar? Amigos da Saúde

O “Posso Ajudar? Amigos da Saúde” foi criado em 2009, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Possui o intuito de contribuir para a qualificação e humanização do atendimento ao usuário do SUS BH. Sua missão é contribuir para o encontro entre usuários e o serviço de saúde. Configura-se como estágio curricular não obrigatório de cursos superiores da área da saúde e serviço social. As atividades em sala de espera proporcionam um espaço crítico e reflexivo que possibilitam um ambiente acolhedor aos usuários para trocas de experiências, promoção da saúde e prevenção de doenças. Os estudantes são capacitados para realizar abordagem de diversos temas, baseados em dados epidemiológicos e também na realidade vivida no território. São utilizados materiais didáticos como folders, cartazes, vídeos, televisores e DVD. Dentre os temas abordados, destacam - se: Dengue, prevenção de Doença Sexualmente Transmissível e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), distribuição de preservativo masculino e feminino, incentivo à promoção da saúde e à prática de atividades físicas (Academias da Cidade, Lian Gong) entre outras.

Desde 2011, a Coordenação de Saúde Sexual, em conjunto com o “Posso Ajudar? Amigos da Saúde” promove a formação em “Sexualidade e Afetividade”. Os estagiários participam desta formação para atuarem como multiplicadores em saúde sexual e reprodutiva. Durante as atividades são distribuídos materiais educativos, preservativos masculinos, gel lubrificantes e abordagens sobre orientação sexual. Tais atividades contribuíram para o aumento significativo na distribuição dos preservativos disponibilizados nos centros de saúde. As atividades têm criado um espaço de discussão permanente sobre os temas abordados, auxiliando a compreensão das “vulnerabilidades” em relação às DST/AIDS e Hepatites Virais e o desenvolvimento de uma consciência em relação ao uso do preservativo em todas as relações sexuais e o planejamento reprodutivo.

Em 2014, as atividades em sala de espera relacionadas à Dengue e febre Chikungunya envolveram mais de 99.000 usuários. A mobilização social envolvendo a educação e vigilância em saúde é uma importante estratégia indutora da corresponsabilização dos sujeitos

no enfrentamento dos problemas de saúde. A qualificação da escuta, a humanização do atendimento, o encaminhamento da demanda e o acesso ágil a informações, têm sido uma importante contribuição do programa.

2.2. Atenção à Saúde do Adulto e Idoso

As atividades desenvolvidas visam promover a saúde da pessoa adulta e idosa, com vistas à prevenção e ao controle de agravos crônicos não transmissíveis, como *Diabetes Mellitus*, a Hipertensão Arterial, a Tuberculose, a Hanseníase, o Tabagismo e a Obesidade, para uma vida longa, ativa e saudável.

2.2.1 Centro Mais Vida: Parceria SES, SMSA e HC

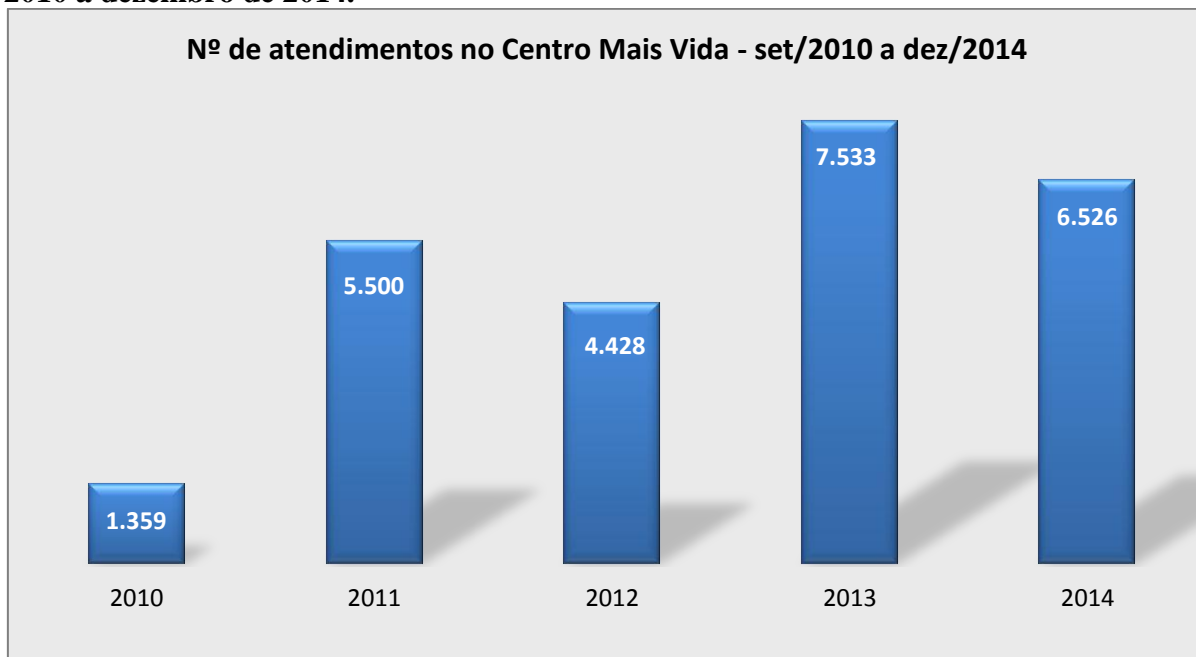
A SMSA BH, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES) e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), implementou, a partir de setembro de 2010, o Centro Mais Vida (CMV). Os critérios de encaminhamento para o Centro Mais Vida permanecem os mesmos: etário (≥ 80 anos); pessoas com 60 anos e mais que preencha os seguintes critérios: clínico-funcional: portadores de polipatologias (≥ 5); uso de polifarmácia (≥ 5 medicamentos); síndrome demencial; doença de Parkinson; sequelas neurológicas e internações recorrentes; social: residentes em áreas de alta vulnerabilidade social.

O CMV atua conforme a linha de cuidado para a pessoa idosa proposta pela SMSA BH. Visa fortalecer e otimizar o fluxo de atendimento aos idosos frágeis, bem como oferecer apoio especial às ESF/NASF. No CMV são elaborados os planos de cuidados dos idosos, com orientações e sugestões para os profissionais do centro de saúde que darão continuidade ao tratamento.

Desta forma, o CMV contribui para aumentar a resolubilidade das equipes e facilitar a detecção precoce do processo de fragilização dos idosos, com encaminhamento dos casos mais complexos para os serviços de geriatria de referência da rede. No ano de 2014 foi observada uma diminuição do número de atendimentos realizados no CMV, o que em parte, pode ser atribuído ao absenteísmo.

O Gráfico 4 mostra o número de atendimentos no Centro Mais Vida, no período de setembro de 2010 a dezembro de 2014.

Gráfico 4 - Número de atendimentos no Centro Mais Vida no período de setembro de 2010 a dezembro de 2014.



Fonte: SES/MG

Algumas estratégias estão em andamento para diminuir o absenteísmo e aumentar a captação dos idosos frágeis.

2.2.2 Projeto Cuidador /Programa Maior Cuidado

Desde 2012, a SMSA BH oferece atendimento domiciliar aos idosos frágeis em situação de semidependência e dependência funcional e em situação de vulnerabilidade social, residentes em áreas de alto risco adscritas aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Trata-se do Projeto Cuidador / Programa Maior Cuidado, uma iniciativa intersetorial inovadora, coordenada pela Secretaria Municipal de Adjunta de Assistência Social (SMAAS), com a co gestão e participação ativa da SMSA BH e o acompanhamento da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS). Participam do projeto 53 Centros de Saúde e 26 CRAS.

A gestão compartilhada do Projeto Cuidador, entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social, com ações convergentes e concentração de esforços, tem materializado o conceito de intersetorialidade. Existem ainda muitos desafios a serem enfrentados. A entrada do profissional cuidador de idosos nas residências tem evidenciado os riscos aos quais os idosos estão expostos. Tem, também, revelado graves situações de violência contra os mesmos, exigindo estratégias urgentes do Poder Público para o enfrentamento à violência, que garantam a proteção e os direitos da pessoa idosa, sobretudo o direito à vida.

O Ministério da Saúde selecionou e premiou o Projeto Cuidador/Programa Maior Cuidado, pelo Concurso de Mapeamento de Experiências Estaduais e Municipais, no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa no ano de 2013. Este processo foi conduzido pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, Departamento de Atenção Especializada e Temática e Secretaria de Atenção à Saúde, considerando os critérios: alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, caráter inovador, reprodutibilidade em outras realidades, relevância dos resultados para qualificar a gestão.

Os resultados do Projeto Cuidador, são acompanhados por meio de reuniões bimestrais com os CS e Gerência de Atenção à Saúde (GERASA) dos distritos, e do monitoramento de planilhas mensais de produção e quadrimestrais de avaliação funcional dos idosos atendidos.

A Tabela 1 apresenta os principais resultados alcançados pelo Projeto Cuidador em 2014.

Tabela 1 - Principais resultados alcançados pelo Projeto Cuidador. Belo Horizonte, 2014

Especificação	Nº de Atendimentos
Idosos atendidos	614
Idosos dependentes	241
Idosos semidependentes	373
Idosos incluídos	160
Idosos reinseridos	20
Idosos desligados do projeto	198

Fonte: SMSA-BH e SMAAS

Foram atendidos 614 idosos, sendo que 373 (58,1%) pessoas eram semidependentes e 241 (39,25%) dependentes para o auto cuidado. O projeto demonstra a fragilidade clínica dos idosos e a importância do cuidado no domicílio, além de favorecer a implementação do plano cuidados elaborado pelas ESF/NASF e a melhoria da qualidade do cuidado no domicílio. Em 2014, foi firmado convênio com o instituto Obras Sociais Frei Gabriel, parceiro da PBH na execução do Programa, havendo uma interrupção do atendimento aos idosos por um período de três meses, comprometendo o resultado do projeto em número de atendimentos. Um grande avanço em 2014 foi a publicação do Código de Conduta do Cuidador de Idosos que atua no programa.

2.3 Condições Crônicas:

2.3.1 Diabetes Mellitus

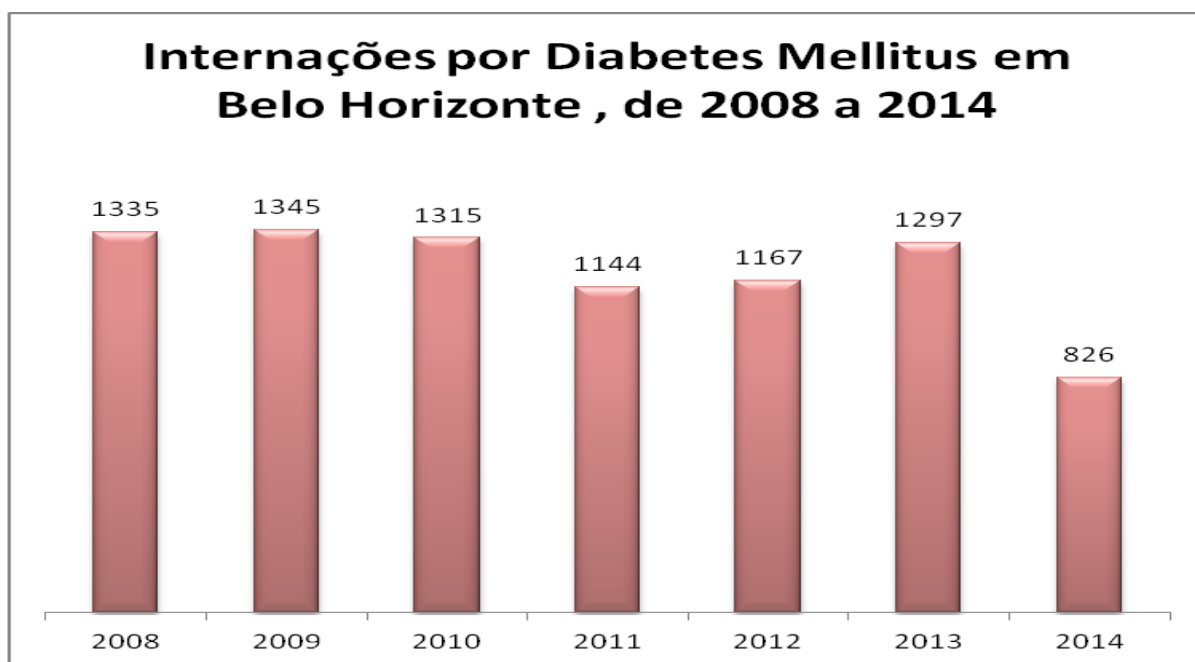
Estima-se que 5,9% da população de BH seja diabética, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, existem aproximadamente 4.500 mil pessoas cadastradas com Diabetes Mellitus Tipo 1 e 20.500 mil pessoas com Diabetes tipo 2 usuárias de insulina no SISREDE. Em Belo Horizonte há avanços significativos na prevenção e tratamento do diabetes. Atualmente, é disponibilizado às pessoas com diabetes recursos terapêuticos em qualidade e quantidade adequada a uma assistência de excelência. Isto ampliou o acesso da população diabética a tais recursos essenciais, reduzindo também o impacto dos custos deste tratamento no orçamento familiar.

Dentre esses recursos, destaca-se o aumento do fornecimento de fitas para monitorização da glicemia capilar, especialmente para o grupo de crianças, assim como para os diabéticos tipo 2 em uso intensivo de insulina.

Foi incorporado ainda o fornecimento da Insulina Ultra-rápida (cerca de 3.400 diabéticos têm sido beneficiados com esse recurso), além da melhora da qualidade das seringas para aplicação da insulina, com a incorporação de seringas siliconadas com agulhas de 8 e 6 mm acopladas. Tais medidas são essenciais para o controle glicêmico e a prevenção de complicações agudas e tardias do Diabetes, o que já pode ser evidenciado na redução da taxa de internação por descontrole da doença.

O Gráfico 5 mostra o número de internações por diabetes no período de 2008 a novembro de 2014.

Gráfico 5 - Total de internação por Diabetes Mellitus em Belo Horizonte, 2008 a novembro de 2014



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

A SMSA BH reorganizou os fluxos de distribuição de insumos para os pacientes diabéticos tipo 2 em uso de insulina, diabéticos tipo 1, diabéticos tipo Lada e diabéticas gestacionais. Os objetivos desta alteração nos fluxos foram os de garantir a utilização racional dos insumos, a equidade no acesso aos mesmos, incentivar a auto monitorização e o auto cuidado, buscar maior controle na distribuição dos insumos e uma maior responsabilização dos profissionais de saúde neste processo. A partir de novembro de 2014, toda a distribuição dos insumos de diabetes tornou-se exclusivamente informatizada, via SISREDE, através da farmácia de cada centro de saúde.

Todas as solicitações de insumos são atendidas de acordo com o protocolo da SMSA BH, através de prescrição pelo profissional que assiste ao usuário. Foram capacitados 582 profissionais (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) dos nove distritos sanitários sobre

a utilização dos recursos atualmente disponíveis para o cuidado do diabético, como manuseio das canetas de insulina lispro, agulhas e seringas, técnicas de aplicação de insulina e dúvidas relacionadas à doença diabetes.

Como em todos os anos, foi realizado no Terminal Rodoviário de BH, um evento em alusão ao Dia Mundial do Diabetes. Foram atendidas cerca de 500 pessoas, com avaliação do risco de se desenvolver o diabetes em 10 anos, medida da glicemia capilar, aferição da pressão arterial, orientações nutricionais, de saúde bucal e para a prática de exercício físico. Para as pessoas sabidamente diabéticas, foram repassadas as orientações sobre uso correto da insulina, avaliação dos pés, levantamento de necessidades em saúde bucal e exame do fundo de olho.

2.3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

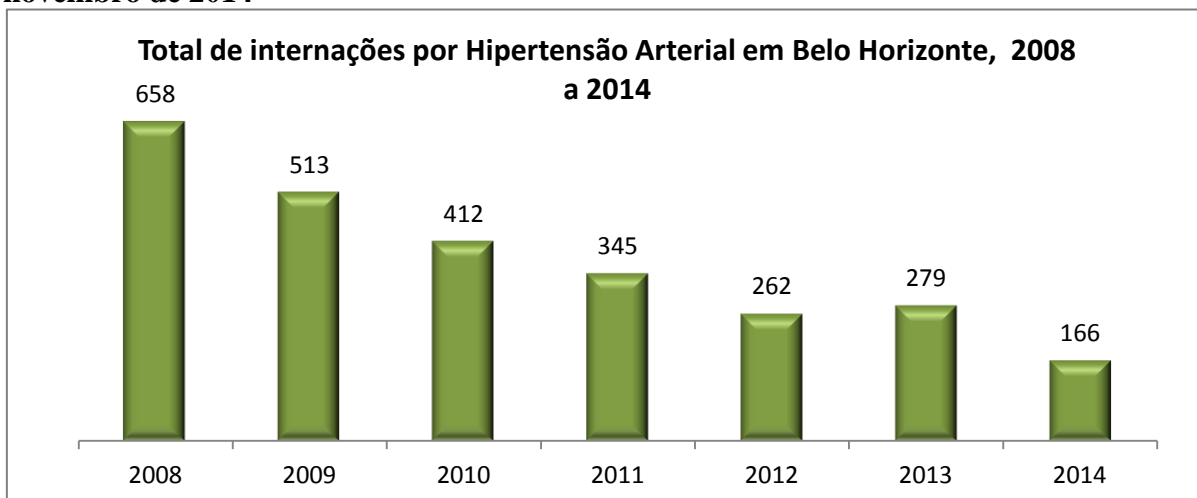
A hipertensão é uma doença de alta prevalência (média de 32,5% da população acima de 30 anos) e baixas taxas de controle. Sua prevalência aumenta com a idade. A doença acomete mais de 50% das pessoas entre 60 e 69 anos. Cerca de 75% das pessoas acima de 70 anos de idade possuem hipertensão. É considerada uma doença que possui os fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

A porta de entrada para o controle das doenças crônicas é o Centro de Saúde. Os usuários são acompanhados por consultas individuais pelos profissionais das equipes (médico, enfermeiro, dentista) e por ações coletivas. Os usuários são também estimulados pelos profissionais da equipe da Saúde da Família, do NASF, Lian Gong e academias da cidade para as práticas saudáveis. As mudanças no estilo de vida são recomendadas, notadamente aos indivíduos com Pressão Arterial (PA) limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular.

Hábitos saudáveis de vida são estimulados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

O Gráfico 6 mostra uma redução no número de internações por hipertensão nas pessoas residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a novembro de 2014.

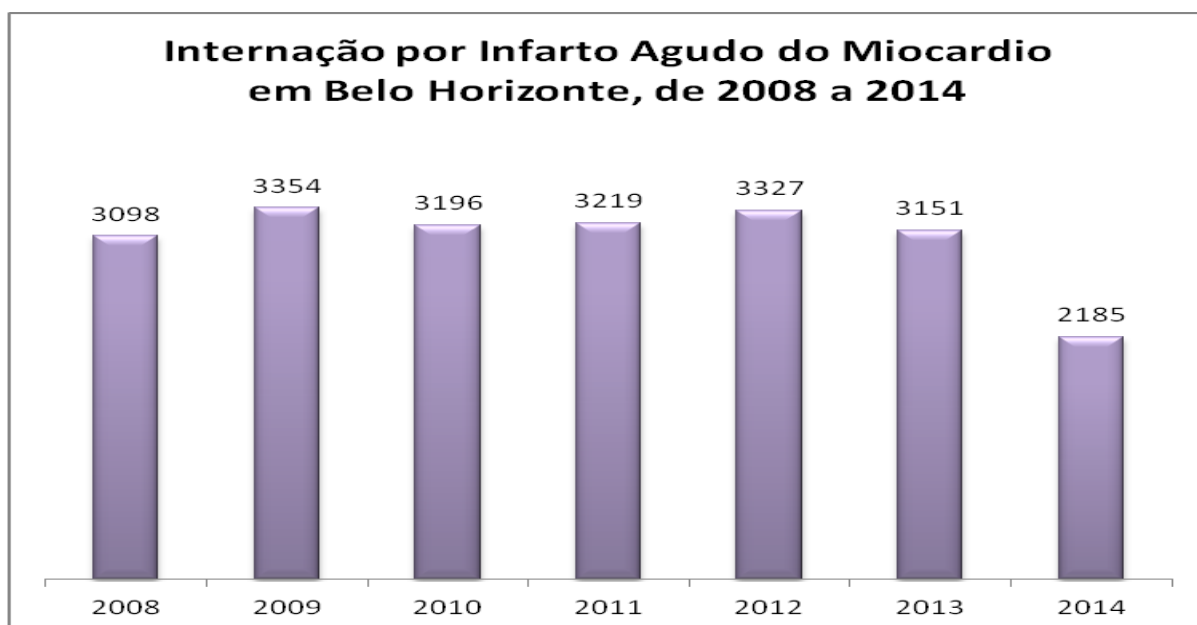
Gráfico 6 - Internações por Hipertensão Arterial Sistêmica - Belo Horizonte, 2008 a novembro de 2014



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

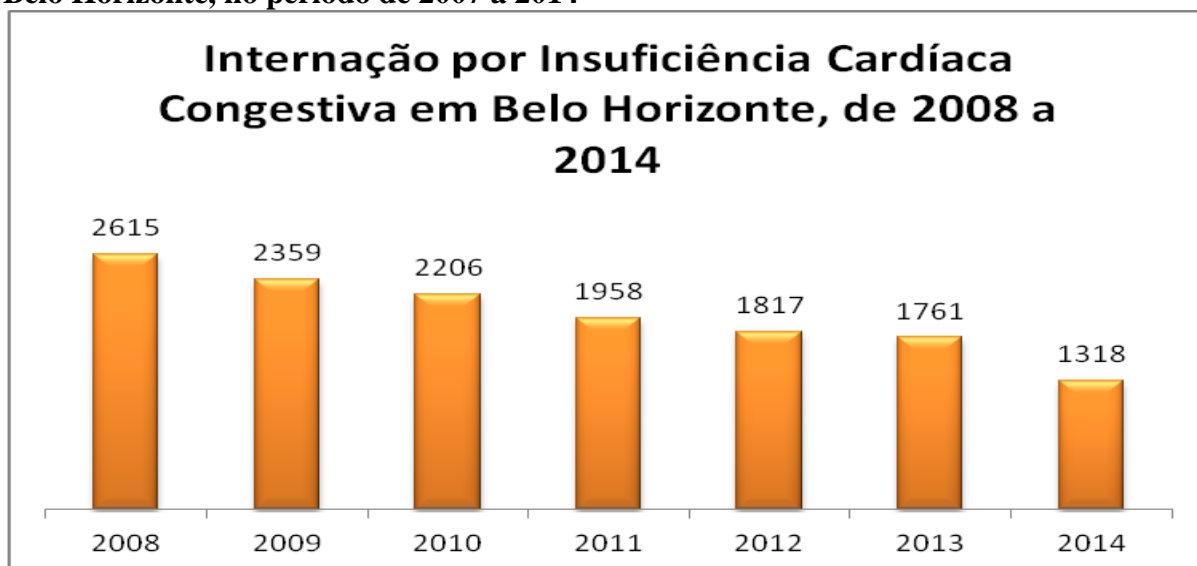
Os Gráficos 7, 8, 9 demonstram a importância da abordagem adequada e oportuna da hipertensão na Atenção Primária, visando impactar positivamente nos eventos cardiovasculares mais importantes.

Gráfico 7 - Internações por Infarto em residentes de BH, período 2008-2014



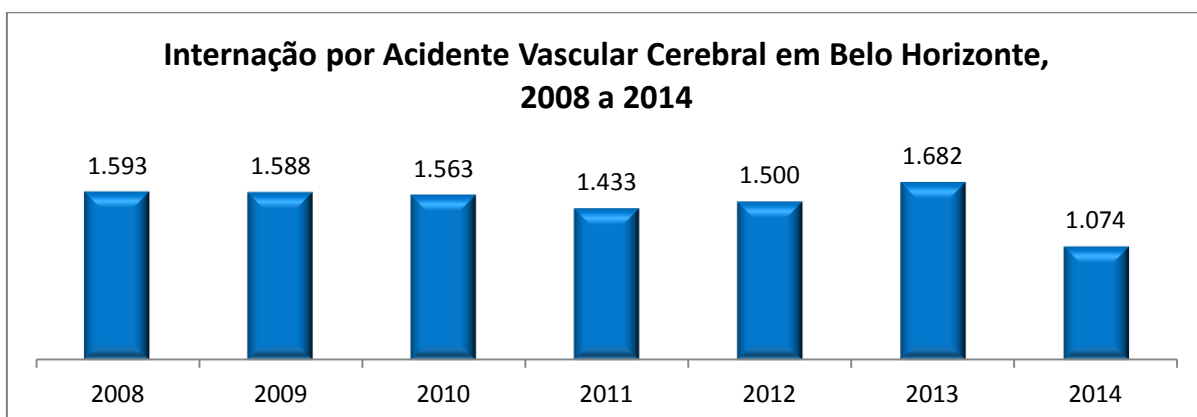
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 8 - Total de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva em residentes de Belo Horizonte, no período de 2007 a 2014



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

Gráfico 9 - Total de internação por Acidente Vascular Cerebral não especificado (hemorrágico/isquêmico) em residentes de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014



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

2.3.3 Controle da Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa com profundas raízes sociais. O controle da doença exige interfaces de trabalho com vários setores da SMSA BH: Gerência de Epidemiologia e Informação, Coordenação de Saúde Mental (Consultórios na Rua e Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM), Coordenação de Saúde Sexual e reprodutiva,

referência de População Privada de Liberdade, referência da População em Situação de Rua, Gestão Clínica, NASF e Gerência de Apoio Diagnóstico.

Os Comitês Distritais de Controle da TB destacam-se como eixo estratégico, mantendo a doença como pauta prioritária nos distritos, além de monitorar as atividades realizadas pelos centros de saúde. São realizadas 02 reuniões anuais de planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos comitês. As capacitações atualizam e esclarecem dúvidas dos profissionais da rede municipal em relação às diretrizes que norteiam o tratamento da pessoa com TB. Essas capacitações ocorrem em caráter permanente, totalizando 2.672 participantes desde 2010. Em 2014, 373 profissionais de nível superior e 114 de nível médio foram capacitados. O cuidado da pessoa com TB é protagonizado pelos farmacêuticos do NASF. Os usuários são acompanhados mensalmente pelos farmacêuticos que são os “gestores dos casos” nos CS.

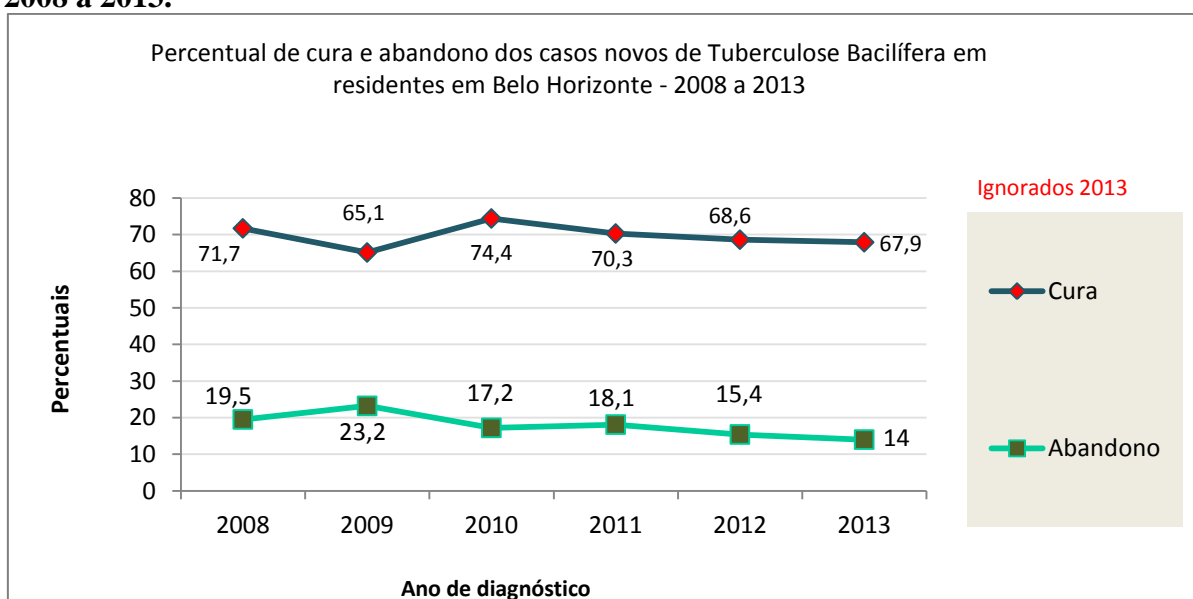
O município de Belo Horizonte estabeleceu, em 2014, uma parceria com o Ministério da Saúde para a implementação de uma nova tecnologia para o diagnóstico da tuberculose - o Teste Rápido Molecular. O equipamento foi doado no final do ano e sua implantação já está sendo realizado através de adequação de todo o fluxo de realização do teste, adequação do laboratório municipal, capacitação dos profissionais e divulgação na rede. Foi realizada uma capacitação sobre o Teste Rápido Molecular para tuberculose com a participação de 226 profissionais de nível superior que serão responsáveis por multiplicar o conteúdo em seus locais de trabalho. O objetivo deste teste é agilizar o resultado dos exames e identificar mais precocemente os casos de resistência.

Em relação às ações de biossegurança, o município tem desenvolvido ações importantes, como: a instalação de filtros Hepa (Filtro de Ar com Alta Eficiência na Separação de Partículas) em todas as salas de isolamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de forma a proporcionar maior segurança para os profissionais no manejo dos pacientes com suspeita de TB; parceria com o Hospital Julia Kubistchek e Hospital das Clínicas da UFMG. Foram doadas algumas unidades do equipamento supracitado para realização de escarro induzido e outras para serem instaladas nas enfermarias da Ala G do Hospital Julia Kubistchek, que atende os casos complexos e resistentes de TB no Estado de Minas Gerais. O exame de escarro induzido é importante para o diagnóstico e acompanhamento dos usuários que não conseguem produzir escarro. Somente locais com certificação podem realizar tal procedimento.

Desde dezembro de 2013 foi implementada uma estratégia para estimular a adesão ao tratamento para alguns casos complexos de tuberculose, com história de múltiplos abandonos. Consiste em atendimentos compartilhados com as referências técnicas que fazem o controle da tuberculose e a Equipe de Saúde da Família de referência. O Ministério da Saúde conduziu uma oficina, com a participação de diversos atores da rede, e construiu uma proposta para integrar o “Projeto de Ações Contingenciais para Enfrentamento da TB em Municípios Selecionados”. A finalidade foi a obtenção de auxílio financeiro para o desenvolvimento de ações que aumentem o percentual de cura e diminuam o de abandono do tratamento em Belo Horizonte. A referida proposta inclui a contratação de Recursos Humanos para atuarem nos centros de saúde e distritos sanitários, desenvolvendo as ações planejadas. Estas contratações já foram iniciadas em dezembro de 2014. Também haverá uma pesquisa para identificar os fatores que predisõem o abandono de tratamento da pessoa residente em Belo Horizonte.

Os dados evidenciados na série histórica, ilustrada no Gráfico 10 apontam uma tendência linear dos indicadores de cura e de abandono. Este resultado ainda está aquém dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde (mais de 85% de cura e menos de 5% de abandono). Em 2013, a taxa de abandono do tratamento (14%) foi a menor do período analisado. Por outro lado, o indicador de cura alcançado em 2013 reduziu para 67,9%.

Gráfico 10 - Avaliação do percentual de cura e abandono dos casos novos de Tuberculose Bacilífera em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2008 a 2013.



Fonte: SMSABH/GVSI\GEEPI\SINAN – Dados tabulados Tabwin em 17/09/14

A Tabela 2 retrata a variabilidade das taxas de cura e abandono do tratamento dos casos novos de TB por Distrito Sanitário, no ano de 2013. Os dados correspondentes ao ano de 2014 ainda não estão consolidados, uma vez que alguns casos ainda se encontram em tratamento, inviabilizando a análise deste período. Apesar do município de Belo Horizonte estar envidando esforços no sentido de melhorar os indicadores do controle da tuberculose, é fato conhecido que este controle não depende apenas de fatores intrínsecos da assistência e da organização dos serviços. Por se tratar de uma doença com profundas raízes sociais, necessita de ações intersetoriais que visem à melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo assim os determinantes sociais da doença.

Tabela 2 - Percentual de cura e de abandono dos casos novos de Tuberculose Bacilífera, por distrito sanitário, residentes em Belo Horizonte – 2013

Distrito Sanitário	% Cura	% Abandono
Barreiro	71,9	9,4
Centro Sul	60,9	21,7
Leste	71,2	11,5
Nordeste	73,2	9,8
Noroeste	82,1	3,6
Norte	65,5	17,2
Oeste	66,7	15,2
Pampulha	64	16
Venda Nova	78,1	18,8

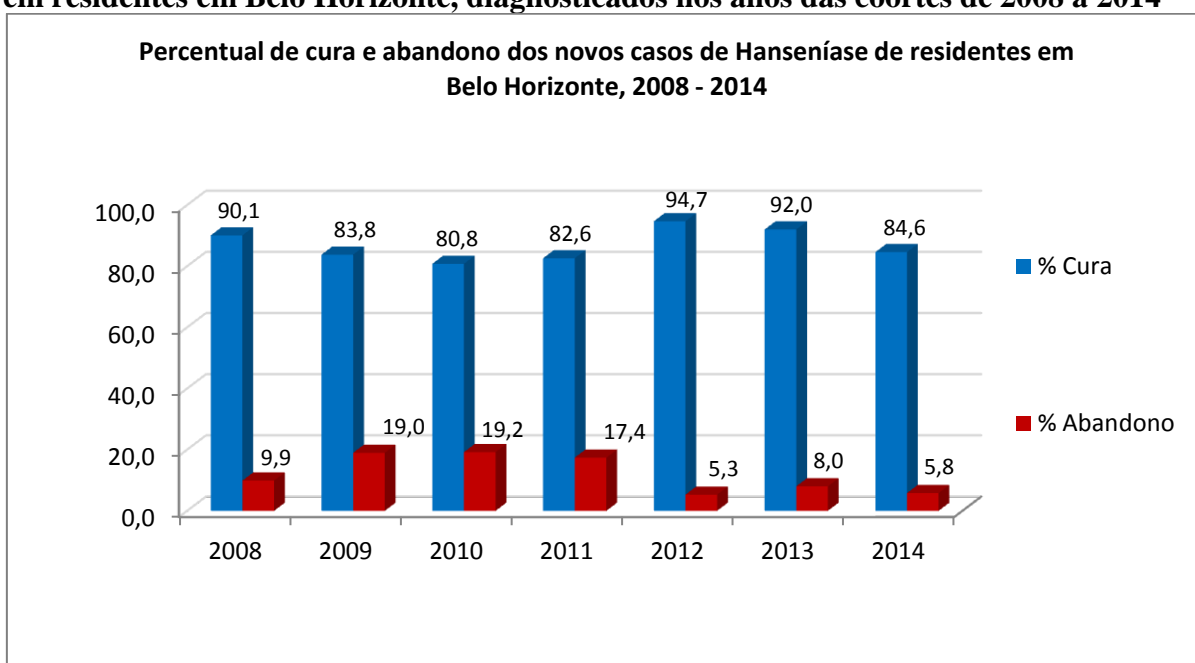
Fonte: SMSA BH/GVSI\GEEPI\SINAN – Dados tabulados Tabwin em 15/01/2015

2.3.4 Controle da Hanseníase

Em 2014, o controle da Hanseníase se deu por meio da realização de discussões e visitas aos Distritos Sanitários, reuniões para pactuação de ações e contatos permanentes para discussão de casos e encaminhamentos. Como em todos os anos, foram realizadas as capacitações para a Atenção Primária pelo Hospital Eduardo de Menezes, com o objetivo de atualizar os profissionais quanto às diretrizes do controle da Hanseníase, diagnóstico e tratamento. Essas capacitações ocorrem em caráter permanente e são realizadas 02 vezes ao ano. A participação dos profissionais do NASF e das equipes dos centros de saúde tem sido estimulada. São priorizados aqueles locais com muitos casos e com indicadores mais desfavoráveis em relação ao Controle da Hanseníase, como por exemplo, baixo número de contatos examinados. Estão sendo revistos o protocolo de atendimento, bem como o

fluxograma. Foram confeccionados e distribuídos cartazes e folders. Está em fase de finalização, a construção de uma cartilha para os ACS em parceria com a equipe de referência em Hanseníase do Hospital das Clínicas. O Gráfico 11 mostra os percentuais de cura e abandono das coortes de tratamento relativas aos anos de 2008 a 2014* (dados parciais). A coorte do tratamento refere-se aos casos novos classificados como paucibacilares diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e todos os casos novos de Hanseníase classificados como multibacilares diagnosticados nos dois anos anteriores ao ano de avaliação.

Gráfico 11 - Avaliação do percentual de cura e abandono dos casos novos de Hanseníase, em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados nos anos das coortes de 2008 a 2014



Fonte: GVSI/GEEPI/SMSA/PBH/SINAN – 13/01/2015- Obs.: Dados sujeitos a alterações.

Os indicadores de cura e de abandono estão entre os percentuais de 80,8% a 94,7% e 5,3% a 19,2%, respectivamente. O Ministério da Saúde estabelece como parâmetro a ser alcançado, um percentual de cura igual ou superior a 90% dos casos.

Outro indicador importante a ser avaliado é o percentual de contatos examinados. A Tabela 3 ilustra a oscilação no resultado desse indicador. O Ministério da Saúde preconiza que 80% dos contatos registrados sejam examinados. Até o ano de 2012, o município conseguiu atingir este parâmetro. A partir de 2013 houve uma queda nesse indicador.

O ano de 2014 ainda não pode ser avaliado, pois não há registros de pessoas diagnosticados nos últimos meses do ano. Os profissionais dos centros de saúde ainda não tiveram tempo hábil para fazer a busca dos contatos. Esses resultados apontam para um bom desempenho do município em relação ao Controle da Hanseníase. No entanto, ressalta-se a importância do aprimoramento, ampliação das ações de vigilância ao agravo e do monitoramento e acompanhamento dos serviços assistenciais no controle da doença.

Tabela 3 - Percentual de contatos examinados de casos novos de Hanseníase, por ano de diagnóstico, residentes em Belo Horizonte, 2010 a 2014*

Ano	2010	2011	2012	2013	2014 ^(*)
Percentual	84	80,1	90,4	69,5	57

Fonte: GVSI/GEEPI/SMSA/SINAN – (*) Dados sujeitos a alterações.

Estudos de distribuição da doença mostram a relação existente entre a incidência da Hanseníase e as condições de vida da população, especialmente quando são incluídos fatores de gravidade da doença. É importante ressaltar o esforço da SMSA BH, em parceria com os hospitais de referência, no sentido de buscar o controle da doença no município, bem como garantir o tratamento adequado, reabilitação das sequelas e reações apresentadas pelas pessoas e busca e avaliação de contatos.

2.4 Atenção à saúde da Criança e do Adolescente

Em Belo Horizonte, os cuidados com a atenção à saúde da criança são iniciados muito antes dela nascer.

2.4.1 Comissão Perinatal

A Comissão Perinatal contribui no monitoramento dos indicadores de estrutura, processo e resultado relacionados à atenção ao período perinatal do município. Isto envolve a atenção pré-natal e ao recém-nascido, a ambiência das maternidades, o processo assistencial

no trabalho de parto e nascimento. Todo este movimento resulta na implantação das práticas baseadas em evidências científicas e indicadores, como a taxa de cesárea e de transferência de mulheres em trabalho de parto, dentre outros.

O objetivo da Comissão Perinatal é garantir o direito da mulher e do recém-nascido a uma assistência humanizada e respeitosa. As ações desenvolvidas instrumentalizam a gestão no aprimoramento da assistência à gestante, à parturiente, ao recém-nascido e à puérpera, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna, fetal e infantil evitável.

Na Tabela 4 são apresentados os números de internações por procedimentos de obstetrícia de residentes em Belo Horizonte nos anos de 2010 a 2014.

Tabela 4 - Número absoluto de internações para procedimentos de obstetrícia de residentes de Belo Horizonte, 2010-2014.

Especificação	2010	2011	2012	2013	2014¹
Internações gravidez, parto e puerpério SUS de residentes em BH	21.624	20.928	21.061	20.589	17.329

Fonte: AIH

¹ Dados parciais - jan./2015

Desde 2009 observa-se migração da população usuária da saúde pública para a saúde suplementar possivelmente devido ao aumento do acesso da população de classes sociais mais baixas aos planos de saúde. Com isso, houve uma tendência de queda no número de internações para procedimentos obstétricos no SUS, com estabilização em 2010, 2011 e 2012. Os Comitês de Prevenção de Óbitos Materno, Fetal e Infantil subsidiam as ações da Comissão Perinatal por meio da sua atuação com a investigação e análise dos óbitos potencialmente evitáveis pelas ações de saúde. São investigados todos os óbitos maternos (ocorridos durante a gravidez, no parto/aborto ou até um ano após o parto/aborto) e de mulher em idade fértil (10 a 49 anos) de residentes em Belo Horizonte (Tabela 5). Também são investigados os óbitos fetais e infantis visando priorizar as mortes com maior potencial de prevenção com a adequação da assistência no pré-natal, no parto e ao recém-nascido, seja na maternidade, na atenção básica e na especializada. São investigados os óbitos fetais e neonatais (até 27 dias de

vida) com peso ao nascer igual ou maior que 1000g e todos os pós-neonatais (28 dias a 1 ano de vida incompleto).

A partir de maio de 2013, os óbitos fetais e neonatais com peso ao nascer menor que 1000g estão sendo investigados por meio de uma metodologia utilizando os dados ambulatoriais e hospitalares. A investigação de óbitos de mulher em idade fértil tem por objetivo resgatar os casos de óbitos maternos que não foram revelados na Declaração de Óbito. Esta não declaração de óbito leva a subestimativa desse evento e reflete a necessidade de melhorar a notificação destes óbitos por parte dos serviços e dos médicos no "Atestado de Óbito".

Tabela 5 - Investigação de óbitos maternos, fetais, infantis e mulheres em idade fértil, residentes em Belo Horizonte - 2014.

Quadrimestre	% Óbitos infantis + fetais investigados ¹	% Óbitos maternos investigados ¹	% Óbitos mulheres idade fértil investigados ¹
1º	90,6	100	92,9
2º	72,3	100	77,1
3º	56,9	100	50

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ¹ Dados parciais

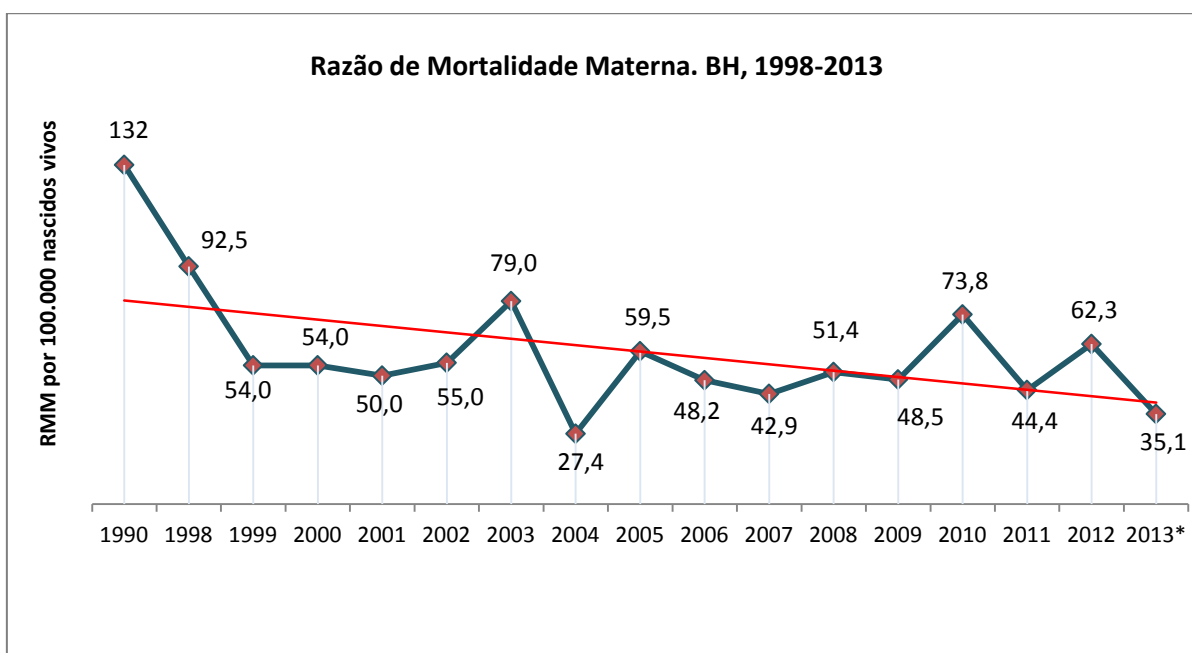
A razão de mortalidade materna de BH vem apresentando uma tendência de queda, passando de 92,5 em 1998, para 35,1 em 2013 (Gráfico 12).

Esse indicador reflete a melhoria de acesso e assistência à saúde das gestantes e ao esforço para implantação das boas práticas de assistência ao parto que impactam na mortalidade materna, fetal e infantil do município. A variação dessa medida a cada ano ocorre devido ao pequeno número de casos de óbitos maternos que torna esse indicador sensível a cada caso de óbito ocorrido.

Na análise da morte materna verifica-se relação estreita com a atenção à saúde e o predomínio das causas diretas de óbito. Neste sentido destacam-se: a abordagem da saúde

sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez indesejada e da gestação de risco; a qualificação da atenção pré-natal e atenção à gestação de risco; as falhas na assistência ao parto e na assistência na maternidade; os problemas na atenção ao puerpério e os problemas sociais/familiares/uso de drogas.

Gráfico 12 - Razão da Mortalidade Materna em Belo Horizonte - 1998 a 2013.



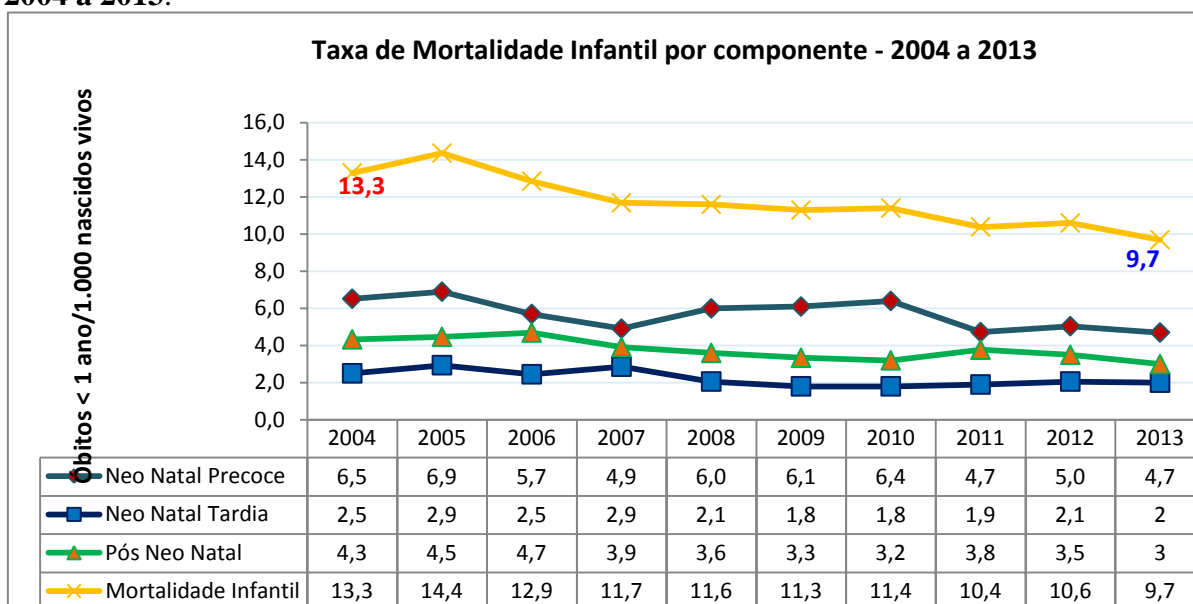
Fonte: Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil–BH Vida

1990: 132,0/ 100.000 (fator correção 2,5)

1998: 92,5/ 100.000 (fator correção 1,4)

A mortalidade infantil passou de 34,6 para 9,7 por 1.000 nascidos vivos entre 1993 e 2013 (Gráfico 13) e o componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) apresenta a maior taxa, apontando os desafios para a qualificação da atenção pré-natal, ao parto e nascimento e ao recém-nascido. As principais causas de mortalidade são as afecções perinatais. Destacam-se a prematuridade, a asfixia durante o parto e infecções maternas, pelo seu grande potencial de prevenção.

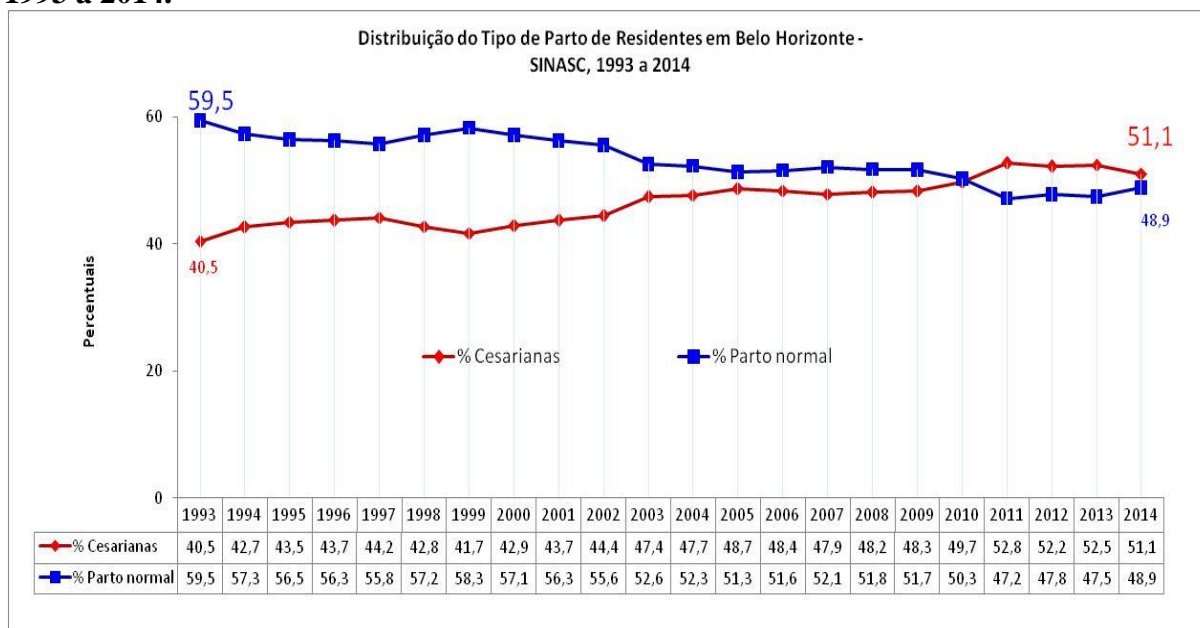
Gráfico 13 - Mortalidade Infantil por componente em Belo Horizonte, no período de 2004 a 2013.



Fonte: GEEPI/SIMBH/SINASC

Existe uma tendência de aumento das taxas de cesariana no município, em decorrência das práticas no setor de saúde suplementar (Gráfico 14).

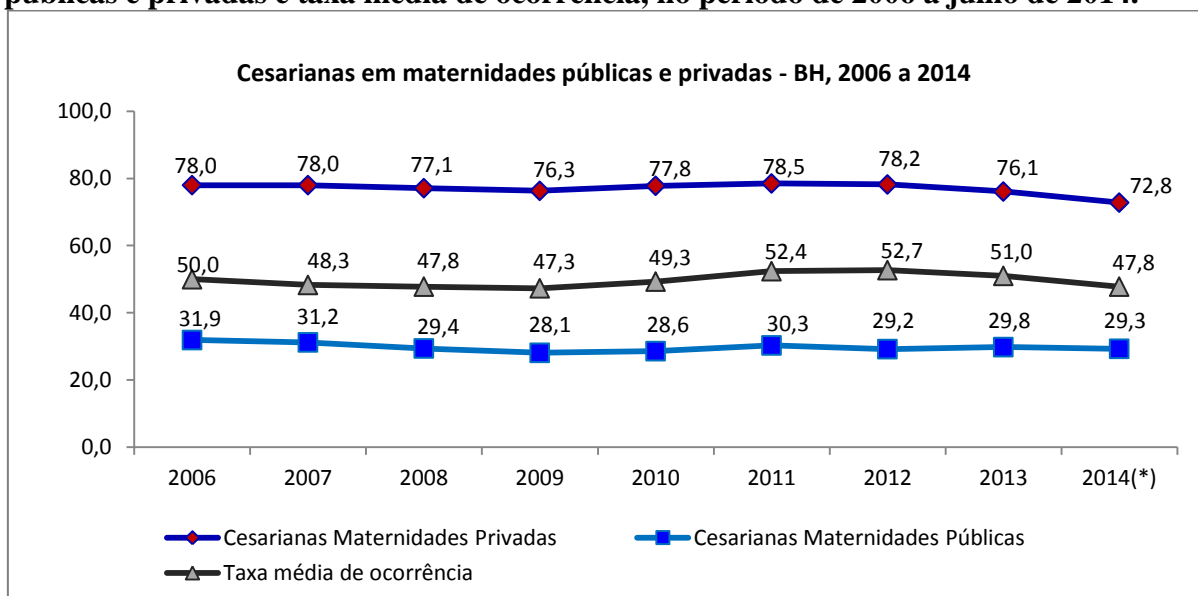
Gráfico 14 - Distribuição do tipo de parto de residente em Belo Horizonte no período de 1993 a 2014.



Fonte: SINASC

Por outro lado, no SUS-BH as taxas de cesariana vêm apontando uma estabilização ou mesmo decréscimo, reflexo das medidas adotadas pela Comissão Perinatal e Regulação junto às maternidades, que vêm se organizando para implementar as práticas que favorecem o parto normal. Os índices de cesariana estão em torno de 29,8%, menor que a média nacional do SUS, de 40% e uma das mais baixas entre as capitais do país (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Percentual de cesarianas ocorridas em Belo Horizonte em maternidades públicas e privadas e taxa média de ocorrência, no período de 2006 a julho de 2014.



Fonte: SINASC

Um conjunto de outras ações relacionadas à Comissão Perinatal foram desenvolvidas: dois cursos de Formação de Doulas Comunitárias para o SUS-BH no Hospital Odilon Behrens e no Hospital das Clínicas; estande BH pelo Parto Normal na Feira da Gestante e do Bebê em fevereiro, julho e novembro; estande BH pelo Parto Normal na feira de artesanato da Avenida Afonso Pena, mensalmente; seminário de Prevenção da Morte Materna no dia 28 de maio no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; curso de multiplicadores do BH pelo Parto Normal na PUC-Barreiro para alunos da graduação; curso de multiplicadores do BH pelo Parto Normal para o PSE; curso de multiplicadores do BH pelo Parto Normal no Distrito Norte; exibição do filme Renascimento do Parto, sessão comentada em cinemas (Belas Artes e SESI-Palladium), universidades (Pontifícia Universidade Católica / Barreiro, Faculdade de Educação e Faculdade de Medicina da UFMG) e Banco do Desenvolvimento de

Minas Gerais; pactuação com a rede de atenção primária e maternidade da Alta Responsável e continuidade do cuidado com visita domiciliar até 72 horas; manutenção das redes sociais do BH pelo Parto Normal (Facebook, blog e site).

Em novembro de 2014, no Ministério Público houve um seminário de Segurança do Paciente na Atenção Obstétrica e Neonatal. Neste evento houve a assinatura do Termo de Cooperação Técnica com o Ministério Público para implementação das boas práticas baseadas em evidências científicas e redução das taxas de cesariana e de prematuridade iatrogênica nas maternidades de BH, incluindo as maternidades privadas. Além da distribuição de cartazes e material de divulgação produzidos em anos anteriores (cartilha da gestante, folder do BH pelo Parto Normal, 10 passos para o parto normal, direito ao acompanhante da mulher e do bebê na internação para o parto e nascimento, 5º dia de saúde integral, Doulas Comunitárias do SUS BH), houve a confecção do cartaz “Caminhando para o Parto Normal”.

2.4.2 Aspectos gerais da atenção à Saúde da Criança e Adolescente

De acordo com o CENSO IBGE 2010, Belo Horizonte apresenta uma população de 2.375.151 de habitantes. Deste total, 278.079 (11,7%) é constituída de crianças de 0 a 9 anos e 411.970 (17%) de adolescentes de 10 a 19 anos. A Organização Mundial de Saúde considera a adolescência o período de vida de 10 a 19 anos de idade. Juntos, as crianças e adolescentes somam 29% da população e precisam ter seus direitos garantidos à saúde.

De acordo com a Constituição Federal e Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), “a criança e o adolescente têm direito a proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Assim, reconhecidos na condição de sujeitos de direitos e sujeitos em desenvolvimento, crianças e adolescentes devem ter garantia de prioridade absoluta das políticas públicas com primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas, destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Com relação à política de Atenção à Saúde da Criança, no segundo semestre de 2014, foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite, a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Esta política foi construída com a participação colegiada de representantes das instâncias federal, estadual e das capitais. Tem como objetivo retomar a priorização da Saúde da Criança na agenda de saúde pública brasileira em todos os estados e municípios.

Considera-se um avanço importante, a publicação da Portaria Nº 1.082, de 23/05/14, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Esta Portaria foi definida a partir das orientações da Lei nº 12594/2012 (“Lei do SINASE”) e amplia os recursos, a partir de um Plano Operativo Municipal habilitado no Ministério da Saúde, para qualificar essa atenção no município. O Plano Operativo de Belo Horizonte foi aprovado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e, no momento, está sendo aguardada a habilitação pelo Ministério da Saúde.

A SMSA-BH, em consonância com as diretrizes políticas nacionais, vem trabalhando no sentido de ampliar e qualificar a atenção à saúde de crianças e adolescentes. Esse trabalho busca o reconhecimento dos principais problemas e agravos que afetam à saúde desta população e os desafios na assistência à saúde. Isto começa pela atenção à saúde sexual e reprodutiva, atenção ao pré-natal, parto e nascimento, desafios na realização da “Primeira semana, Saúde Integral” e da importante atenção de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Ainda, a atenção às demandas de readequação da rede assistencial e de integração e articulação com a rede intersetorial na busca de um processo permanente de diagnóstico, planejamento e desenvolvimento de ações prioritárias direcionadas para as condições de maior vulnerabilidade clínica e social. Muitos avanços foram obtidos com a implantação e , para menos de dois dígitos (9,7) e a redução das taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária.

2.4.3 Cuidados na Primeira Infância:

Em outubro de 2014, no dia da comemoração pela redução da mortalidade infantil (de 13,1 por mil nascidos vivos em 2012, para 9,7 em 2013), foi lançada pelo Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a estratégia “Você Nasceu a Saúde te Abraça”! A Figura 2 ilustra a logomarca.

Figura 2 - Logomarca da estratégia "VOCÊ NASCEU A SAÚDE TE ABRAÇA", da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 2014.



Esta estratégia pretende promover e proteger a saúde da criança, mediante a qualificação da atenção e cuidados integrados, da gestação aos seis primeiros anos de vida, propiciando assim, especial atenção à criança na primeira infância, com ênfase à população de maior vulnerabilidade. Visa à redução da morbimortalidade com fortalecimento do Plano de Redução da Mortalidade Infantil e promoção de um ambiente facilitador à vida, que ofereça às crianças condições dignas de existência e desenvolvimento pleno. A implementação da estratégia "Você Nasceu a Saúde te Abraça" será feita, primeiramente nos centros de saúde envolvidos na expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) para a Educação Infantil (UMEI). Considerando que a coordenação do cuidado é um princípio básico da Atenção Primária, por meio desta estratégia, espera-se qualificar e rever as linhas de cuidados de atenção à saúde da criança na primeira infância e contribuir para a atenção humanizada no pré-natal, parto e nascimento; atenção ao crescimento e desenvolvimento pleno e harmonioso da criança; prevenção do óbito infantil e fetal, prevenção de acidentes, violência e promoção da cultura da paz, com ênfase na qualificação da Rede Cegonha, das ações da Primeira

Semana Saúde Integral (visita domiciliar e quinto dia saúde integral); da linha de cuidado de crianças em situações de violências; da atenção à criança na urgência e emergência, da atenção à criança com deficiência e com doenças crônicas, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, da atenção à saúde nutricional da criança com incentivo e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar equilibrada; da imunização e da atenção à saúde da criança em condições de vulnerabilidade. Um conjunto de ações de qualificação das linhas de cuidado de atenção aos bebês foi desenvolvido na rede SUS BH.

A implantação da vigilância ampliada para prevenção de Toxoplasmose na gestação e prevenção da Toxoplasmose congênita em bebês foi iniciada no final de novembro de 2014. Já foram realizadas duas videoconferências para apresentação desta iniciativa, em parceria com o Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD) da Faculdade de Medicina da UFMG. A toxoplasmose congênita é uma doença crônica que pode ser prevenida. Constitui um grave problema de saúde pública por causar abortamentos e danos neurológicos e oculares graves no recém-nascido. Em Belo Horizonte, a toxoplasmose congênita é confirmada em cerca de 50 crianças por ano, todas com sequelas oculares e/ou neurológicas graves e que demandam tratamentos e cuidados multidisciplinares por toda a vida. Para prevenção desta condição é preciso identificar no pré-natal, o mais precocemente possível, todas as gestantes que podem desenvolver a doença (as susceptíveis para toxoplasmose). Em seguida, ao longo do pré-natal fazer, de preferência mensalmente, os testes que acusam se a gestante desenvolveu a doença. Isto permite o diagnóstico e tratamento precoce da gestante, prevenindo-se, assim, a infecção fetal. A SMSA- BH e o Núcleo de Ações e Pesquisas em Apoio Diagnóstico (NUPAD) poderão identificar o mais precocemente possível o desenvolvimento da doença na gestante e realizar o tratamento oportuno, antes da infecção do feto! Para verificar a efetividade do controle da doença, todos os bebês, filhos de mães susceptíveis, deverão também fazer no Teste do Pezinho (do terceiro ao quinto dia de vida) o exame de detecção de Toxoplasmose Congênita. Ao ampliar a vigilância e monitoramento no pré-natal espera-se prevenir a doença em bebês em Belo Horizonte e reduzir os casos de Toxoplasmose Congênita.

Outra iniciativa da rede SUS-BH é a estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) Neonatal. O primeiro ano de vida da criança, sobretudo o período neonatal, é um período de grande vulnerabilidade fisiológica e imunológica, predispondo o bebê a riscos para sua saúde. Isto ocorre principalmente na presença de alguma condição

desfavorável, como prematuridade, baixo peso ao nascer, o não uso do aleitamento materno, bem como a vulnerabilidade familiar e social. Para redução da mortalidade neonatal no município, algumas ações foram propostas no Plano Municipal de Redução da Mortalidade Infantil. Dentre outras ações está a implantação do AIDPI Neonatal. Em outubro de 2013, teve início a multiplicação da estratégia com a formação de médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários Norte e Venda Nova. Em 2014, houve a formação nos Distritos Oeste, Noroeste e Centro Sul somando 160 profissionais formados na Estratégia AIDPI, NEONATAL, desde seu início em 2013.

Pela importância do acompanhamento da criança na puericultura, a Secretaria Municipal de Saúde definiu, em 2014, um grupo de indicadores de saúde relevantes que precisam ser monitorados, dentre os quais, o indicador que monitora a puericultura em menores de dois anos: “Percentual de crianças adscritas acompanhadas em puericultura nos dois primeiros anos de vida” (Indicador: número de atendimentos de puericultura (médico pediatra, de família e enfermeiro/total de crianças menores de 2 anos adscritas).

Espera-se que pelo menos 50% das crianças sejam acompanhadas. Ser acompanhada significa que a criança até completar 12 meses teve 8 consultas, das quais 4 com médico e 4 com enfermeiro e, até completar 24 meses mais duas consultas médicas. Para que seja possível a construção deste indicador o profissional precisa descrever o atendimento no prontuário eletrônico e, ao fazer a dispensa da consulta no prontuário, registrar que realizou uma consulta de puericultura. O registro destas consultas foi baixo em 2014, embora os dados ainda não estejam fechados, sendo em média 2,2 atendimentos nos dois primeiros anos de vida. No entanto, no primeiro ano de vida foram realizadas, mas sem o registro de "puericultura", 5 consultas médicas no primeiro ano e 3,6 no segundo. Assim, um trabalho importante da Estratégia “Você Nasceu, a Saúde te Abraça”, é sensibilizar profissionais dos Centros de Saúde para registrar no prontuário toda consulta realizada de puericultura, possibilitando a construção do indicador.

2.4.4 Apoio ao Aleitamento Materno e coleta de leite humano na Atenção Primária

Ações sistemáticas de incentivo ao aleitamento materno e de doação de leite humano são medidas fundamentais para prevenção de óbitos infantis por causas evitáveis e promoção

da saúde atual e futura da criança. A oferta de leite humano para bebês prematuros e com baixo peso ao nascer, retidos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatais, propicia redução da morbimortalidade e proteção à saúde desses bebês. Com o propósito de qualificar a assistência, apoiar o aleitamento materno nos centros de saúde e ampliar o volume de leite humano coletado, beneficiando maior número de prematuros, a SMSA (por meio da Coordenação de atenção à saúde da criança / GEAS e Gerência da Unidade de Referência Secundária Saúde, Distrito Sanitário Leste) vem trabalhando na expansão da implantação das Unidades de Coleta de Leite Humano nos centros de saúde.

De 2004 a 2010 sete Unidades de Coleta de Leite Humano foram criadas em centros de saúde do Distrito Leste. Em 2011, houve adesão de mais três centros de saúde das regionais Centro-Sul, Norte e Nordeste e, em 2013 e 2014, de mais três centros de saúde do Distrito Venda Nova. Assim, juntamente com a Unidade de Coleta de Leite Humano no Centro de Saúde Vila Cemig do Distrito Sanitário Barreiro em funcionamento há muitos anos, são quatorze unidades de coleta em centros de saúde, em 2014.

Todos os centros de saúde com unidades de coleta de leite humano recebem capacitação, suporte e orientações técnico-assistenciais. Este conjunto de ações é coordenado pela gerência da Unidade de Referência Secundária Saúde / Coordenação do Posto de Coleta Mama Bebê. O objetivo é qualificar a atenção às mães e bebês e ensinar a técnica de execução da coleta e armazenamento do leite dentro das normas técnicas vigentes para funcionamento de Unidade e de Posto de Coleta de leite Humano.

O leite coletado das Unidades de Coleta de Leite Humano é transportado adequadamente e armazenado no Posto de Coleta Mama Bebê, encarregado de enviar semanalmente a produção do Leite doado para o Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares para pasteurização e, posteriormente, disponibilização para os bebês prematuros das Maternidades do SUS. Como demonstrado na Tabela 6, em 2011, foram doados 134 litros de leite, em 2012 cerca de 170 litros, em 2013 quase 180 litros e, em 2014, aproximadamente 200 litros. A ampliação do número de unidades de coleta na APS para outros centros de saúde, por adesão, possibilitará a formação de uma rede integrada de apoio ao aleitamento materno e doação de leite em Belo Horizonte e beneficiar os neonatos internados em Unidades de Terapia Intensiva neonatais.

Tabela 6 - Rede de apoio ao aleitamento materno e doação de leite humano em Belo Horizonte - 2011 a 2014.

Unidades	2011	2012	2013	2014
Posto de Coleta da SMSA	1	1	1	1
Unidades de Coleta de Leite Humano (Centro de Saúde)	7	10	13	14
Volume Anual de Leite Doado	134 litros	169 litros	180 litros (aprox.)	200 litros (aprox.)

Fonte: SMSA/ URS Saudade - Posto de Coleta de Leite Humano

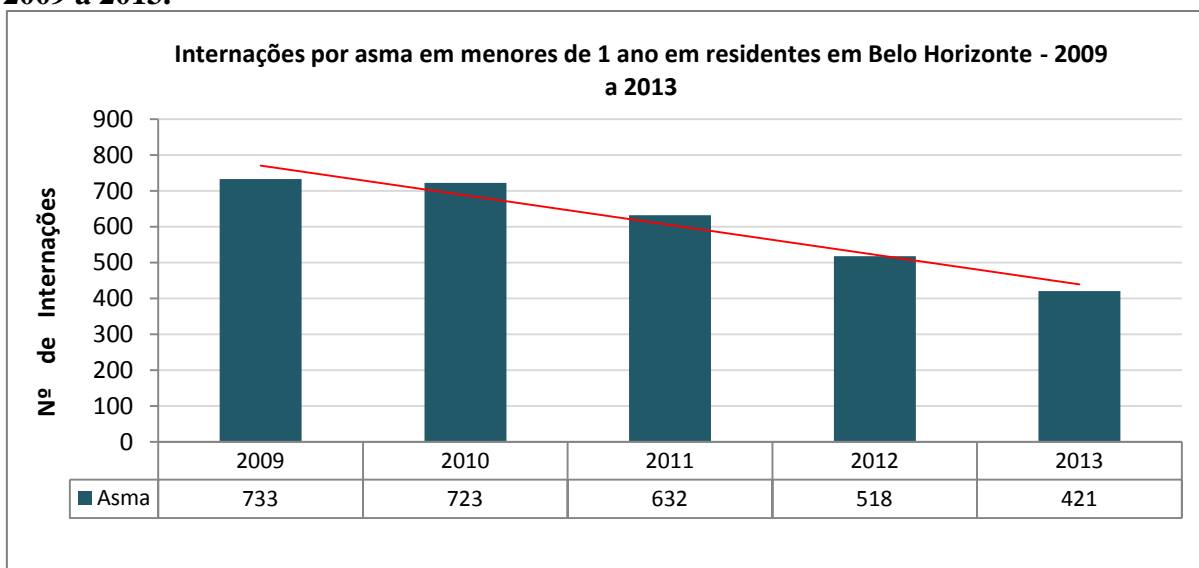
2.4.5 Atenção às crianças com Doenças Respiratórias

Em todo o mundo, a asma e a pneumonia na infância e adolescência são causas frequentes de hospitalizações e de procura por atendimentos em serviços de saúde ambulatoriais e de urgência. Em Belo Horizonte, a asma acomete cerca de 20% da população infanto-juvenil e as doenças respiratórias são a principal causa de internação em crianças e adolescentes. Para atenção adequada às crianças e adolescentes com asma e outras doenças respiratórias foi criado, em 1996, a iniciativa “Criança que Chia”, que busca qualificar a assistência às crianças e adolescentes com asma, na atenção primária e rede complementar. Isto ocorre por meio de monitoramento, vigilância em saúde, oferta de acompanhamento em rede e tratamento adequados, além de educação continuada para os profissionais de saúde.

Nos últimos 3 anos, foram produzidas cartilhas educativas para os profissionais de saúde e a população em geral, elaboração e revisão das diretrizes técnico-assistenciais e oferta de atualização para profissionais de saúde, no manejo de crianças e adolescentes com doenças respiratórias crônicas e agudas. Para maior esclarecimento sobre a realidade epidemiológica sobre doenças respiratórias prevalentes em crianças e adolescentes, a SMSA-BH monitora os indicadores.

O Gráfico 16, aponta uma redução importante do número de internações por asma em menores de um ano, no período de 2009 a 2013.

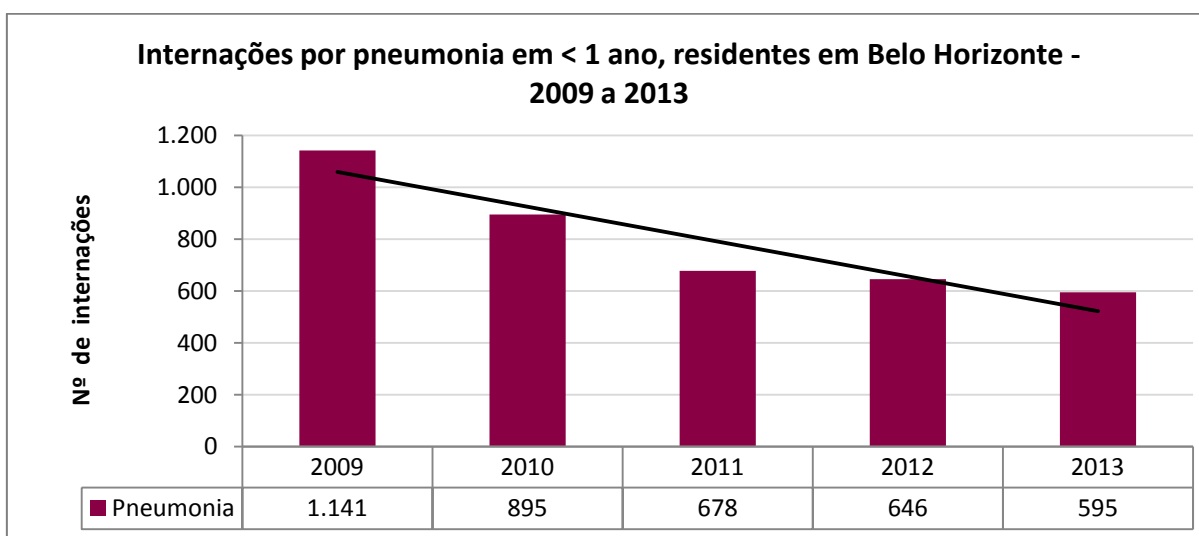
Gráfico 16 - Internação por asma em menores de 1 ano residentes em Belo Horizonte - 2009 a 2013.



Fonte: SMSA/Gerência de Epidemiologia, 2014

O Gráfico 17 demonstra a queda importante na série histórica de número de internação por pneumonia em menores de 1 ano, no período de 2009 a 2013. Os dados de 2014 são preliminares e não estão disponíveis.

Gráfico 17 - Internações por pneumonia em menores de 1 ano residentes em Belo Horizonte - 2009 a 2013.



Fonte: SIH-SUS/GEEPI/GVSI/SMSA.

A Tabela 7 evidencia a série histórica das taxas de internação por asma (CID J45 a J46) de crianças e adolescentes, residentes em Belo Horizonte, de 2008 a 2013. Os resultados apontam para uma redução importante das taxas relativas às crianças menores de um ano e uma queda importante das taxas, na população de crianças de 1 a 4 anos. Os dados por faixa etária do total da população de 1 a 4 anos, de 2013, ainda não estão disponíveis e, para esse cálculo foram utilizados dados populacionais de 2012. Os dados de 2014 não foram demonstrados porque são absolutamente preliminares e não contribuiriam para a análise.

Tabela 7 - Taxas de Internação por Asma de crianças e adolescentes residentes em Belo Horizonte, 2008 a 2013.

Taxa internação *	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<1 ano	20,03	23,37	26,96	22,92	18,71	15,21
1-4 ano	9,24	7,33	9,87	9,23	9,35	7,9
5-9 ano	2,81	2,36	3,24	2,8	2,93	2,81
10-14 ano	0,56	0,58	0,69	0,57	0,64	0,58
15-19 ano	0,04	0,03	0,03	0,04	0,01	0,03
<1ano SINASC**	20,76	23,73	23,2	20,04	16,12	13,43

Fonte: SIH / MS / GEEPI

A rinite é responsável por grande perda da qualidade de vida de crianças e adolescentes: quadro de dificuldade para respirar e deglutir, alterações orofaciais e posturais, problemas no sono e prejuízos no aprendizado escolar. Uma ação conjunta da Coordenação de Saúde da Criança e Adolescente, referências distritais em saúde da criança e, pneumologistas da rede complementar vêm sendo realizada com foco no reconhecimento precoce destas condições na APS e utilização de recursos disponíveis no centro de saúde como a intervenção com o tratamento adequado. Desde 2012, vem sendo sistematicamente divulgados os protocolos assistenciais para crianças e adolescentes com Asma e Rinite. Capacitações sobre Doenças Respiratórias na Infância e na Adolescência vêm sendo oferecidas para profissionais de saúde da APS em todas as regionais.

Em 2014, a partir da demanda distrital, foram realizadas capacitações no Distrito Norte, Nordeste, Oeste, Noroeste e Pampulha. Para 2015, já foi pactuado com o CES a oferta de capacitações nos Centros de Saúde para toda equipe de saúde, também na modalidade distrital.

2.4.6 Cuidado com as crianças e adolescentes vítimas de violência

A violência contra a criança e o adolescente está naturalizada na sociedade e a maioria dos casos ocorre dentro de suas casas pelos próprios pais. Estudos apontam que a violência doméstica é devastadora, sobretudo quando afeta pessoas entre 1 a 19 anos. Daí a importância de qualificar o cuidado de atenção à criança e adolescente vítima de violência. Neste sentido, muitas ações estão sendo desenvolvidas. Em 2013 foi produzido o "Guia de Atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de Violências" tendo sido impressas 7000 guias. Em 2014, durante a Copa do Mundo, foi possível com este guia, qualificar a atenção às crianças e adolescentes vítimas de violência, com relação à prevenção e tratamento, bem como subsidiar a formação permanente de profissionais da APS. Além disso, em 2014, para qualificar a atenção hospitalar foram definidos dois hospitais que serão referência para formação de profissionais de saúde e atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual no estado de Minas Gerais. Assim, em outubro de 2014, houve capacitação de profissionais de saúde destes dois hospitais de referência (Hospital Julia Kubistchek e Odilon Behrens), conforme diretrizes da Portaria 485 e 618/2014, que redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, com alterações na a tabela de pagamento de procedimentos.

Considerando o enfrentamento da violência doméstica como desafio para todas as políticas públicas de abordagem intersetorial, a SMSA-BH (GEAS E GEEPI) participou da elaboração da Ficha de Notificação Protetiva de Suspeita / Confirmação de Violência Contra Criança e Adolescente, sob a coordenação do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, a ser implementada na rede SUS-BH em 2015.

Em 2014, a SMSA-BH também realizou uma oficina de trabalho em parceria com a SESMG e da ONG "Criança Segura". O tema desta oficina foi "Acidentes na infância e na adolescência". Participaram profissionais dos distritos com o objetivo de formar multiplicadores para desenvolverem ações de prevenção de acidentes nos seus locais de atuação.

2.4.7 Programa Saúde na Escola

O PSE, voltado para o ensino fundamental, teve início em 2008 por meio de projeto piloto envolvendo 9 escolas e 9 centros de saúde. É dirigido para escolares de 6 a 14 anos de idade. Em 2009 foi ampliado para 36 escolas e 62 centros de saúde e, em 2010, expandido para 169 escolas e 147 centros de saúde. Além das ações de promoção da saúde, atenção à saúde visual e bucal, os estudantes recebem uma avaliação anual das condições de saúde, feito por uma equipe de enfermagem. As crianças e adolescentes identificados com alguma condição de vulnerabilidade (distúrbio nutricional, suspeita de violência, dentre outros) são encaminhados para acompanhamento no Centro de Saúde de referência. Em 2014 foram avaliados 102 374 crianças e adolescentes e ofertados 2370 óculos.

A partir de uma triagem feita pela equipe de enfermagem, 8200 escolares tiveram acesso a consultas oftalmológicas, como demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 - Evolução do Programa Saúde na Escola, 2011 a 2014.

Especificação	2011	2012	2013	2014
Escolas municipais com o Programa	169	169	171	171
UMEI - Piloto na Educação			2	11
Escolares avaliados	82.290	98.460	102.395	102.374
Consultas oftalmológicas ofertadas	7.650	9.330	10.500	8.200
Óculos fornecidos	2.094	2.604	2.475	2.370

Fonte: CMO/Equipe Volante/Coordenação da Saúde da Criança e Adolescente

Em 2013, além das ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas de forma compartilhada entre profissionais da saúde e educação no ensino fundamental, foi iniciado o piloto da expansão do PSE na educação infantil, em duas Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI). Em 2014 o PSE foi expandido para 11 UMEI.

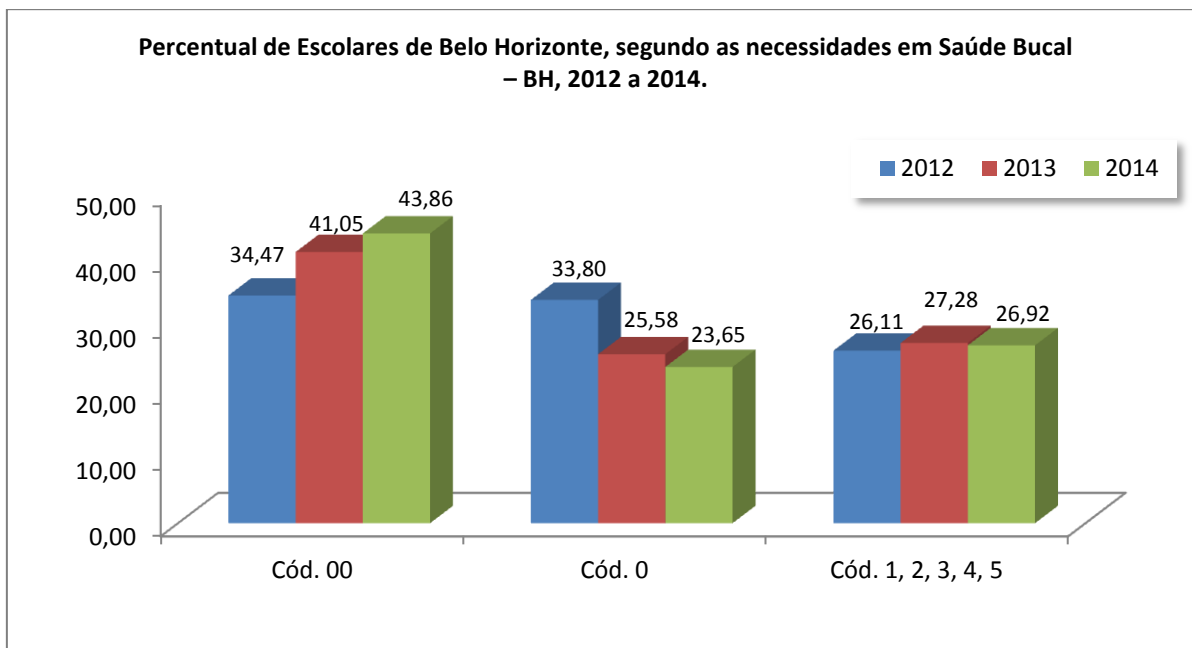
Uma importante produção feita por técnicos da Secretaria Municipal de Educação e Saúde foi o "Manual Operacional PSE" (Figura 3). Trata-se de uma ferramenta para contribuir na organização dos processos de trabalho dos Assistentes de Apoio e Monitores do PSE. Contém informações básicas com orientações operacionais sobre o programa, as atribuições dos monitores e os fluxos necessários para o melhor desempenho de suas atividades diárias.

Figura 3 - Manual Operacional do Programa Saúde na Escola produzido e divulgado na Rede-SUS BH - 2014.



Programa Saúde na Escola, a saúde bucal realiza ações de promoção, prevenção, levantamento de necessidades e reabilitação para cerca de 118.000 escolares de 06 a 14 anos, das escolas da rede municipal de educação. Em 2014, o levantamento de necessidades em saúde bucal foi realizado em todas as escolas, atingindo 82% dos escolares. O Gráfico 18 demonstra o percentual de escolares segundo a classificação de necessidades. Dos escolares avaliados, no ano de 2014, 68% não apresentaram necessidades de tratamento odontológico individual.

Gráfico 18 - Percentual de Escolares de Belo Horizonte, segundo as necessidades em Saúde Bucal – BH, 2012 a 2014.



Fonte: CTSBUCAL/GEAS/SMSA-BH/ JANEIRO DE 2015

Um total de 44% não teve experiência de cárie (livres de cárie). Quando comparado os levantamentos realizados nos anos de 2012 (34%), 2013 (41%) e 2014 (44%) observa-se um aumento de 26% no percentual de crianças livres de cárie no período. Este aumento de crianças e adolescentes livres de cárie pode estar relacionado ao intenso trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal nas ações de promoção e prevenção, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SMED) e Abastecimento (SMASAM). Destaca-se a ampliação da escovação supervisionada no cotidiano das escolas municipais de Belo Horizonte, como estratégia importante na prevenção da doença cárie.

O percentual de crianças com necessidades de tratamento (códigos 1, 2, 3, 4 e 5) apresentou-se estável entre os anos de 2012 e 2014. Em 2012 o percentual era de 26%, e em 2013 e 2014 de 27%. Foi realizado acompanhamento da implementação da escovação diária nas UMEI, Escolas Municipais de Educação Infantil e creches conveniadas à PBH. Este movimento contou com ampla participação dos técnicos das SMSABH e SMED para a garantia da frequência e qualidade desta importante iniciativa de promoção e prevenção em saúde bucal. Atualmente 100% dos equipamentos de educação infantil do município realizam escovação diária, contemplando 51.802 crianças de 0 a 5 anos.

2.5 Atenção à Saúde da Mulher

As ações de atenção à Saúde da Mulher atingiram resultados importantes, como listados a seguir. Houve consolidação da estratégia Gestão da Clínica na Saúde da Mulher, Sexual e Reprodutiva. Fechamento das auditorias clínicas em Atenção Pré-natal em 23 novos centros de saúde e implementação dos Atendimentos Compartilhados de Pré-natal. Atualmente o agendamento é feito por proximidade das consultas de Pré Natal de Alto Risco (PNAR), num trabalho integrado entre Gerência de Assistência (Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher e Comissão Perinatal), Gerência da Rede Complementar, Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar, Distritos, Serviços de PNAR e Maternidades. Os objetivos são facilitar o acesso e a adesão da gestante aos serviços de PNAR, assim como qualificar a assistência através da interlocução entre a APS, Atenção Secundária (PNAR) e terciária (maternidades), fortalecendo o papel da ESF como coordenadora do cuidado da mulher/criança/família.

Simultaneamente ao movimento da regionalização foram realizadas as ações citadas a seguir. Houve a definição da estrutura de um serviço de PNAR (recursos materiais humanos). Foi feita a revisão das indicações para encaminhamento ao PNAR partindo das sugestões e recomendações produzidas nos dois ciclos de alinhamento municipal de Gestão clínica – Atenção Pré-natal. Também, ocorreu o monitoramento do processo de regionalização em parceria com a Gerência da Rede Complementar e os distritos. E por fim, foi feita a revisão, atualização e repactuação dos fluxos referentes à atenção ao pré-natal de alto risco (encaminhamento/referência e contra referência/glicosímetro e fitas para glicemia/medicamentos – heparina, por exemplo).

Ainda em 2014, foi feita a revisão dos fluxos da ultrassonografia obstétrica na APS, Rede Complementar e maternidades. Foi feita atualização dos critérios de priorização para o agendamento da ultrassonografia obstétrica no pré-natal de risco habitual e nas maternidades de referência, em conjunto com a Gerência da Rede Complementar, Comissão Perinatal e Maternidades. A partir desta atualização estão sendo realizadas revisões de fila por Centro de Saúde com apoio distrital (GERASA e Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia - GEREPI) e matriciamento junto aos profissionais que realizam o atendimento às gestantes na APS, quando necessário. Os objetivos deste movimento regulatório foram: adequar a solicitação ao protocolo assistencial; qualificar o encaminhamento das gestantes para as maternidades de referência e estabelecer os critérios de

urgência que demandam a realização de exames de ultrassonografia obstétrica pela maternidade de referência no momento do atendimento à gestante, no plantão, eliminando os exames solicitados como “urgência” pelos plantões das referidas maternidades e que se tratavam de prioridade. Para a regulação assistencial foi usado o protocolo com a estratificação prioridade (baixa, média, alta, sob regulação e em situação de urgência). Houve adesão ao Programa de Controle da Toxoplasmose Congênita da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Foi implantada a vigilância ampliada de toxoplasmose na gestação, com a realização da testagem em sangue seco para gestantes e neonatos filhos de gestantes susceptíveis, alternada com a sorologia para toxoplasmose realizada trimestralmente durante o pré-natal. Avalia-se que a abordagem laboratorial da toxoplasmose na gestação, de forma conjunta, incluindo o protocolo da gestante da SMSA BH e o programa da toxoplasmose do Estado, gera oportunidade de oferta de maior número de exames para as gestantes susceptíveis, aproximando-se de um protocolo ideal para a prevenção da toxoplasmose congênita, com a realização de um exame mensal, em média. Visualiza-se significativa melhoria do monitoramento da toxoplasmose na gestante.

Dentro das propostas da Rede Cegonha e com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna, fetal e neonatal, foram implantados os testes de proteinúria de fita e eletroforese de hemoglobina durante o pré-natal. A realização da proteinúria de fita em gestantes com aumento da pressão arterial proporciona o diagnóstico precoce da pré-eclâmpsia e o encaminhamento oportuno dos casos suspeitos à Maternidade de Referência. A realização da eletroforese de hemoglobina como exame de rotina no pré-natal possibilita o diagnóstico de hemoglobinopatias em gestantes que não foram submetidas ao rastreamento neonatal (“Teste do Pezinho”), garantindo o encaminhamento oportuno dos casos de doença falciforme para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

2.6 Saúde Sexual e Atenção às DST-AIDS-Hepatites Virais

A Coordenação de Saúde Sexual e Atenção ao HIV, DST e Hepatites Virais da SMSA atua em duas perspectivas: na promoção da saúde sexual e prevenção e na assistência às pessoas com HIV/AIDS, DST e Hepatites Virais. Ao longo de 2014 ocorreram avanços importantes nesta área, com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos portadores de HIV, DST e hepatites virais.

Em setembro de 2014 foi inaugurada na rua dos Carijós o serviço para dispensação de antirretrovirais e medicamentos de infecção oportunista para pacientes com HIV/AIDS, usuários da dispensação desses medicamentos no SUS e sob cuidados clínicos na rede privada. Foi feita a manutenção de rede instalada dos Serviços de Atendimento Especializado em Infectologia (SAE) absorvendo os novos casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. O tempo de espera para primeira consulta está em torno de 30 dias, resguardando atendimento em menor prazo para pacientes identificados com critérios de prioridade.

Em relação às ações educacionais, houve a consolidação da PEP sexual (profilaxia pós-exposição sexual) nos serviços de referência durante dias úteis e horários de funcionamento dos mesmos. Foram consolidadas as portas de entrada para as oito Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município para a exposição sexual consentida ou não consentida e acidentes com materiais biológicos. Foram capacitados os profissionais estratégicos das UPA e reforçado o fluxo já definido para o usuário e os exames na rede, assim como os processos de trabalho.

A Coordenação de Saúde Sexual e Atenção ao HIV, DST e Hepatites Virais, juntamente com as outras coordenações da GEAS, atuou na organização dos serviços de referência e da rede de assistência do atendimento da violência sexual em criança, adolescentes e adultos. Houve a expansão da implantação do nome social, intensificado a sensibilização dos 147 centros de saúde no uso do nome social no prontuário eletrônico de BH. As casas de apoio credenciadas pelo Ministério da Saúde para atendimento a pacientes com HIV/AIDS, tiveram os seus repasses mantidos. O aumento da cobertura do diagnóstico e tratamento do HIV, Sífilis e hepatites ocorreu por meio de várias iniciativas.

Em fevereiro de 2014 foi implantada a equipe volante para o monitoramento e capacitação em aconselhamento pré e pós-teste, execução e implantação de Testes Rápidos para HIV, sífilis e Hepatites B e C. Foi consolidado e ampliado o novo serviço de DST para demanda espontânea e referenciada do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e consequente maior capacidade de atendimento.

A capacitação para aconselhamento e realização de Testes Rápidos para HIV e Sífilis ocorreu para 100% dos centros de saúde. Foi realizado o monitoramento *in loco* das ESF ao longo do ano de 2014. No CERSAM AD houve sensibilização, capacitação e discussão com a equipe de profissionais.

A política de distribuição de preservativos sexuais masculinos foi ampliada. Está sendo mantida uma média mensal de 800.000 a 1.000.000 preservativos sexuais masculinos distribuídos à população, associada ao trabalho educativo em saúde sexual.

Estão mantidos os dispensadores para *self service* de preservativos nos 147 centros de saúde da capital e em outras instituições públicas parceiras, como os Centros de Referência da Assistência Social e Centros de Referência Especializado da Assistência Social, dispositivos das políticas sociais. Mantida também a descentralização da área de abrangência dos centros de saúde, para a dispensação dos preservativos. O usuário pode solicitar e retirar preservativo em qualquer um dos 147 centros de saúde. Em momentos pontuais, tem-se a parceria com algumas empresas privadas que realizam campanhas de prevenção à HIV, DST e Hepatites Virais.

Foi estimulada a identificação de usuários com critérios para uso do gel lubrificante, preservativos sexuais femininos e preservativos sexuais masculinos aromatizados. Está em andamento a reforma física do Laboratório Municipal para implantação dos exames de biologia molecular (carga viral para HIV) na rede municipal e adequação de recursos humanos necessários. Foram realizadas grandes campanhas de prevenção de doenças para ampliar a cobertura e atingir diversos perfis de maior vulnerabilidade (Banda Mole, Carnavais Regionais, Semana de luta contra as hepatites virais, Parada Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Semana de ações de alusão ao 1º de dezembro - Dia Mundial de Luta contra a AIDS, aniversário de Belo Horizonte).

Houve apoio a ações de iniciativa dos CS, que ocorriam no dia de sábado, bem como a participação no Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental da SMSA BH, em substituição a grandes campanhas exclusivamente pontuais. As parcerias com coordenações da SMSA BH para efetivação e garantia do cumprimento das ações do Projeto Nascer, quanto à prevenção da transmissão materno infantil da infecção pelo HIV e da sífilis foram mantidas. As maternidades receberam novos treinamentos para execução dos testes rápidos para HIV e sífilis. O fornecimento da fórmula infantil para os filhos de mães HIV até os 18 meses de vida, para além dos 06 meses preconizados pelo Projeto Nascer continuou a ocorrer. Foi mantido o fornecimento de medicamento inibidor da lactação às maternidades, para ser prescrito para as parturientes HIV positivo, reduzindo riscos de transmissão materna do HIV para o recém-nascido, através da amamentação. Houve uma participação ativa da

Coordenação da Saúde Sexual no Fórum de entidades ligadas à prevenção e assistência de pessoas vivendo com HIV/AIDS, a Comissão Municipal de AIDS de BH.

Para a qualificação das atividades educativas de promoção da saúde sexual e prevenção às DST/AIDS e Hepatites Virais, foram atividades foram desenvolvidas. Foram realizadas capacitações para formação de multiplicadores em saúde sexual, estruturadas a partir de oficinas de saúde sexual e prevenção às DST, AIDS e hepatites virais. O público capacitado incluiu profissionais do SUS BH, adolescentes e jovens, professores nas escolas do PSE, mulheres, idosos, CRAS e CREAS da Secretaria de Assistência Social e participantes do programa Pró-jovem Adolescente. Houve capacitação em redução de danos, para pacientes selecionados no CERSAM-AD.

Realizou-se a seleção pública de Organização Não Governamental pelo Edital de Chamamento 003/2013, para projetos de prevenção com populações vulneráveis e/ou que vivem com HIV / AIDS, DST e Hepatites Virais. Foram mantidas as atividades executadas pelo “Programa de Prevenção às DST/AIDS de Belo Horizonte: BH DE MÃOS DADAS CONTRA A AIDS”, com discussão permanente sobre: adolescência; sexualidade e saúde reprodutiva; gênero; raça e etnia; direitos humanos; diversidade sexual; maternidade e paternidade responsáveis; prevenção das doenças sexualmente transmissíveis como AIDS, sífilis e hepatites virais; prevenção e redução de danos no uso de álcool e outras drogas. Teve continuidade o trabalho de prevenção em campo, entre pares, através de multiplicadores de informações em saúde sexual e redutores de danos. Está em andamento a implantação do Ambulatório de Atendimento à População Trans.

A Tabela 9 mostra a taxa de incidência de AIDS entre os anos de 2001 e 2014.

Tabela 9 - Número de Casos Novos e Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) de AIDS, por ano de diagnóstico. Belo Horizonte - 2001 a 2014*

.Ano de Diagnóstico	Número de casos novos de AIDS por ano de diagnóstico	Taxa de incidência
2001	396	17,5
2002	511	22,4
2003	603	26,2
2004	532	22,9
2005	454	19,1
2006	385	16,0
2007	522	21,5
2008	530	21,8

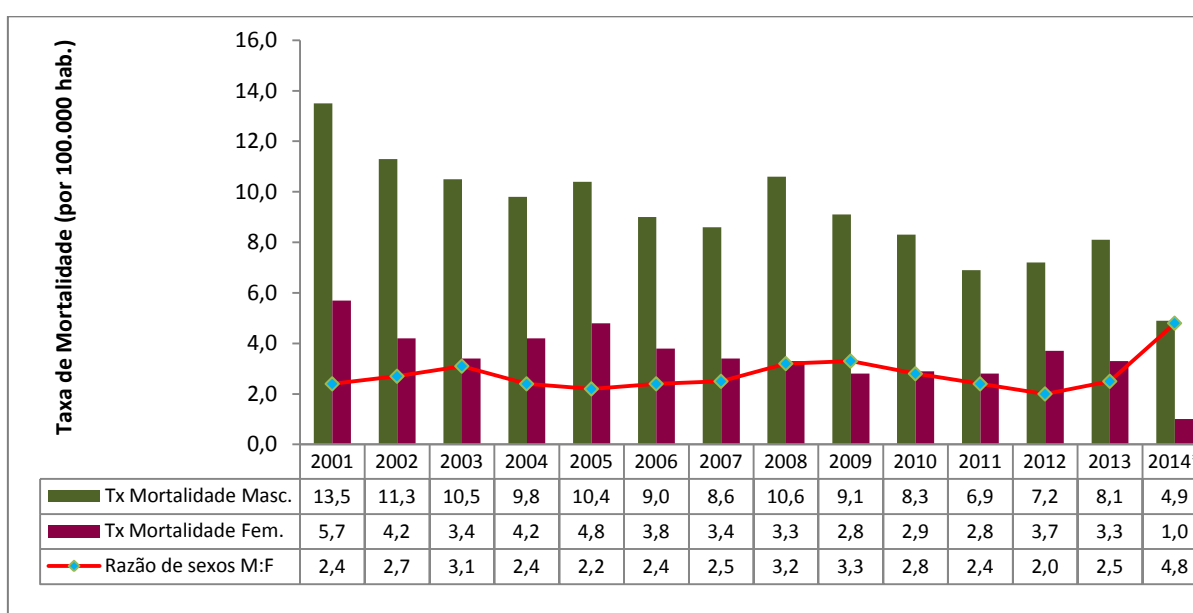
Ano de Diagnóstico	Número de casos novos de AIDS por ano de diagnóstico	Taxa de incidência
2009	495	20,2
2010	545	22,9
2011	578	24,2
2012	636	26,5
2013	593	24,8
2014	243	10,1
Total	7.023	

Fonte: (1) SINAN (dados atualizados em 06/10/14)

1 *O dado de 2014 poderá modificar ao longo de 2015 até o início de 2016, pois as notificações de casos são lançadas no SINAN ao longo de todo ano subsequente, como ocorreu em 2013 ao longo de 2014.

O Gráfico 19 apresenta a distribuição de óbitos e Taxa de Mortalidade por AIDS, segundo Sexo e Razão de Sexos, no período de 2001 a 2014.

Gráfico 19 - Distribuição de Óbitos e Taxa de Mortalidade por AIDS, segundo sexo e razão de sexos. Belo Horizonte - 2001 a 2014.



Fonte SIM/SMSA (atualização 15/10/2014) SINAN (atualização 16/10/2014), DATASUS

*O dado de 2014 poderá modificar-se ao longo de 2015 até o início de 2016, pois as notificações de casos são lançadas no SINAN ao longo de todo ano subsequente.

2.7 Saúde Bucal

Em 2014, foi desenvolvida uma metodologia para acompanhamento, monitoramento e planejamento local das equipes de saúde bucal. O processo teve início no mês de março com discussões entre a Coordenação de Saúde Bucal e as referências técnicas de saúde bucal dos distritos sanitários. A primeira etapa do processo foi a eleição de 18 indicadores para a realização da primeira aferição e diagnóstico local.

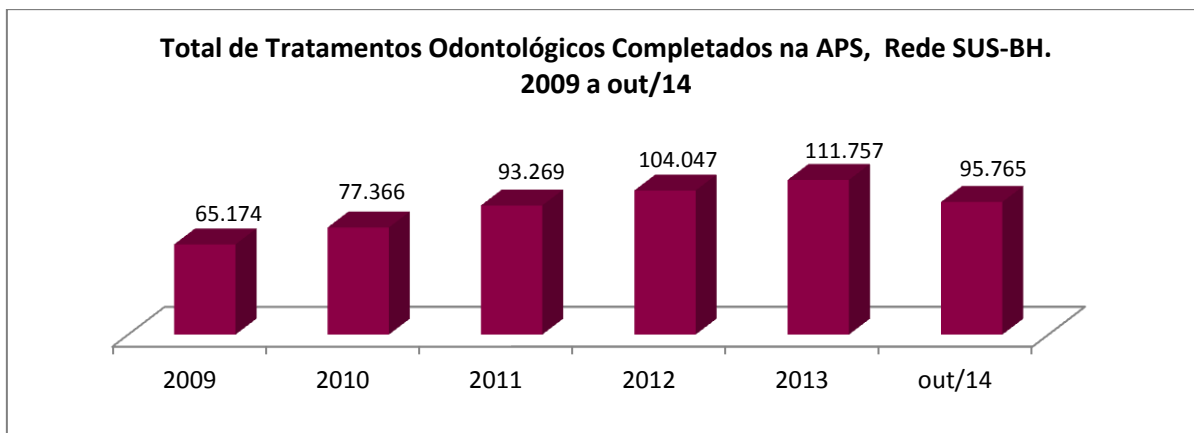
A lista de indicadores foi fundamentada em aspectos que abordam os principais eixos de organização dos serviços, na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade da assistência e da vigilância do território. Buscou-se agregar os indicadores acompanhados pela SESMG, pelo PMAQ, pelo Ministério da Saúde, e ações estratégicas e estruturantes da saúde bucal na atenção primária. O período de aferição dos indicadores compreendeu os meses de julho de 2013 a junho de 2014.

No segundo semestre de 2014, o processo de monitoramento dos indicadores foi implementado em todos os distritos sanitários com a efetiva participação da GEREPI e GTIS, nos 147 centros de saúde. Os nove distritos sanitários realizaram reuniões com os gerentes das unidades para discussão de estratégias para implementação do monitoramento e acompanhamento do processo de trabalho da saúde bucal. Após esta etapa, a aferição dos indicadores foi realizada com participação ativa dos profissionais da saúde bucal, discussão dos principais problemas, desafios e avanços alcançados.

As equipes e gerentes locais elegeram os principais nós críticos a serem enfrentados que subsidiarão o planejamento local e as ações a serem desenvolvidas no ano de 2015.

As visitas de monitoramento introduzidas pela Coordenação de Saúde Bucal no ano de 2009 compõem este processo. As visitas passarão por aperfeiçoamento metodológico e aumento em sua frequência de acordo com as necessidades locais, sendo nomeadas por “Visitas de Apoio Técnico-Institucional”. O objetivo primordial das visitas será fomentar a reflexão das equipes, baseada no diagnóstico do serviço e do território, para o aperfeiçoamento do processo de trabalho e do cuidado. O Gráfico 20, demonstra o total de tratamentos odontológicos completados na Atenção Primária, no período de 2009 a 2014. Os dados de 2014 se referem aos meses de janeiro a outubro, quando 95.765 tratamentos foram concluídos.

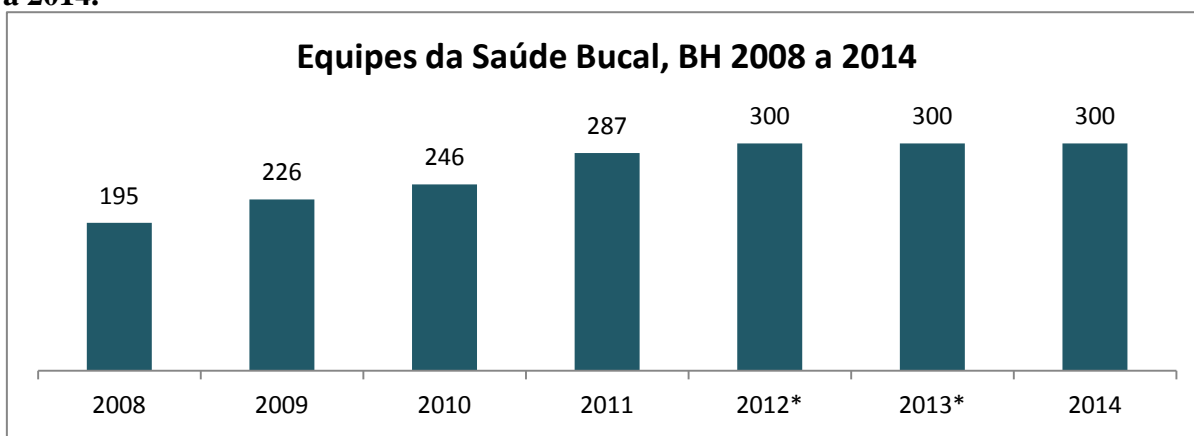
Gráfico 20 - Total de Tratamentos Odontológicos Completados na Atenção Primária, Rede SUS-BH, 2009 a outubro de 2014.



Fonte: INTRANET/BANCODEDADOS/FENIX/CTSBUCAL/GEAS/SMSA-BH 26/01/2015

Entre os anos de 2012 a 2014, o número de Equipes de Saúde Bucal manteve-se estável, como demonstrado no Gráfico 21.

Gráfico 21 - Total de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária, Rede SUS-BH, 2008 a 2014.



Fonte: Núcleo de Assistência Sócio Funcional (NASF)/GGTE

*Dados corrigidos

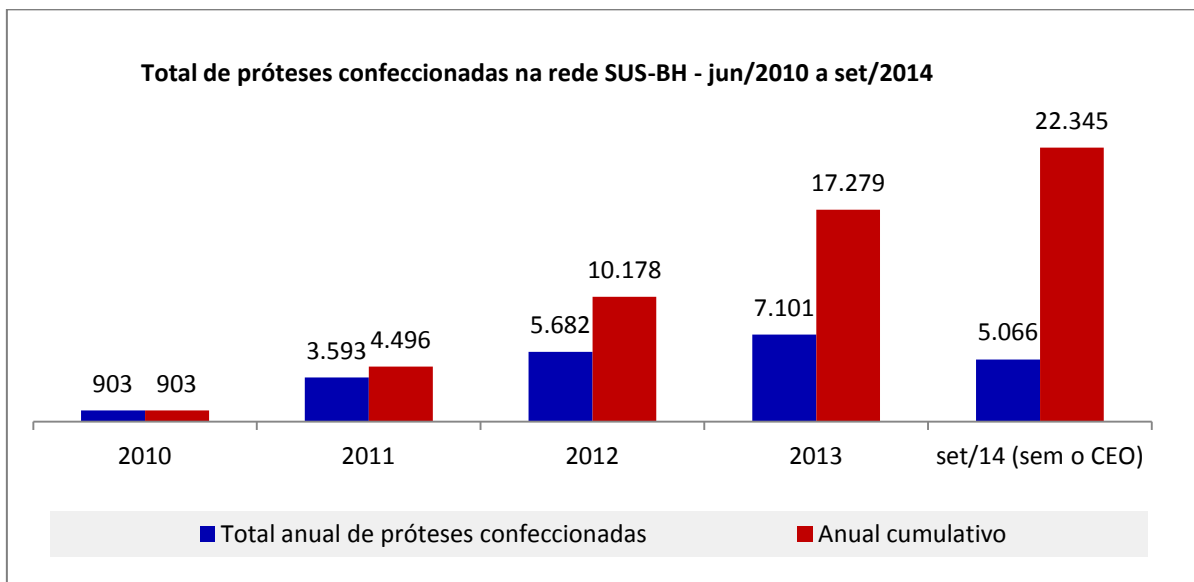
A oferta de próteses totais e parciais acrílicas é realizada nos centros de saúde. Os casos complexos relacionados a essa especialidade são encaminhados para um dos 03 CEO (CEO Barreiro; CEO Centro Sul- Unidades Carijós e Paracatu; CEO Venda Nova). Os problemas iniciais relacionados às dificuldades técnicas dos profissionais foram superados

com capacitações e acompanhamentos práticos nos centros de saúde pelas Tutorias em Prótese.

Foram contratados mais dois laboratórios de prótese reduzindo o tempo para a conclusão e entrega dos trabalhos protéticos. Foi realizado um amplo diagnóstico da oferta de próteses nos centros de saúde. Este diagnóstico irá subsidiar o planejamento para aperfeiçoamento técnico, capacitação profissional, melhoria da qualidade e acesso as próteses, bem como a rediscussão da estratégia de tutoria para aumentar a efetividade. Foram realizadas reuniões periódicas com os laboratórios conveniados para avaliação, estabelecimento de fluxos e aprimorando da qualidade dos serviços prestados. Os procedimentos de instalação de prótese dentária iniciados em 2010 apresentaram significativa evolução. No período acumulado entre 2010 e setembro de 2014, 22.345 próteses foram entregues aos usuários, sem incluir as próteses realizadas nos CEO (Gráfico 22).

A ampliação do acesso à assistência odontológica na atenção primária, aliada à maior resolubilidade deste nível de atenção, acarretou redução na procura por algumas especialidades como: odontopediatria, cirurgia, periodontia e endodontia.

Gráfico 22 - Total de Próteses Confeccionadas nos Centros de Saúde da Rede SUS-BH, de junho de 2010 a setembro de 2014.



Fonte: INTRANET/BANCO DE DADOS/FENIX/CTSBUCAL/GEAS/SMSA-BH

Na atenção secundária, houve ampliação do número de profissionais no Centro de Especialidade Odontológica (CEO) com o aumento do número de postos de trabalho de 20 horas, passando de 100 em agosto de 2013, para 122 em 2014 (Fonte: ARTERH, Janeiro de 2015), gerando aumento na oferta de consultas especializadas e redução na relação fila/oferta.

Na atenção especializada foram rediscutidos os critérios de encaminhamento baseados em questões técnicas, na fila e oferta de cada especialidade. O processo de elaboração do novo “Guia de Encaminhamento para Especialidades Odontológicas do SUSBH” foi amplamente discutido entre a Coordenação de Saúde Bucal, Gerência da Rede Complementar, Central de Marcação de Consultas, gerentes dos CEO, profissionais da atenção especializada e da atenção primária. A redefinição dos critérios de encaminhamento para as especialidades também contribuiu para ampliação do acesso. Apesar disso, persistem os gargalos na Prótese Total, Prótese Parcial Cromo Cobalto e Disfunção Temporomandibular. Nestas especialidades, a relação fila / oferta está ascendente. Foram incorporadas 2 novas especialidades odontológicas no SUSBH. Este é um importante recurso para a resolubilidade de casos complexos. Estes atendimentos são realizados pelos profissionais especialistas dos CEO no Hospital Municipal Odilon Behrens. A primeira modalidade é a Odontopediatria sob Sedação, que visa ao atendimento de crianças de difícil manejo, após duas tentativas frustradas de atendimento por odontopediatras. A segunda modalidade é a especialidade odontológica com retaguarda Hospitalar. Ela visa ao atendimento de usuários com doenças sistêmicas e comorbidades graves que necessitam de atendimento especializado, e que a condição clínica exige a realização do procedimento em ambiente hospitalar.

2.8 Saúde Mental

No cenário brasileiro, a política de Saúde Mental do SUS- BH destacou-se com a política de lógica antimanicomial, que valoriza o cuidado em liberdade, a conquista da cidadania e a reinserção social. Percebe-se, em 2013, a continuidade e crescimento do tema álcool e outras drogas no cenário da sociedade brasileira, por conseguinte, também em Belo Horizonte. Esse cenário vem sendo marcado por tentativas de retrocessos conceituais e programáticos, no desenvolvimento da reforma psiquiátrica brasileira, o que gera preocupações. Não obstante o real problema do uso abusivo e da dependência de álcool, a principal droga utilizada, e outras drogas, não devem ser desfocados os determinantes que

levam o sujeito ao uso/abuso de drogas, muito menos difundidos entendimentos e análises primárias e de interesses não diretamente ligados à saúde, que localizam esse fenômeno mundial como parte de uma guerra a ser combatida! A política de guerra contra as drogas já consumiu bilhões e bilhões de dólares nos Estados Unidos e em outros lugares do mundo e o seu resultado, já reconhecido como desastroso, traduziu em aumento do tráfico de drogas e de presos nas cadeias, muitas vezes sequer conseguindo se distinguir o usuário do traficante. A política de saúde mental do SUS BH tem resistido a essa lógica de enfrentamento para álcool e outras drogas, diferentemente de outras capitais do país. O “Projeto Recomeço”, que data de 2012, tem uma participação intersetorial ampla, embora não capitaneado pela SMSA- BH, e prevê a ampliação de dispositivos para esses usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas, e dialoga relativamente com o contexto geral da política de saúde mental que vem sendo implementada na cidade. Tem-se buscado ampliar os dispositivos assistenciais e de reabilitação psicossocial, aprimorar os mecanismos de gestão e desenvolver educação permanente para o acolhimento dos usuários portadores de sofrimento mental em geral, bem como nas particularidades existentes para o álcool e outras drogas.

Em outubro de 2014 ocorreu o I Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental com o protagonismo dos trabalhadores e a participação da Gestão, com a produção de uma relatoria a ser desenvolvida visando melhoria e qualificação na assistência. A partir de janeiro 2011, todo centro de saúde conta com pelo menos 01 psicólogo. São 58 psiquiatras lotados em centros de saúde.

Os CERSAM e CERSAM Infantil funcionam 24 horas. De 7 às 19 horas ocorre o acolhimento nestas unidades. A partir das 19 às 7 horas, o atendimento é feito por meio do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP). No CERSAM Infantil ocorre uma média diária de atendimento a 70 usuários, sendo que cerca de 40% deles estão relacionados a álcool e drogas. O CERSAM Álcool e Drogas da Pampulha possui uma média de 76 usuários de permanência/dia. O CERSAM Álcool e Drogas do Barreiro e do Nordeste possuem uma média de 60 usuários /dia.

Os consultórios de rua possuem uma média de abordagem de 100 usuários / dia. A Tabela 10 apresenta o número de atendimentos nos consultórios de rua por Distrito Sanitário no ano de 2014.

Tabela 10 - Número de atendimentos nos Consultórios na Rua por Distrito Sanitário. Belo Horizonte - 2014

Consultório na Rua (4)	Número de Atendimentos em 2014
Centro Sul/Leste	6.394
Noroeste	10.292
Oeste	15.205
Norte	15.262
TOTAL	47.153

Fonte: CSM/GEAS/SMSA-BH

Em 2013, dentre os dispositivos existentes na rede de saúde mental do SUS BH, houve a ampliação de mais 05 Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT), totalizando 28 residências. Em 2014 mais um Serviço de Residência Terapêutica foi implantada, totalizando 29 SRT. Atualmente, existem 33 usuários (dos 80 que em 2013 restavam no Hospital Sofia Feldman – Carlos Prates) em processo e desinstitucionalização.

O programa Arte da Saúde mantém 49 oficinas distribuídas nos territórios de grande vulnerabilidade social para crianças e adolescentes. Oferece oficinas de arte em várias modalidades. Foram realizadas diversas atividades locais e externas potencializando esta iniciativa para o laço social, o convívio familiar, comunitário e escolar. Os leitos de Hospitalidade Noturna nos CERSAM têm sido ampliados progressivamente, de 36 em 2006 para 53 em 2014.

São vários os dispositivos da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte: 07 CERSAM (Barreiro, Leste, Nordeste, Noroeste, Oeste, Pampulha, Venda Nova), 03 CERSAM AD (Pampulha, Barreiro, Nordeste), 01 CERSAM I, 01 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna (SUP), 04 Equipes de Consultório na Rua (Centro Sul, Leste, Noroeste, Oeste, Norte), 09 Centros de Convivência (01 por regional), 49 Oficinas do Arte da Saúde (distribuídas nas 09 regionais), 29 Serviços Residenciais Terapêuticos, 09 Equipes Complementares, 58 Equipes de Saúde Mental, 147 Centros de Saúde com 01 psicólogo em cada. Está em processo de implantação 01 CERSAM no Distrito Norte, 01 UA (Unidade de Acolhimento) no Barreiro, 01 Equipe Piloto PAD-AD e mais 02 Consultórios na Rua. Existe a previsão de novos dispositivos: 05 Serviços Residenciais Terapêuticos, 02 CERSAM AD (Noroeste e Leste), 01 CERSAM I (Nordeste), 01 UA Infantil, 03 equipes de PAD-AD e 02 Consultórios na Rua.

A Tabela 11 apresenta o total de atendimentos dos centros de referência em saúde mental no período de janeiro a novembro de 2014.

Tabela 11 - Total de atendimentos dos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte no período de janeiro a novembro de 2014

CENTRO DE REFERÊNCIA SAÚDE MENTAL	TOTAL
AD PAMPULHA	636
CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA	29.596
CRIANÇA ADOLESCENTE NOROESTE	287
OESTE	11.623
PAMPULHA	11.051
VENDA NOVA	7.490
BARREIRO	4.087
LESTE	16.817
NORDESTE	2.519
NOROESTE	26.043
TOTAL	110.149

Fonte: SMSA/SUS-BH/GECAV/TABWIN/SIASUS/Arquivos PSMG do período

2.9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Promoção da Saúde

2.9.1 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

As equipes do NASF no município de Belo Horizonte fazem parte da APS e têm a missão de apoiar as Equipes de Saúde da Família (ESF) na abordagem do processo saúde e doença da população. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as ESF envolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. As principais categorias profissionais que compõem estes núcleos são: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, educador físico, acupunturista e homeopata. O público alvo prioritário são os usuários dos centros de Saúde do SUS-BH indivíduos e famílias, em todos os ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), para os quais são realizados atendimentos nas áreas de reabilitação, alimentação e nutrição, atividade física, atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares, dentre outras. As ações são definidas a partir do diagnóstico do território de atuação das equipes de saúde da família e compartilhadas com o NASF, em agendas construídas conjuntamente para possibilitar atendimentos clínicos, visitas domiciliares, ações coletivas, discussões de casos e ações de mobilização social. O processo de trabalho tem como base o apoio matricial que envolve duas

dimensões de suporte: o assistencial e o técnico-pedagógico. O assistencial é aquele que produz ação clínica direta com os usuários (atendimentos no centro de saúde, visitas domiciliares, atividades em grupos) e o técnico-pedagógico é o que realiza a Educação Permanente em Saúde (EPS) com e para as equipes de Saúde da Família (discussões dos casos, construção de plano de cuidado ou projeto terapêutico singular, atendimento compartilhado, oficina sobre tema específico).

Em 2014, por meio do PMAQ do Ministério da Saúde, ocorreu o primeiro processo de avaliação nacional do NASF. Os resultados do PMAQ de Belo Horizonte mostraram que 26,32% das equipes de NASF tiveram resultado muito acima da média, 50% acima da média e 23,68%, mediano ou abaixo da média. Os distritos que se destacaram com resultados muito acima da média foram Barreiro, Nordeste, Noroeste e Oeste. O processo de avaliação foi precedido por reuniões no nível central e distritos e permitiu que os gestores e profissionais da APS pudessem problematizar a lógica adotada pelo município, os avanços e desafios a serem enfrentados e um maior alinhamento de protocolos, formulários e instrumentos de registro do trabalho realizado em toda a cidade.

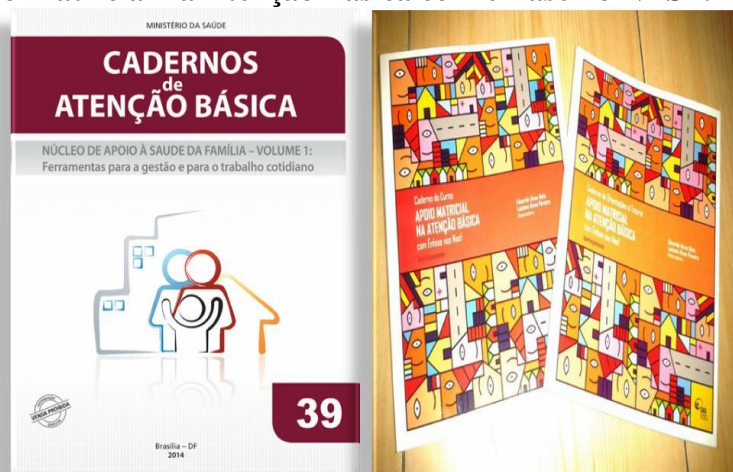
Na área da reabilitação e na integração do NASF com outros pontos da rede, merece destaque a construção de duas linhas de cuidado integral: a primeira dirigida a pessoas em uso de cadeiras de rodas e a segunda voltada para pessoas amputadas. Essa ação possibilita que o NASF faça o acompanhamento no domicílio da pessoa amputada ou em uso de cadeira de rodas, identificando as dificuldades no uso dos equipamentos prescritos e sua adaptação, considerando o contexto em que a pessoa vive. Outra ação importante realizada em 2014 foi o apoio da gestão do NASF e da área Técnica da Reabilitação na construção da regulamentação da Lei 10.418, de 09 de março de 2012 que reconhece a Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo como Pessoa com Deficiência. A lei foi regulamentada por meio do Decreto 15.519 de 2014, com um detalhamento das responsabilidades dos profissionais da rede SUS BH no atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo na perspectiva do cuidado integral e compartilhado entre as áreas da Reabilitação e a da Saúde mental, juntamente com as equipes de Saúde da Família.

O Ministério da Saúde definiu como novo parâmetro para a organização dos serviços um mínimo de uma equipe de NASF para cada cinco ESF e o máximo de uma equipe de NASF para nove ESF. Com o objetivo de adequar a proporção do número de equipes de NASF ao número de equipes da ESF, a SMSA BH elaborou e apresentou projetos técnicos à

SES e ao Ministério da Saúde para a habilitação de 24 novas equipes. A habilitação ainda não foi publicada, mas ressalta-se que a SMSA BH cumpre a exigência de pelo menos 200 horas semanais de carga horária para as atuais 60 equipes NASF. Outra meta proposta é compor 100% os polos ou equipes de NASF com 20 horas das categorias profissionais de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico, até 2017.

Para o ano de 2014, a meta a ser atingida era de 70% dos pólos com as quatro categorias profissionais. De acordo com o CNES do NASF de novembro de 2014, foi possível atingir 84,8% dos polos com essas categorias. E o percentual de núcleos de NASF com as categorias de farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e educadores físicos foi, respectivamente, 95,2%, 98,6%, 91,3% e 89,4%. Foi proposto, ainda, o fortalecimento dos processos de interface (matriciamento, supervisão, etc.) entre os serviços de referência e APS, potencializando a gestão do cuidado. Foi realizada a capacitação pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de mais de 40 profissionais e gestores do NASF BH em apoio matricial para a multiplicação do conteúdo e articulação entre equipes e serviços. Além dos profissionais capacitados diretamente pela parceria do Ministério da Saúde com a FIOCRUZ, o distrito Nordeste destacou-se com a multiplicação da capacitação, utilizando a mesma metodologia, para 100% dos profissionais e a reorganização do apoio matricial às ESF. A Figura 4 refere-se a duas produções do Ministério da Saúde / FIOCRUZ que tiveram a contribuição da Coordenação da Área técnica da reabilitação e NASF de Belo Horizonte e que foram utilizadas na qualificação do apoio matricial e trabalho do NASF em 2014.

Figura 4 - Caderno de Atenção Básica n° 39 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, volume 1, contendo as ferramentas para a gestão e para o trabalho e Cadernos do Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase no NASF.



Especificamente, na área da Promoção da Saúde, o trabalho desenvolvido visa melhorar a qualidade de vida e prevenir fatores de risco como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, gatilhos para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças osteoarticulares e alguns tipos de câncer. As atividades também visam esclarecer sobre direitos em saúde, abordagem das dores crônicas, prevenção de agravos funcionais, redução da medicalização, dentre outros.

Em 2014, o quantitativo de pessoas beneficiadas por essas ações ultrapassou 290.000, conforme pode ser visualizado na Tabela 12. Ressalta-se que o formulário de produção específico do NASF foi inserido no prontuário eletrônico em 2012, permitindo a melhoria no registro dos dados pelos profissionais.

Tabela 12 - Evolução no número atendimentos, de equipes e de profissionais dos NASF em Belo Horizonte no período de 2009 a novembro de 2014

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Atendimentos Individuais	27.321	36.604	54.374	79.115	92.615	76.275
Atendimentos Coletivos: atividades realizadas	-	-	-	18.310	28.527	22.064
Atendimentos Coletivos - participantes	21.332	43.256	69.196	199.195	257.686	218.657
Número de Equipes	38	48	48	58	58	60
Número de Profissionais	189	301	336	378	394	394

Fonte: Tabwin/Fênix/GTIS/Jan 2015

2.9.2 Promoção da Saúde

Ancorado no conceito ampliado de saúde, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada e reeditada em novembro de 2014, a promoção da saúde é um “conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de

Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.”

Acompanhando esse conceito e buscando colocá-lo em prática na SMSA BH, no final do 1º semestre de 2014, reconstituiu-se um grupo de discussão e encaminhamentos: o GTPS – Grupo Técnico de Promoção da Saúde. Este grupo é composto por profissionais da GEAS e Gerência de Vigilância em Saúde e Informação (GVSI), que vem se reunindo, semanalmente, desde então, agregando outros técnicos interessados, com o intuito de organizar, expandir e dar visibilidade a todas as ações de Promoção da Saúde, em andamento. O GTPS buscou uma parceria com a área acadêmica (Mestrado de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência e Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, ambos da UFMG), para a qualificação das práticas.

Também, implementou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, pactuado com o Ministério da Saúde e o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde com a SESMG. Em relação a este último, além das ações desenvolvidas, particularmente, pelas Academias da Cidade, Lian Gong em 18 Terapias e equipes dos NASF foi importante, nesse conjunto, a implantação das Unidades Promotoras de Saúde em todos os 147 centros de saúde, fato que vem favorecer a incorporação dos conceitos e práticas de Promoção da Saúde na rede SUS- BH.

Destacam-se, também, as ações de Promoção da Saúde do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA), Atenção ao Adulto, Mulheres e Crianças. Outro aspecto que deve ser considerado é a característica indissociável da Promoção da Saúde em relação às práticas intra e inter setoriais, sobre as quais vem se fortalecendo a busca de uma harmonia e sinergia nessas práticas, agregando novos atores e idéias sempre bem-vindas!

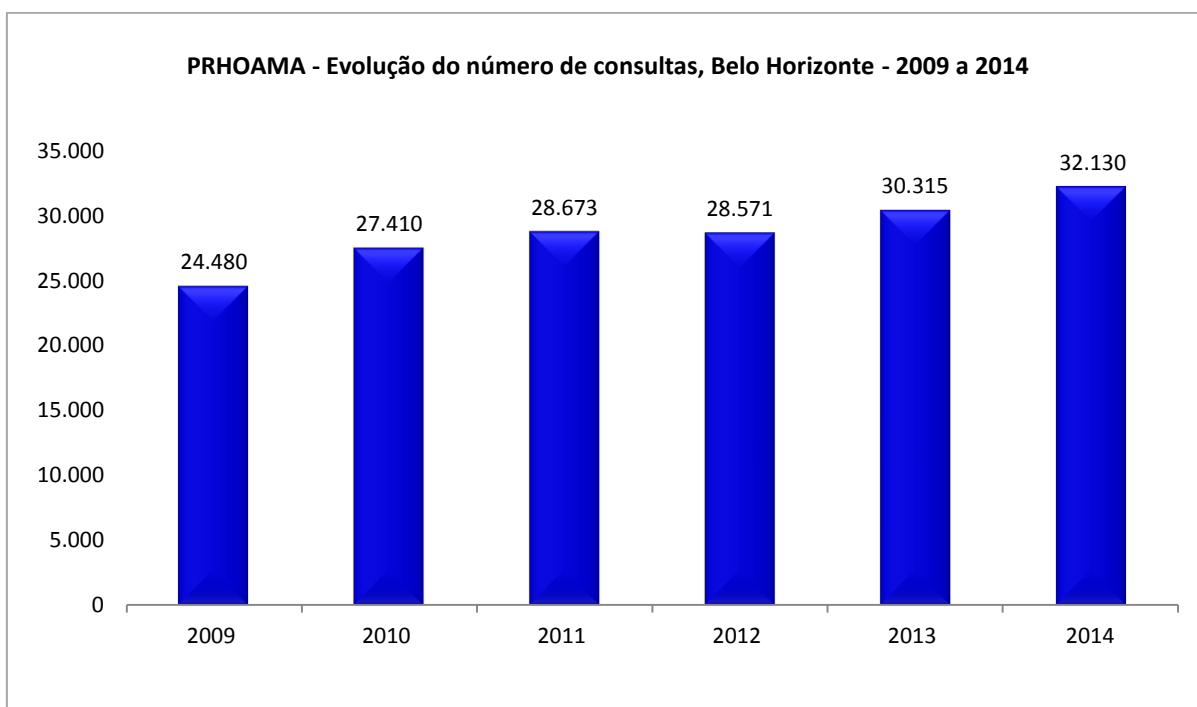
Praticar e valorizar ações no sentido de uma cultura de paz e de prevenção da violência compõe também os valores da Promoção da Saúde, proporcionando o empoderamento dos usuários e trabalhadores do SUS-BH, a sua autonomia e o auto cuidado no seu desenvolvimento humano saudável e sustentável.

2.9.3 PRHOAMA

O PRHOAMA atende aos usuários da APS desde 1994. Em 2014 o PRHOAMA comemorou 20 anos de atuação na rede SUS BH.

Mais uma vez houve aumento do número de atendimentos, o que tem se repetido de forma geral ao longo dos anos. Foram realizadas mais de 32.000 consultas em 2014, como mostra o Gráfico 23.

Gráfico 23-Evolução do número de consultas de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica em Belo Horizonte no período de 2009 a novembro de 2014



Fonte: SISREDE-SMSABH

Em 2014 foram criados novos folders pelos 20 anos do PRHOAMA. Estes folders abordam a integração das três racionalidades médicas, com informações sobre o tratamento com cada uma delas. É destinado principalmente à população, mas também aos profissionais da saúde. Houve a elaboração e distribuição de novo cartaz para divulgação do PRHOAMA nos centros de Saúde. Também foi lançado o selo comemorativo criado pelos 20 anos do PRHOAMA. Houve, ainda, o ingresso e a saída de alguns profissionais no PRHOAMA, atingindo um “equilíbrio dinâmico” de 37 médicos atendendo nas Unidades de Saúde ao final de 2014.

Na integração ao NASF, a diretriz principal é uma participação efetiva dos médicos do PRHOAMA no matriciamento. Concluída a fase de construção da Farmácia Pública

Municipal de Manipulação e Dispensação de Medicamentos Homeopáticos, Fitoterápicos e Antroposóficos, os esforços são agora dirigidos à fase de aquisição de mobiliário e equipamentos, e de organização dos recursos humanos necessários ao seu bom funcionamento.

Encontra-se em andamento a pesquisa “Avaliação do tratamento com Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica na melhoria da qualidade de vida de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde da SMSA/BH”. Esta pesquisa, que está sendo feita em parceria com o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG (instituição proponente), foi um dos projetos aprovados no primeiro edital do CNPq / Ministério da Saúde para Pesquisas em Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. O foco do estudo são mulheres com idade igual ou maior de 18 anos, atendidas no acolhimento dos centros de saúde e pelas equipes, com queixas de doenças crônicas. Também foram realizadas Oficinas de Desenvolvimento Humano com profissionais de saúde da rede, coordenadas por uma das médicas antroposóficas, segundo princípios e técnicas desta racionalidade médica.

2.9.4 Terapia Comunitária Integrativa

Em 2009, foi executado o convênio junto ao Ministério da Saúde como um continuum na implantação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF. O objetivo principal deste convênio foi formar, estimular e qualificar os profissionais, a partir de uma visão sistêmica, a lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, ampliando sua atuação na comunidade ou em qualquer espaço geográfico e com grupos específicos. Naquela oportunidade a SMSA BH, alinhada ao Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária de Minas Gerais formou 41 Terapeutas Comunitários: 25 ACS, 02 profissionais de nível médio e 14 de nível superior.

Foi criada a coordenação de TCI na Gerência de Assistência. Também foi consolidada a "Intervisão" mensal como estratégia de educação permanente, prevista no Plano Municipal de Educação Permanente com horas protegidas para este fim.

Os resultados vêm demonstrando a eficácia enquanto instrumento de intervenção social, valorizando a prevenção da doença, a promoção da saúde e a qualidade de vida dos participantes das rodas de TCI. Visando consolidar a implementação desta iniciativa, foi

proposta a oferta do “Curso de Formação em Terapia Comunitária” para mais 50 profissionais da rede.

A Terapia Comunitária Integrativa foi definida como uma política de promoção da saúde para o SUS BH. Com o incremento do número de terapeutas formados, é intenção, num futuro próximo, ofertar rodas de TCI em um maior número de centros de saúde. Está prevista na SMSA-BH a criação de um Pólo Formador junto ao órgão normatizador da categoria. Outra meta é o fortalecimento do encontro mensal de Intervisão, por constituir-se um espaço de formação continuada e permanente e uma estratégia motivacional para os profissionais já formados. A intervisão mensal realizada no CES respeita a carga horária ofertada atualmente aos profissionais Terapeutas Comunitários da rede, por meio do Plano de Educação Permanente com 08 h/mês. Os encontros favorecem o monitoramento e avaliação da distribuição proposta além, de promover a revisão do processo educativo baseado nas dificuldades apontadas pelos Terapeutas, visando garantir e qualificar a prática. Propicia também a superação ou melhoria dos problemas apresentados. Fortalecer a Intervisão como um lugar de interlocução com o serviço de saúde e fazer disto a práxis onde gestão, assistência e usuários encontrem respostas aos desafios que estão postos é meta para 2015.

2.9.5 Lian Gong em 18 Terapias

Lian Gong em 18 Terapias é uma ginástica terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa desenvolvida para prevenir e tratar dores no corpo e doenças com o foco no prolongamento da vida. Essa iniciativa segue os fundamentos da cultura milenar chinesa; contribui para colocar em prática ações de prevenção e promoção à saúde e a humanização do cuidado, e possibilita avançar na busca de uma nova cultura em saúde. Esta atividade física integra o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (Portaria 971/2006). Constitui uma ação importante na Promoção da Saúde e contribui no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Entre os principais benefícios destacam-se a eliminação da dor; a eliminação e/ou redução do uso de medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos e ansiolíticos; a melhora da qualidade do sono; maior mobilidade, flexibilidade e maior socialização.

A prática de Lian Gong teve início em 2007 e é realizada em 222 espaços da Saúde, sendo que destes, 141 são centros de saúde. Tem a duração de 30 a 60 minutos, pelo menos duas vezes por semana e conta com 290 trabalhadores / instrutores da saúde para condução da atividade, correspondendo a 274 grupos, com mais de 10 mil praticantes, em todo o município.

Em 2014, teve início uma nova turma de capacitação de instrutores de Lian Gong, com 40 trabalhadores, cuja formatura está prevista para agosto de 2015. Essa prática é realizada em eventos e, perpassando a rotina das unidades de saúde, propiciando maior divulgação e sensibilização sobre a importância da prática corporal e seus benefícios para a qualidade de vida.

Os principais eventos de 2014 foram: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família/Brasília/DF; Fundação ZOO Botânica (apresentação do Lian Gong para gestores e trabalhadores); Dia Mundial da Saúde; Dia Mundial do AVC; Circuito da Saúde / CEFET; Oficina Saúde e Bem Estar- SMARH; I Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;. Programa Inserção do Novo Servidor; Programa Inserção “Mais Médicos”; Seminário Promoção da Saúde do Trabalhador; Homenagem na Câmara Municipal; Residência Multiprofissional; Semana Interna de Prevenção e Acidentes de Trabalho/SIPAT na Santa Casa e Empresa REAL ÔNIBUS; Comemoração dos 116 anos de BH; 2ª *Roda de Conversa* sobre Ações Intersetoriais de Enfrentamento da Miséria: Projeto Família Cidadã, BH Sem Miséria; 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente/ABRASCO; 18º Seminário Anual Via Cinco; Seminário Promoção da Saúde- Escola de Enfermagem UFMG; Oficina Auto Percussão para Vitalidade; Seminário Anual da GGTE/SMSA. Houve participações em vários espaços levando a maior visibilidade para a atividade. Há necessidade de sensibilizar gestores, trabalhadores e usuários para maior participação nas ações de promoção da saúde, buscando o protagonismo, o empoderamento dos cidadãos e a transformação por uma nova cultura em saúde. Outro aspecto dificultador é o fato de que a prática de Lia Gong está disseminado pela rede de saúde e os trabalhadores/instrutores estão vinculados a várias gerências e a outras frentes de trabalho, acarretando falhas de comunicação e no repasse de informações precisas sobre a produção e o número exato de praticantes. A tabela 13 apresenta o número de unidades, de grupos de instrutores e de alunos inscritos no período de 2008 a 2014.

Tabela 13 - Dados consolidados do Liang Gong em 18 Terapias, Belo Horizonte - 2008 a novembro de 2014.

Lian Gong	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Nº Espaços com projeto (acumulado)	70	109	136	165	167	202	222	222
Nº Grupos com projeto (acumulado)						272	274	274
Nº Instrutores capacitados por ano	70	70	70	70	40	42	40	402
Nº Alunos Inscritos (acumulado)	2.100	4.360	6.300	7.500	10.000	10.000	11.000 10.000	11.500 >10.000

Fonte: GEAS, SMSA SUSBH, 2014

2.9.6 Controle do Tabagismo

O Controle do Tabagismo na SMSA tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbi mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil e envolve dois grandes objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, além da proteção aos não fumantes contra os males do tabagismo passivo. As primeiras atividades mais sistematizadas ocorreram em 2001, com esclarecimentos e atividades educativas para a rede municipal.

Em 2004, foram capacitados os primeiros profissionais na Abordagem Intensiva dos Fumantes, mas somente em 2006, quando o INCA iniciou a distribuição dos insumos para o programa (manuais e medicamentos), começaram a ser realizados os primeiros grupos de Terapia Cognitivo-comportamental, estratégia usada para apoiar fumantes a parar de fumar. Desde então, foram realizadas algumas capacitações, mas o número de Centros de Saúde que implantaram o tratamento na rede foi pequeno, devido à grande rotatividade dos profissionais e às dificuldades de inserir essa ação na Atenção Primária. A partir de 2012 foram capacitados os profissionais do NASF e das Academias da Cidade, o que resultou em um aumento do número de CS com as atividades de controle do tabagismo. Sobre o acesso ao tratamento, cada Centro de Saúde atende os fumantes da sua área de abrangência. Em 2012, foram também revistas algumas diretrizes assistenciais, readequando o tempo de

acompanhamento do tratamento intensivo para seis meses e aumentando a oferta de tratamento individual, com o objetivo de otimizar e ampliar o acesso.

O controle do tabagismo tem atuado por meio das seguintes estratégias e ações: promoção de Ambientes 100% Livres de Tabaco; promoção da Abordagem Breve; capacitações dos profissionais para Abordagem Intensiva; planejamento e controle de insumos; elaboração de materiais de divulgação e de apoio às campanhas educativas e aos atendimentos nas unidades da rede; articulação com demais programas de promoção à saúde e de enfrentamento de doenças crônicas; mobilização com outras entidades e divulgação das ações na mídia.

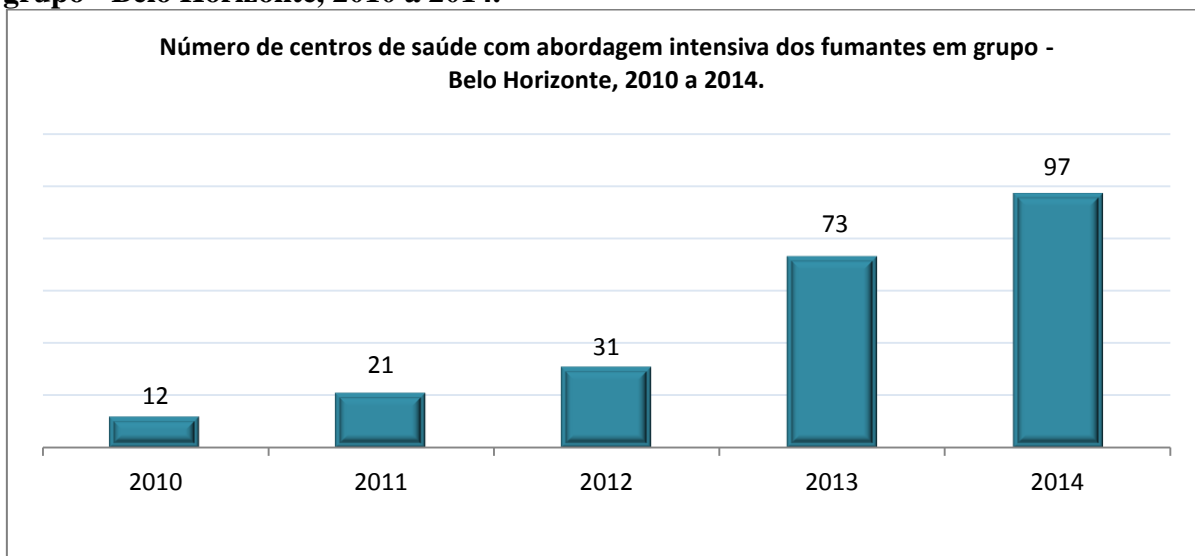
Em 2014, foram realizados os seguintes eventos: 31 de maio (Dia Mundial sem Tabaco), com ações comemorativas à publicação do decreto Nº 8.262 que regulamenta a lei federal 12.546; 29 de agosto, evento na Rodoviária de BH; dezembro, com ação de mobilização em restaurante de BH, marcando a entrada em vigor da regulamentação da Lei Federal, que determina a extinção de fumódromos. Foram confeccionadas placas de sinalização com símbolo e dizeres “Aqui cuidamos da sua saúde. Não fume.” O objetivo é reforçar a diretriz de que todos os serviços cumpram a determinação de serem 100% livres de tabaco. As referidas placas estão sendo distribuídas gradativamente e previstas para todos os Centros de Saúde, CERSAM, UPA e unidades da Rede Complementar.

Nos últimos anos, os profissionais dos centros de saúde foram capacitados para perguntar aos usuários, em qualquer atendimento, se são fumantes, ex-fumantes ou não fumantes. Os fumantes são orientados e incentivados a parar de fumar, através de uma intervenção simples, com duração de 3 a 10 minutos, chamada abordagem breve.

Para aqueles fumantes que não conseguem parar com esta abordagem, é indicada a terapia cognitivo-comportamental, em grupo ou individual. Os grupos são coordenados por dois profissionais de nível superior e têm, no máximo, 15 fumantes. Desde 2012, várias capacitações vêm sendo oferecidas na rede, de acordo com a metodologia proposta pelo INCA, para subsidiar os profissionais de saúde na realização de uma abordagem efetiva aos usuários fumantes.

Neste ano, foram realizados quatro cursos de abordagem ao fumante, totalizando 198 profissionais de nível superior capacitados. Sobre a oferta de tratamento intensivo, o Gráfico 24 apresenta a evolução da cobertura do tratamento dos fumantes na rede municipal de BH ao longo dos últimos anos.

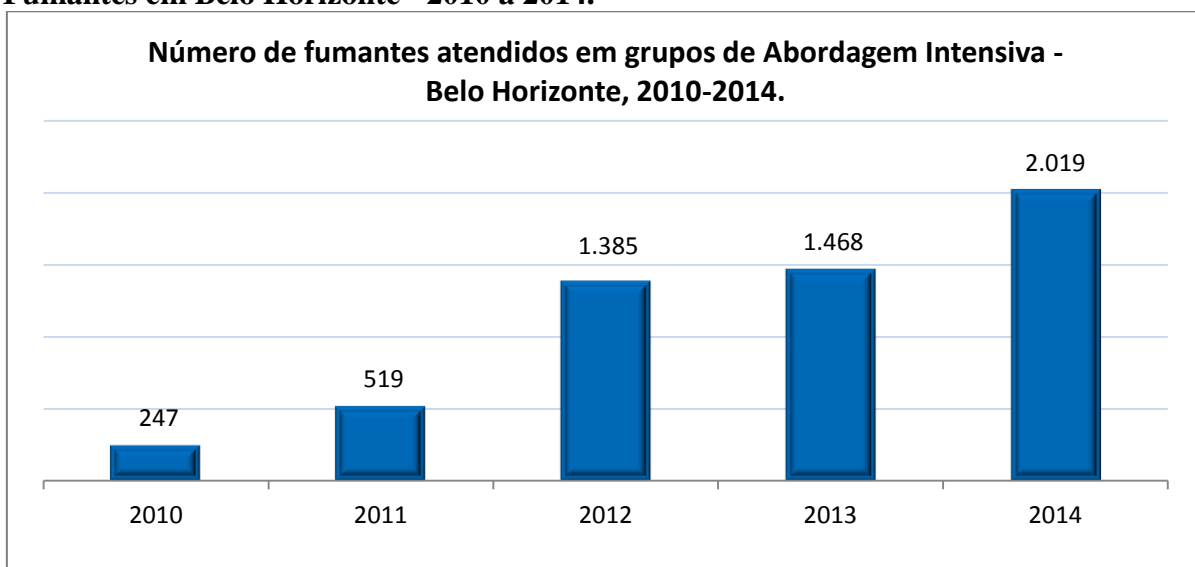
Gráfico 24 - Número de centros de saúde com abordagem intensiva dos fumantes em grupo - Belo Horizonte, 2010 a 2014.



Fonte: INCA/MS / GEAS / SMSA

No ano 2014, um total de 97 centros de saúde dos nove distritos sanitários oferecem grupos de tratamento. O Hospital das Clínicas da UFMG também está ofertando esta modalidade de tratamento. Em relação aos fumantes que receberam o tratamento em grupo, o Gráfico 25 aponta um aumento significativo de pessoas participantes, desde 2010. No ano 2014, o número de pessoas que ingressaram no programa foi de 2.019 usuários.

Gráfico 25 - Número de pessoas atendidas em grupos de abordagem Intensiva dos Fumantes em Belo Horizonte - 2010 a 2014.



Fonte: INCA//MS/GEAS/SMSA BH

Para os próximos anos, o Controle do Tabagismo tem os seguintes objetivos: manter a realização dos grupos nos Centros de Saúde onde já estão implantados; capacitar outros profissionais de nível superior e unidades para a implantação do programa, através de cursos, web conferências, oficinas e palestras; capacitar multiplicadores para a Abordagem Breve junto aos Agentes Comunitários de Saúde; manter a participação no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas e nas políticas de Promoção à Saúde; implantar o tratamento dos fumantes nas unidades de Saúde Mental da rede SUS-BH; apoiar o programa de tratamento dos fumantes nos hospitais públicos de BH; manter a realização das atividades comemorativas nas datas pontuais alusivas ao tabagismo.

Com recursos do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas (Portaria 2993/2012 do MS), serão confeccionados 150 álbuns seriados sobre Tabagismo para todos os CS, com a finalidade de auxiliar os profissionais nas abordagens aos fumantes e nas capacitações em nível local. Serão confeccionadas 2.800 camisetas com o tema do tabagismo, para todos os Agentes Comunitários de Saúde da rede municipal. Serão adquiridos também 10 notebooks e 10 data shows (01 para o nível central da SMSA e 01 para cada Distrito Sanitário), a serem disponibilizados aos profissionais dos CS, para a realização de palestras sobre Tabagismo.

2.10 População Privada de Liberdade

A SMSA-BH criou uma equipe para atuar junto à população privada de liberdade (PPL) no município. Essa foi uma iniciativa pioneira no país, por meio da qual o SUS-BH buscou contribuir para a garantia do acesso à saúde a essa população, historicamente negligenciada em seus direitos sociais básicos. Atualmente, a equipe que atende a população adulta privada de liberdade é composta por 1 médica, 1 enfermeiro e 3 auxiliares de enfermagem. Essa equipe realiza atendimentos à PPL nas seguintes unidades prisionais/provisórias: CERESP Centro-Sul, Casa do Albergado Presidente João Pessoa e Penitenciária Professor Estevão Pinto (PIEP). A população prisional total dessas três unidades é de, aproximadamente, 579 pessoas (Tabela 14) e existem consideráveis diferenças entre os tipos de unidades prisionais características das suas populações.

Tabela 14 - Relação das Unidades Prisionais de Belo Horizonte segundo capacidade e lotação.

Unidade Prisional	Público	Capacidade	Lotação
CERESP/Centro-Sul	Feminino Provisório	90	150
Penitenciária Estevão Pinto/Leste	Feminino sentenciado	375	380
Casa do Albergado Presidente J. Pessoa	Masculino Regime aberto	100	89

Fonte: GEREPI/SMSA BH

A Secretaria de Defesa Social (SEDS) possui seus quadros próprios de recursos humanos para cada uma das Instituições Prisionais de BH, com profissionais de diversas categorias da saúde prestando concomitantemente com a SMSA BH, atenção, vigilância e assistência à saúde da PPL. Tem sido uma construção com profícua agenda de trabalho e continuidade prevista para 2015, como o alinhamento das ações em busca da franca adesão às Diretrizes, Fluxos e Protocolos Assistenciais do SUSBH. Está em andamento a adesão da SMSA BH à Política Nacional de Assistência Integral à Saúde Prisional. Este movimento segue o novo marco regulatório (Portaria Interministerial Nº 1 de 02/01/14 e a Nº 482 de 01/4/14) juntamente com a complementação legal do Estado de Minas Gerais.

Além de uma intensa pauta de trabalho e reuniões com os representantes da saúde prisional da SESMG e os das Instituições Prisionais, internamente, a SMSA -BH tem promovido estudos e debates sobre a possível composição de uma Equipe Híbrida com à Equipe de Saúde da SEDS. O intuito é viabilizar a Equipe de Saúde Prisional, preconizada na regulamentação para vir a atender toda a população privada de liberdade de Belo Horizonte, cujas negociações estão em curso. Algumas dificuldades interferem no cuidado prestado como a infra estrutura precária das unidades prisionais, elevada rotatividade na ocupação de vagas dos CERESP; a impossibilidade de utilizar o prontuário eletrônico; a superlotação das celas; as perdas de consultas especializadas; a não priorização de agravos de saúde em detrimento das questões relativas à segurança e a dificuldade de vigilância à saúde e dos casos agudos durante o horário descoberto pela equipe de saúde do município. A atuação da equipe de saúde da SMSA representa uma grande contribuição para a melhoria da saúde da população prisional, ainda que não seja possível desenvolver um trabalho de vigilância em saúde nos mesmos moldes daquele que é realizado junto às famílias adscritas a um determinado território.

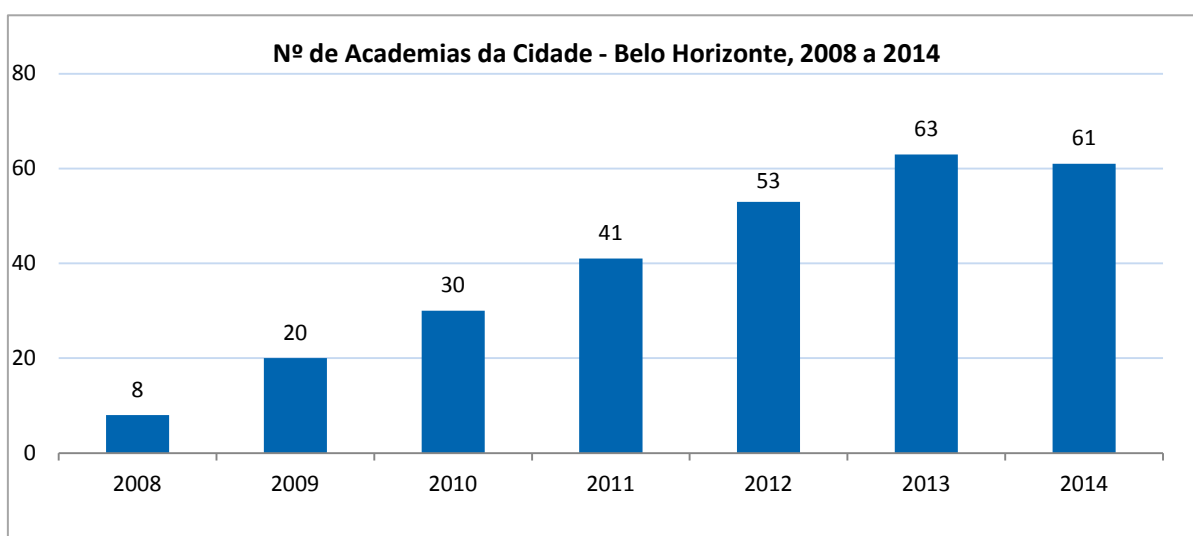
2.11 Academias da Cidade

As academias da cidade configuram-se como espaços de vigilância a saúde, utilizando a prática do exercício físico como ferramenta na busca da melhoria da qualidade de vida da população adscrita às áreas de abrangência dos centros de saúde. As atividades são ministradas por profissionais habilitados em Educação Física, tendo a contribuição de outros profissionais e setores governamentais e não governamentais, favorecendo assim o processo educativo e cultural que possibilite a construção de um estilo de vida saudável. Qualquer pessoa, preferencialmente, acima de 18 anos pode participar. As aulas são realizadas de acordo com a necessidade e condição física dos participantes. O objetivo é trabalhar o condicionamento físico geral, através de aulas de dança, *step*, ginástica localizada, caminhada orientada, lutas, esportes, entre outros.

As academias têm em média 400 usuários e funcionam de segunda a sábado, em um ou mais turnos: manhã, tarde e noite. Cada usuário utiliza a academia durante uma hora, pelo menos três vezes na semana.

Ao longo dos últimos anos a ampliação da Academia da Cidade é um exemplo da evolução das ações de promoção da saúde desenvolvidas em Belo Horizonte. Como Projeto Sustentador da SMSA BH, sua meta é finalizar o ano de 2016 com 100 academias da cidade, em funcionamento. (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Evolução do número de Academias da Cidade em Belo Horizonte no período de 2008 a 2014.

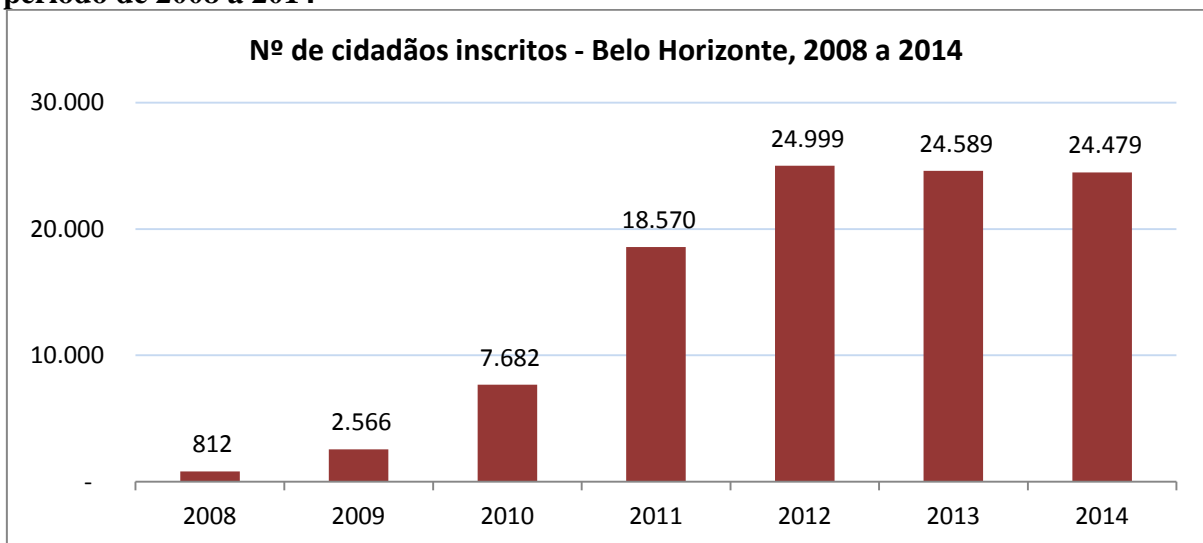


Fonte: GEAS/SMSA-BH (Sistema de informação do Programa Academia da Cidade)

Houve uma redução do número de academias de 63 para 61 entre os anos de 2013 e 2014. O fechamento da Academia em Venda Nova ocorreu por solicitação do Padre da Paróquia Nossa Senhora do Carmo. A reabertura desta unidade está programada para acontecer no espaço do Laboratório do Movimento Risoleta Neves, mas ainda não se efetivou. O fechamento da Academia JK ocorreu por solicitação da síndica local e está programada a reabertura deste pólo em um novo local, próximo a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, no Barro Preto.

O Gráfico 27 demonstra a evolução do número de cidadãos inscritos nas academias da Cidade, entre os anos de 2008 a 2014.

Gráfico 27 - Total de cidadãos inscritos nas Academias da Cidade de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014



Fonte: GEAS/SMSA-BH (Sistema de informação do Programa Academia da Cidade)

A redução do número total de usuários entre os anos de 2013 e 2014 justifica-se devido à diminuição do número de alunos das duas academias que foram fechadas. Mesmo com a redução no número de academias, houve um crescimento do número de usuários por academia, em 2014. Desta forma, mesmo com duas unidades a menos, foi mantido o total de usuário próximo ao ano de 2013 (400 usuários), acompanhando a média por academia.

3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em Belo Horizonte, a Vigilância em Saúde envolve atividades de vigilância epidemiológica dos agravos transmissíveis e não transmissíveis, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador, saúde do viajante, controle de zoonoses e imunizações.

Além do trabalho específico desenvolvido por cada área, vários materiais informativos foram elaborados em conjunto com o objetivo de divulgar os dados relacionados à saúde e orientar os profissionais e a população. Outra atividade importante é a publicação dos boletins informativos da Vigilância em Saúde, pelo quarto ano consecutivo.

Figura 5 – Boletins informativos da Vigilância em Saúde



3.1 Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis

3.1.1 Descentralização da profilaxia da raiva humana

Com o objetivo de levar o atendimento antirrábico humano a todos os 147 centros de saúde, foram capacitados aproximadamente 1000 profissionais de saúde, inclusive dos hospitais referência (João XXIII e João Paulo II). Também, foi descentralizada a profilaxia pré-exposição e coleta de sorologia para os funcionários da PBH, com risco profissional. Foi elaborado um fluxograma de atendimento, com referências e suporte técnico a todas as

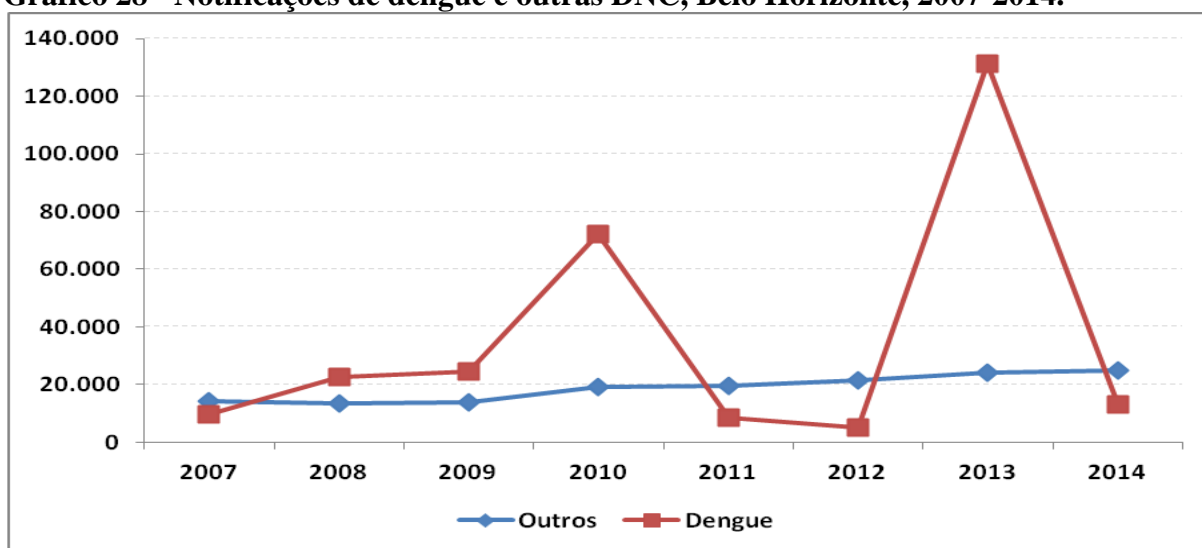
unidades de saúde, além de distribuição de material técnico e cartaz com o esquema vacinal. Em média, 1.700 acidentes são notificados anualmente, destes, 80% são relacionados ao cão, 10% ao gato, 0,5% a morcego e 9% a outros.

O grande destaque da descentralização foi o trabalho conjunto entre as Gerências de Epidemiologia, Zoonoses, Assistência, Apoio ao Diagnóstico, Educação Permanente e o CRIE (Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais), na construção de todo o processo e na continuidade do mesmo.

3.1.2 Dengue e Chikungunya

A dengue é a doença de notificação compulsória (DNC) com maior número de registros em Belo Horizonte, tendo representado mais de 80% de todas as notificações ocorridas em 2010. Em 2011 e 2012 houve uma redução no número de casos, passando a corresponder a 27% das notificações em 2012. Em 2013, com a ocorrência de uma epidemia, as notificações de dengue constituíram 84% das DNC. No ano não epidêmico de 2014 os casos voltaram ao patamar anterior, representando 34,6% do total de notificações. Esse percentual de notificações de dengue comparado com as demais DNC demonstra seu grande impacto na população e no sistema de saúde, mesmo considerando os anos não epidêmicos (Gráfico 28).

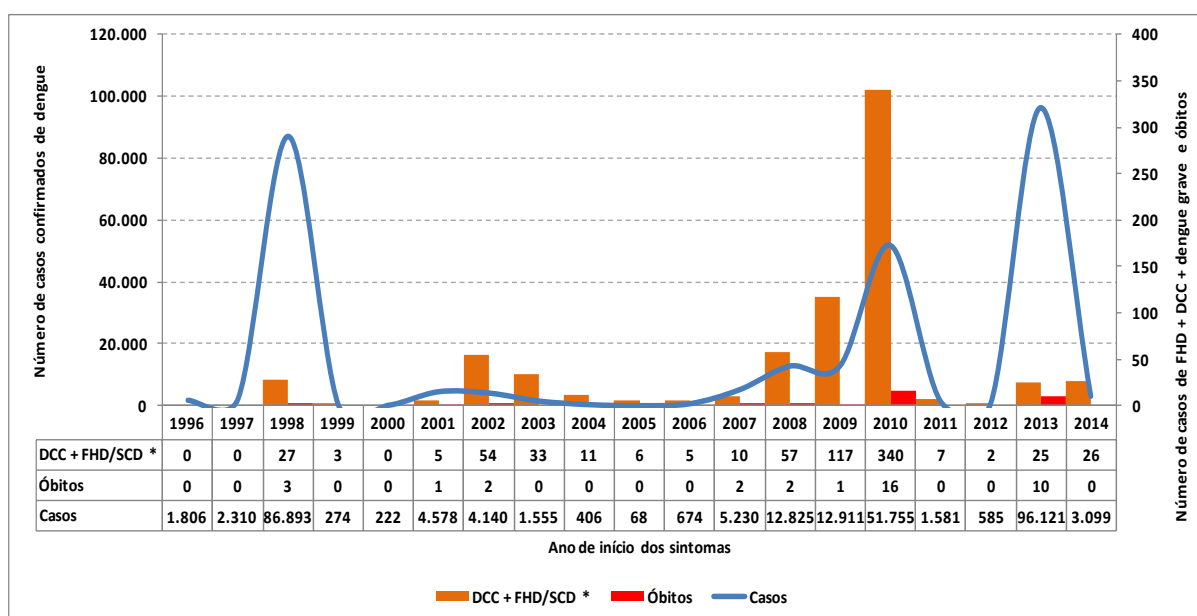
Gráfico 28 - Notificações de dengue e outras DNC, Belo Horizonte, 2007-2014.



Fonte: Sinan On line e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH; residentes em Belo Horizonte, dados referentes as séries de 2007 a 2014, atualizados em 12/03/2015.

A dengue apresentou crescimento no número de casos entre os anos de 2007 e 2010. Após esse período, apresentou baixa ocorrência nos anos de 2011 e 2012, sendo que nas últimas semanas de 2012 as notificações apresentaram um crescimento acima do esperado o que culminou com a maior epidemia de dengue do município em 2013. Em 2014 foram notificados 12.715 suspeitos. Desses, 3.099 (24,4%) foram confirmados, 25 casos apresentaram algum sinal de alarme e apenas um caso apresentou quadro de dengue grave (Gráfico 29).

Gráfico 29 - Casos confirmados de dengue, FHD, DCC e óbitos, Belo Horizonte, 1996-2014.



Fonte: Sinan On line e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, residentes em Belo Horizonte; dados referentes as séries de 1996 a 2014, atualizados em 12/03/2015. *Soma dos casos de dengue com complicações, dengue com sinais de alarme, febre hemorrágica do dengue e síndrome do choque do dengue.

A situação epidemiológica e a distribuição dos casos do município ao longo da serie histórica da vigilância do agravo estão demonstradas nas tabelas 15 e 16, e gráfico 29. A maior incidência da doença ocorreu no ano de 1998 com 4.154,8 casos, por 100.000 habitantes. O ano de 2013, com maior número absoluto de casos apresentou menor incidência. Os anos com menores incidências foram de 2005, com três casos por 100.000 habitantes e de 2000 com 9,9 casos, por 100.000 habitantes.

Tabela 15 - Casos confirmados, óbitos e incidência de dengue, Belo Horizonte, 1996-2014.

Ano	Casos confirmados	Óbitos	Incidência ¹
1996	1.806	0	86,4
1997	2.310	0	110,5
1998	86.893	3	4.154,8
1999	274	0	13,1
2000	222	0	9,9
2001	4.578	1	204,5
2002	4.140	2	185
2003	1.555	0	69,5
2004	406	0	18,1
2005	68	0	3,0
2006	674	0	29,9
2007	5.230	2	233,7
2008	12.841	3	573,7
2009	12.911	0	576,8
2010	51.755	15	2.178,5
2011	1.581	0	66,6
2012	585	0	24,6
2013	96.121	10	4.028,0
2014	3.099	0	130,5

Fonte: Sinan On line e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, residentes em Belo Horizonte, atualizados em 12/03/2015.

¹A incidência foi calculada pela seguinte fórmula: (Número de casos confirmados de dengue em residentes em BH/ População de Belo Horizonte) x 100.000. População segundo IBGE (1996 a 1999 = 2.091.371; 2000 a 2009 = 2.238.526; 2010 a 2014 = 2.375.151)

Em 2014 foram notificados 12.712 casos suspeitos e 3.099 casos confirmados. O percentual de confirmação dos casos foi de 25 %, o que retrata bem a positividade da ocorrência no ano. O Distrito Sanitário (DS) Oeste apresentou o maior número de casos confirmados, 714(23%); em segundo lugar, o DS Noroeste com 489(16%) casos. O DS com menor número de casos foi o DS Centro Sul, com 177(6%) casos confirmados. O DS com maior número de notificações também foi o Oeste com 1.980(23%), DS Leste ficou com segundo maior numero de notificações: 1.759(16%), (Tabela 16).

Tabela 16 - Classificação final dos casos de dengue por DS de residência, Belo Horizonte, 2014

Distrito	Dengue	Dengue com sinais de alarme	Dengue grave	Descartados	Pendentes	Total	% Casos confirmados	% Casos descartados
Ignorado	4	0	0	3	16	23	57	43
Barreiro	239	2	1	1.162	0	1.404	17	83
Centro Sul	176	1	0	463	8	648	28	72
Leste	364	1	0	1.389	5	1.759	21	79
Nordeste	301	0	0	1.122	35	1.458	21	79
Noroeste	486	3	0	805	2	1.296	38	62
Norte	277	1	0	1.118	12	1.408	20	80
Oeste	714	0	0	1.266	0	1.980	36	64
Pampulha	317	17	0	1.177	4	1.515	22	78
Venda Nova	195	0	0	1.030	5	1.230	16	84
Total	3.073	25	1	9.535	87	12.721	25	75

Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, dados referentes a 2014 atualizados em 12/03/2015.

Em 2012 foram realizados 880 testes rápidos NS1 para dengue e 66 (7,5%) foram positivos. Já em 2013 foram 3.306 testes NS1, desses 847 (25,6%) foram positivos. Em 2014 foram realizados 852 testes NS1, desses 139 (16,1%) foram positivos. Todas as amostras positivas e aproximadamente 10% das negativas foram enviadas para isolamento viral na FUNED.

A equipe da GEEPI atuou na vigilância epidemiológica da dengue nas seguintes frentes de trabalho:

- ✓ monitoramento e investigação dos casos com manifestações clínicas mais graves, sendo eles dengue com complicações, FHD/SCD conforme antiga classificação e dengue com sinais de alarme e dengue grave, tendo em vista a nova classificação;
- ✓ realização de análises de dados semanais, em conjunto com técnicos da Gerência de Controle de Zoonoses, para orientar as ações de controle vetorial;
- ✓ participação na atualização do protocolo de manejo clínico e capacitação das equipes, em conjunto com a GEAS, além de acompanhamento dos fluxos de coleta, realização e divulgação dos resultados de exames laboratoriais;
- ✓ alimentação e qualificação dos sistemas de informação (SISVE e SINAN), análise dos dados e divulgação semanal das análises;

- ✓ divulgação de notas técnicas para toda a rede com orientações sobre isolamento viral, coleta de sorologia, interrupção de coleta, de acordo com critérios epidemiológicos definidos;
- ✓ investigação de todos os casos suspeitos de dengue e de febres hemorrágicas que evoluíram para óbito para identificação de prováveis fatores de risco e/ou dificuldade de acesso à assistência à saúde adequada;
- ✓ monitoramento dos indicadores definidos no Plano de Contingência da Dengue e discussão semanal ou quinzenal dos mesmos no Grupo Executivo de Controle da Dengue e Chikungunya (GECDC), para a proposição e avaliação de ações intersetoriais.

Avanços na vigilância da dengue:

- ✓ intensificação do monitoramento viral com a triagem das amostras pelo NS1 e a descentralização do NS1 Elisa para o Laboratório Municipal;
- ✓ implantação de nova ficha da dengue contemplando informações sobre comorbidades e sinais de alarme;
- ✓ integração dos Sistemas de Informação SINAN-SISVE;
- ✓ acompanhamento trimestral do indicador para a Bonificação Variável do Agente de Controle de Endemias (ACE).
- ✓ divulgação das análises aos distritos para correções e acompanhamento.
- ✓ ampliação do uso do teste rápido NS1 em pontos importantes da rede privada e público estadual, com fornecimento dos kits durante todo o ano de 2014.

Vigilância da Febre do Chikungunya:

O risco de introdução da Febre do Chikungunya em Belo Horizonte é alto devido à existência de situações como a importação por viajantes doentes, presença de vetores competentes (mesmos vetores da dengue) e população totalmente suscetível. Sendo assim a preparação do Sistema de Saúde com antecedência é essencial para o enfrentamento dessa possível emergência de saúde pública.

A ocorrência de casos e epidemias no Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Roraima, Bahia e casos confirmados em Pedro Leopoldo e Matozinhos, vizinhos a Belo

Horizonte, amplia a possibilidade de indivíduos infectados transitarem na cidade durante o período de viremia, e dessa forma introduzirem a doença.

Os vírus são transmitidos através da picada do mosquito infectado das espécies *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Em Belo Horizonte, existe presença importante do *Aedes aegypti*, enquanto o *Aedes albopictus* é encontrado principalmente nas áreas com maior presença de vegetação.

Dessa forma, a GVSI, GEAS, GDIG e GEUR construíram conjuntamente um plano de contingência para a prevenção e enfrentamento da doença no município. Inicialmente, Belo Horizonte adotou uma estratégia abrangente para captação de casos, tornando mais sensível a definição de caso utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES), onde toda pessoa com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia (principalmente de mãos e punhos) intensa de início agudo, não explicado por outras condições foram notificados, monitorados, investigados e adotadas medidas de controle vetorial para Chikungunya.

Após quase dois meses de uso dessa definição foi feita uma alteração, acrescentando o componente epidemiológico (ter estado em local com transmissão ativa de casos) e assim se assemelhando a definição utilizada pelo MS e SES. Mesmo assim, foram mantidas as ações de controle de vetores, investigação epidemiológica e monitoramento clínico dos casos conforme a definição anterior até o final da fase aguda da doença (10 dias de início dos sintomas). Os que mantiveram quadro clínico característico da doença, mesmo sem o componente epidemiológico tiveram os testes laboratoriais realizados para o adequado diagnóstico.

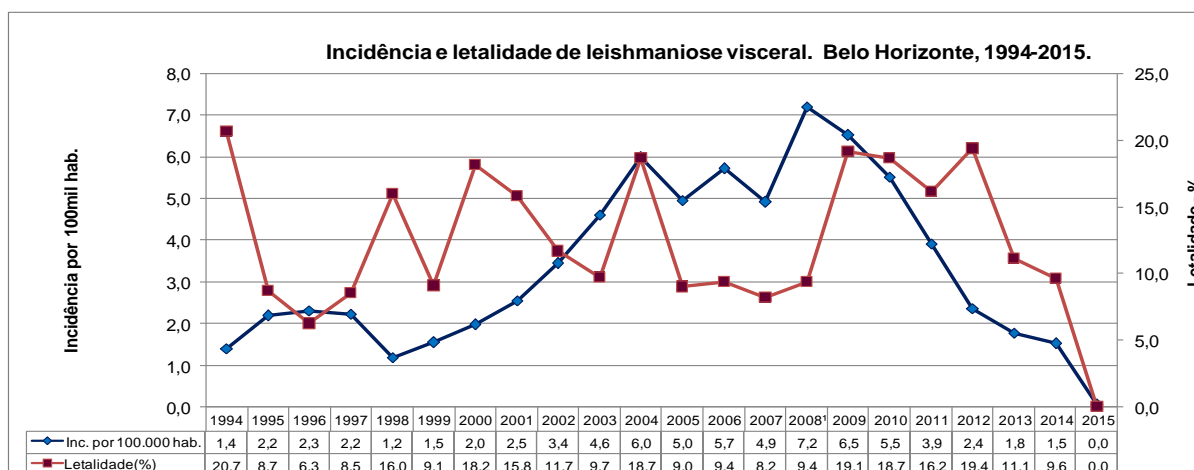
Em consequência dessa definição mais abrangente, em Belo Horizonte, até dezembro de 2014, foram notificados e monitorados cerca de 90 casos suspeitos de Chikungunya. Apenas três casos tiveram a definição de caso com vínculo epidemiológico, e dois desses são residentes nos Estados Unidos e possuem familiares em Belo Horizonte residentes na Região Nordeste. Essas pessoas saíram dos EUA, tiveram um período de férias na Jamaica, onde estava ocorrendo uma epidemia, chegaram doentes ao Brasil e procuraram as unidades de saúde locais no mesmo dia da chegada, quando foram iniciadas todas as atividades que levaram a confirmação dos casos. Outro caso, agora residente de Belo Horizonte, viajou para a Colômbia, onde também apresentava epidemia, foi monitorado e investigado, mas foi descartado (resultado negativo).

3.1.3 Leishmaniose visceral

Outra zoonose de importância para o município é a Leishmaniose Visceral (LV). A vigilância tem atuação importante na investigação de casos e também participa da atualização de protocolos e de proposição de estratégias para seu diagnóstico oportuno. Além da busca na redução da incidência da doença, o grande desafio tem sido reduzir sua letalidade (Gráfico 30). Para tal, vários esforços têm sido feitos, dentre eles, elaboração e divulgação da publicação “Perguntas e Respostas sobre Leishmaniose visceral” e sensibilização da rede para o diagnóstico precoce. Uma das estratégias foi a implantação do teste rápido para Leishmaniose visceral, desde maio de 2010, em oito unidades de pronto atendimento e seis hospitais do município. Com maior disponibilidade e agilidade do exame, o diagnóstico é feito em tempo oportuno, possibilitando o início do tratamento, o mais cedo possível. Foram realizados 2.031 exames desde maio de 2010, com identificação de 347 pacientes positivos (Tabela 17).

É importante ressaltar o monitoramento contínuo das solicitações de internação por Leishmaniose visceral, por meio do banco da Central de Internações e investigação dos óbitos por LV, para identificar fatores de risco e avaliar a assistência recebida.

Gráfico 30 - Incidência e letalidade por leishmaniose visceral humana, Belo Horizonte, 1994-2015*



Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH dados até 20/02/2015

¹ Considerados os casos prevalentes e óbito segundo ano de notificação, a partir de 2008

² Dados parciais

Tabela 17 - Testes rápidos realizados em Belo Horizonte para diagnóstico de leishmaniose visceral, maio 2010 a dezembro 2014

Ano	Positivo		Negativo		Indeterminado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2010	88	31,1	194	68,55	1	0,35	283
2011	99	25,92	281	73,56	2	0,52	382
2012	37	13,41	239	86,59	-		276
2013	60	11,54	459	88,27	1	0,19	520
2014	63	11,05	506	88,77	1	0,18	570
Total	347	17,09	1.679	82,67	5	0,25	2.031

Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-

Entre 2008 e 2014 foram notificados 665 casos humanos autóctones da LV, em Belo Horizonte. Observa-se uma diminuição do número de casos humanos no município nos últimos anos. Estes resultados demonstram que a adequação e a continuidade de execução das ações preconizadas no município quanto ao diagnóstico precoce, condução clínica dos casos e manejo ambiental impactou de forma efetiva e positiva o controle da doença (Tabela 18).

Tabela 18 - Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral por Distrito Sanitário e Ano de Ocorrência. Belo Horizonte, 2008 a 2014

DISTRITO	2008		2009		2010*		2011		2012*		2013*		2014*		Pop.Total		
	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	2000	2010*	2012
Barreiro	11	4,2	13	5,0	18	6,4	10	3,5	6	2,1	5	1,8	3	1,1	262.194	282.552	282.582
Centro Sul	8	3,1	7	2,7	2	0,7	6	2,2	2	0,7	2	0,7	2	0,7	260.524	272.285	282.848
Leste	15	5,9	9	3,5	14	5,6	12	4,8	8	3,4	8	3,4	2	0,8	254.573	249.273	238.539
Nordeste	42	15,3	16	5,8	27	9,3	11	3,8	7	2,4	5	1,7	6	2,1	274.060	291.110	290.353
Noroeste	28	8,3	25	7,4	15	4,5	11	3,3	10	3,7	2	0,7	5	1,9	338.100	331.362	268.038
Norte	13	6,7	19	9,8	11	5,2	10	4,7	7	3,3	2	0,9	6	2,8	193.764	212.953	210.964
Oeste	9	3,4	15	5,6	15	5,2	7	2,4	5	1,6	6	1,9	4	1,3	268.124	286.118	309.447
Pampulha	5	3,5	8	5,6	10	5,3	5	2,7	2	0,9	5	2,2	2	0,9	141.853	187.315	226.009
Venda Nova	26	10,6	24	9,8	13	5,0	16	6,1	5	1,9	2	0,8	5	1,9	245.334	262.183	266.371
Ignorado	4		10		6		5		4		5		1				
Total	161	7,2	146	6,5	131	5,5	93	3,9	56	2,4	42	1,8	36	1,5	2.238.526	2.375.151	2.375.151

Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH

* população: censo 2000 (até 2009); censo 2010 (2010 e 2011); censo 2010 alteração AAB (2012)3

3.1.4 Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Os objetivos da vigilância de SRAG são identificar os principais vírus respiratórios relacionados a formas graves, novos vírus com potencial pandêmico e os vírus Influenza

3.1.5 Vigilância da Tuberculose

A incidência de tuberculose no município foi, em 2013, de 25,5 casos por 100 mil habitantes e foram diagnosticados 361 casos bacilíferos de tuberculose, dos quais 71,1% foram curados e 15,1% abandonaram o tratamento. As metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são de pelo menos 85% de cura e no máximo 5% de abandono. O município tem realizado as seguintes atividades para alcançar essas metas: treinamento das equipes de saúde (profissionais de nível médio e superior), atendimento dos pacientes por equipe multidisciplinar; Tratamento Diretamente Observado (TDO) nos pacientes das áreas de abrangência pelos Agentes Comunitários de Saúde, e auditorias clínicas, através da avaliação dos prontuários e dos instrumentos de registro e discussão dos casos mais complexos.

Muitos são os desafios atuais na vigilância da tuberculose, em Belo Horizonte: aumentar a solicitação e realização do teste anti-HIV para todos os casos e da cultura de escarro para todos os casos de re-tratamento, aumentar a identificação e exame dos Sintomáticos Respiratórios e a abordagem dos casos nas populações mais vulneráveis.

3.1.6 Vigilância da Hanseníase

Embora tenha sido observada redução na detecção de casos novos de hanseníase entre os residentes em Belo Horizonte, a vigilância da hanseníase continua sendo um desafio. No ano de 2014 a taxa de detecção foi de 1,6 casos novos a cada 100.000 habitantes, sendo um dos casos em indivíduo com idade inferior a 15 anos, entre os 42 casos diagnosticados. Este resultado representa uma redução de 15% em relação ao ano de 2013. Com relação à análise da coorte de tratamento do ano 2014 (casos novos paucibacilares diagnosticados em 2013 e multibacilares em 2012) o resultado foi de 90,2% de cura, ficando, portanto, dentro da meta de 90%. Em 2014, 60% dos contatos intradomiciliares foram examinados, resultado abaixo do parâmetro nacional de 80%. Está previsto para 2015 a continuidade do envolvimento do NASF no acompanhamento dos pacientes com hanseníase, o monitoramento dos casos em tratamento pela vigilância epidemiológica e a atenção à saúde dos distritos sanitários com a intensificação da busca e exame dos contatos intradomiciliares e ainda a realização de

reuniões com os serviços de referência com a sensibilização e capacitação dos profissionais dos centros de saúde, na atenção primária, para a ampliação do cuidado do agravado.

3.1.7 Outras Atividades da Gerência de Epidemiologia e Informação

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. A vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas.

São desenvolvidas ações de vigilância de doenças transmissíveis (doenças de notificação compulsória), conforme apresentado anteriormente, de doenças crônicas não transmissíveis, violência, óbitos infantil e materno, por causas externas, por causas mal definidas e por agravos inusitados, além do gerenciamento dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), Nascidos Vivos (SINASC), doenças e agravos de notificação (SISVE/SINAN), violências VIVA) e Vigilância Intensificada de Síndrome Respiratória Aguda Grave/SRAG (Influenza/SinanWeb).

É também atividade da epidemiologia a extração de indicadores para os diversos planos e pactos do município, juntamente com a Gerência de Planejamento e outros setores.

3.1.8 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-BH)

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-BH) foi implementado em 2009, durante a pandemia de influenza e, desde então, estruturou-se para oferecer resposta rápida às emergências em saúde pública. Atualmente, sua equipe é composta por sete médicas (seis plantonistas) e três enfermeiros que realizam atividades presenciais durante a semana. Além disso, a equipe médica permanece de plantão, por telefone, 24 horas por dia, sete dias por semana, para recebimento de notificações, dispensação de medicações

específicas e imunobiológicos, discussão de casos clínicos e outras demandas da rede assistencial de Belo Horizonte.

Uma das atividades do CIEVS-BH é a investigação de óbitos e casos graves por agravos de notificação compulsória ou com causa mal definida, a partir de demanda da gerência de epidemiologia. Em 2014, foram realizadas investigações de 56 prontuários, sendo 21 óbitos ocorridos em 2013 e 34 óbitos em 2014 (um desses óbitos foi investigado em duas unidades de saúde). As informações obtidas nas investigações auxiliam na qualificação dos bancos de dados (SIM, SINAN, Influenza/SMSA).

Semanalmente, a equipe elabora dois documentos que são divulgados para toda a rede: a Lista de Emergência em Saúde Pública de BH (LESP-BH), para informação dos gestores e técnicos da área de vigilância, e um Alerta Semanal de doenças, agravos e eventos de interesse à saúde pública de ocorrência nacional e internacional.

O CIEVS-BH monitorou a Copa do Mundo de 2014 em período integral, 24 horas por dia, sete dias por semana, por meio do plantão telefônico e também de forma presencial, tanto na Secretaria Municipal de Saúde em todos os dias de jogos do Brasil e em Belo Horizonte, quanto na Arena Mineirão nos quatro últimos jogos realizados em Belo Horizonte. Ocorreram discussões de casos clínicos, notificações de agravos inusitados e, sempre que demandadas, eram fornecidas as orientações quanto aos fluxos e condutas adequadas a cada caso.

O CIEVS-BH era informado constantemente sobre os atendimentos relacionados à Copa, conforme definição fornecida pelo Ministério da Saúde, ocorridos nos hospitais públicos e privados, nas UPAs, na Arena Mineirão e seu entorno, e também no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esses dados eram repassados por meio de dois relatórios diários ao CIOCS Minas, pela manhã e à tarde. O CIOCS Minas, por sua vez, enviava dados consolidados ao CIOCS Nacional.

Durante os seis jogos realizados em Belo Horizonte, foram atendidos na Arena Mineirão 525 pacientes, sendo 81 (15,43%) casos de trauma (20 vítimas de violência; 11 pacientes removidos para unidades hospitalares) e 444 (84,57%) casos de atendimentos clínicos (7 removidos para unidades hospitalares). A maioria desses pacientes (n=282; 53,71%) eram torcedores, sendo 80 (15,23%) pacientes estrangeiros. Ocorreu um óbito de um paciente brasileiro, de 69 anos, sexo masculino, sabidamente portador de hipertensão arterial e diabetes melitus, atendido inicialmente na Arena Mineirão no dia 28/06/14, durante o jogo Brasil X Chile, e encaminhado para hospital privado de Belo Horizonte. O paciente evoluiu

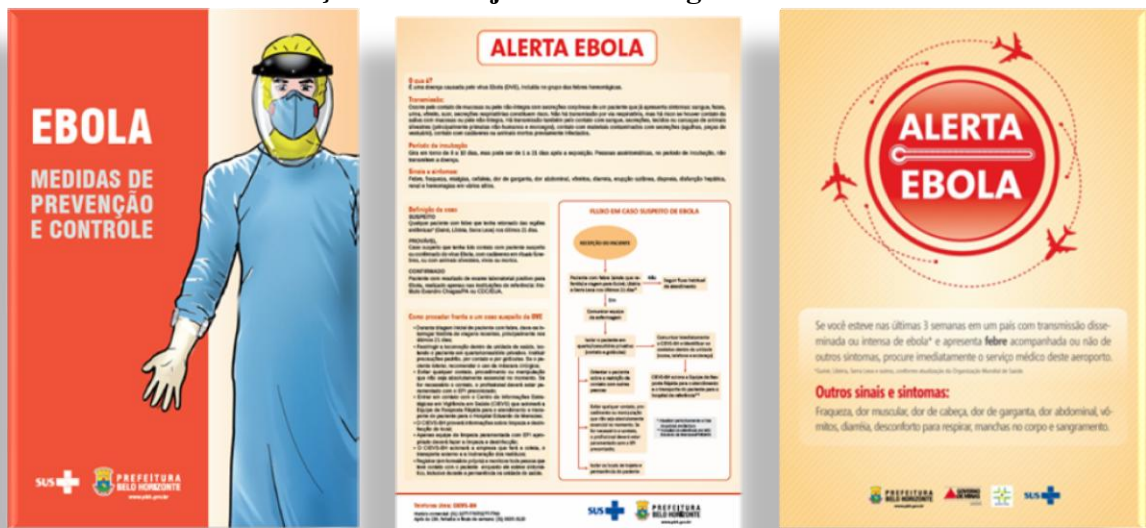
para óbito após admissão hospitalar, devido a infarto do miocárdio. Ocorreram quinze eventos FIFA Fan Fest no Expominas, no bairro Gameleira. Foram contabilizados 402 atendimentos, sendo 47 (11,69%) por trauma, com 7 remoções e 355 (88,30%) atendimentos clínicos, com 16 remoções. A maioria dos pacientes (n=385, 95,77%) eram torcedores/participantes de festa, sendo apenas seis (<1%) pacientes estrangeiros. Não houve nenhum óbito e nenhum caso de violência relacionado a esses eventos FIFA Fan Fest.

No período da Copa, foram monitorados os atendimentos a pacientes com suspeita de doenças de notificação compulsória (DNC), além de traumas e violência. Foram notificados 13 casos suspeitos de DNC relacionados à Copa e confirmados seis: três de dengue (incluindo um em brasileiro residente nos EUA), um caso de varicela, um de malária e um caso de uretrite gonocócica. Outros casos suspeitos para DNC e/ou de risco de introdução de agravos inusitados em BH (por exemplo, suspeita de infecção por coronavírus, influenza H7N9 e sarampo), foram monitorados pelo CIEVS-BH, porém não houve confirmação das suspeitas diagnósticas iniciais.

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do CIEVS BH tem monitorado a situação epidemiológica do Ebola, desde meados de 2014. Desde o surgimento e divulgação do surto, o CIEVS-BH tem participado de reuniões periódicas com Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Minas Gerais (CIEVS MG), ANVISA, Corpo de Bombeiros, Hospital Eduardo de Menezes – hospital de referência em doenças infectocontagiosas de Minas Gerais, dentre outros, para organização e estabelecimento dos fluxos na abordagem inicial de um possível caso suspeito de Ebola.

Dentre as ações realizadas, foi elaborado o Plano de Contingência Municipal para enfrentamento do Ebola, com planejamento de materiais e equipamentos de proteção individuais, produção de materiais gráficos como o protocolo de “Vigilância e manejo de casos suspeitos de doença pelo vírus ebola (DVE)”, cartaz “Alerta Ebola”, “Fluxo em caso suspeito” e “Ebola: medidas de prevenção e controle”; elaborados em conjunto com a Comissão Municipal de Controle de infecção relacionada à Assistência (COMCIRA) e com a Saúde do Viajante para alertar as equipes de saúde e divulgar as orientações e procedimentos necessários diante de casos suspeitos ou confirmados. Divulgado estes materiais em novembro de 2014, para os hospitais públicos e privados, além das UPAs, por meio do treinamento “Ciclo de Atualização de Manejo Clínico e Vigilância em Ebola”.

Figura 7 - Ciclo de Atualização de Manejo Clínico e Vigilância em Ebola”.



3.1.9 Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Mortalidade

- ✓ Violência doméstica, sexual e/ou outras: participação na elaboração do Guia de atendimento à criança e adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na atenção primária à saúde;
- ✓ Violência autoinfligida: realizada ação no Hospital João XXIII junto ao setor de toxicologia para melhorar a notificação de violência autoinfligida;
- ✓ Início do processo de elaboração da cartilha “Prevenção de acidentes na infância”;
- ✓ Plano de enfrentamento das DCNT: Monitoramento das ações do Plano Municipal de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em estreita parceria com a GEAS;
- ✓ Início da revisão do Plano de enfrentamento de DCNT (juntamente com a GEAS);
- ✓ Integração com a Alta Complexidade: análise das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) de hemodiálise para avaliação deste procedimento no município;
- ✓ Participação no “Dia Mundial da Saúde/Dia Mundial da Atividade Física – 2013”
- ✓ Participação no GT-Promoção da Saúde

- ✓ Participação e acompanhamento na implantação das Unidades Promotoras de Saúde (Plano de Fortalecimento da Vigilância em Saúde/SES).
- ✓ Participação na elaboração da Cartilha “Cuide melhor de você”, juntamente com o GT-Promoção da Saúde
- ✓ Boletins: divulgação para os profissionais da rede, inclusive via web (Portal da SMSA-PBH);
 - Elaboração do boletim – Inquérito VIVA 2011;
 - Elaboração do boletim com o tema- Prevalência de pacientes em tratamento de Hemodiálise, na rede SUS-BH
- ✓ Integração com a Coordenação da Academia da Cidade: participação nas reuniões do Grupo de Pesquisa Saúde e Exercício, com ênfase na Promoção da Saúde;
- ✓ Integração com a Vigilância Ambiental: discussões pontuais relacionadas a Projetos ambientais, com apresentação da experiência do município no 2º Simpósio Brasileiro de Saúde & Ambiente;
- ✓ Discussão com a SES para capacitação e análise da situação do câncer no município, por meio do RCBP e do RHC.

3.1.10 Projeto Vida no Trânsito

- ✓ Integração com a Educação, Trânsito: foram realizadas diversas reuniões com a educação municipal e estadual, além da BHTRANS na implantação dos Sistemas Dinâmicos de Melhoria Contínua – Escolas Seguras, do Projeto Vida no Trânsito: reuniões com os responsáveis nas escolas e a Coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE) para as atividades de educação e segurança no trânsito, com premiação das Escolas que executaram o plano proposto em Evento realizado em dezembro de 2014.
- ✓ Apoio à realização do 4º Seminário Municipal de Educação de Trânsito e Cidadania: desafios e possibilidades da Educação para o Trânsito na Escola. Esse seminário é mais uma ação de educação para o trânsito desenvolvido pelo “Projeto Vida no Trânsito” com a presença de representantes da BHTRANS, Secretaria Municipal de Saúde e de Educação, Secretaria Estadual de Educação, DETRAN, DER e do SEST/SENAT;

- ✓ Integração com o Mobiliza-SUS: parceria na implantação dos Sistemas Dinâmicos de Melhoria Contínua – Escolas Seguras, do Projeto Vida no Trânsito, com visita às escolas, produção de cartilha instrutiva para atividades lúdicas de promoção de segurança viária tanto para as Academias da Cidade quanto para o Programa Saúde na Escola;
- ✓ Atualização do Plano 2014 para o Projeto Vida no Trânsito: propostas de ações para o Projeto Vida no Trânsito, em parceria com BHTRANS, Mobiliza-SUS, Programa Saúde na Escola, DETRAN, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Realização de oficinas: realização de uma oficina municipal do Projeto Vida no Trânsito durante o ano, sob coordenação nacional do Ministério da Saúde e OPAS.
- ✓ Participação com apresentação nas Oficinas Internacionais do Projeto Vida no Trânsito:
 - ✓ - apresentação da experiência de Belo Horizonte em maio/14, em Teresina e em novembro de 2014 em Curitiba.
 - ✓ -Belo Horizonte foi avaliada como a capital com melhor desempenho, entre as cinco do PVT.

3.1.11 Vigilância de Óbitos

O percentual de óbitos de causa mal definida ou causa ignorada, entre todos os óbitos ocorridos em um município é um dos indicadores mais utilizados para avaliar a qualidade da informação sobre causa de morte daquele município. A observação de elevada proporção de óbitos de causa mal definida indica que os dados sobre mortalidade são de qualidade duvidosa e que há subestimação das outras causas de morte.

Buscou-se, em todos os anos, cada vez mais, realizar investigações utilizando diversas fontes, para a qualificação das causas de morte (mal definidas, por causas externas, por acidentes de trabalho, por doenças de notificação compulsória, por agravos inusitados). As fontes que podem ser utilizadas pelos profissionais dos serviços de epidemiologia e/ou de assistência à saúde são as investigações nos prontuários hospitalares, nos prontuários ambulatoriais, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e até a investigação domiciliar. Também, podem ser consideradas fontes confiáveis para coleta de informações para definição da causa de morte, os boletins de ocorrência (BO) emitidos pelas delegacias de polícia, os laudos do Instituto Médico Legal (IML) e as informações coletadas

nos jornais. A Tabela 19 mostra os óbitos investigados, segundo a fonte utilizada e observa-se aumento no percentual de óbitos com causas mal definidas investigados.

Tabela 19 - Distribuição dos óbitos ocorridos em BH por fonte de investigação, 2008-2013.

Fonte de Investigação	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Comitê de Morte Materna e/ou Infantil	485	104	944	1024	725	452
Visita domiciliar / Entrevista família	66	70	7	2	1	7
Estab Saude / Prontuário	7	13	47	87	109	163
Relacion com outros bancos de dados	24	96	88	34	78	81
I M L	2643	3304	2716	3028	3039	2930
Outra fonte	247	210	51	10	17	15
Multiplas fontes	140	41	476	440	657	570
Total de óbitos Investigados	3612	3838	4329	4625	4626	4218
% de óbitos investigados	16,9689	17,964	20,0714	21,2928	20,4745	18,6201
Total	21286	21365	21568	21721	22594	22653

Fonte: SIM/SMSA/PBH – atualizado em 16/03/2015

Trabalhos em eventos científicos

Apresentação de trabalho IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Vitória-ES: “Acidentes de Trânsito em Belo Horizonte: o que revelam três diferentes fontes de informações, 2008-2010”.

3.1.12 Saúde do Viajante

Em janeiro de 2012 foi inaugurado em Belo Horizonte o Serviço de Atenção à Saúde do Viajante. O ambulatório tem como objetivo atender pessoas que buscam informações acerca de seus destinos, pacientes retornando de suas viagens ou oriundos do exterior e profissionais de saúde: em grandes eventos, é o serviço ambulatorial de referência no município para atendimento de pacientes sintomáticos. Além dos atendimentos *in loco* no serviço, os profissionais também fornecem orientações e informações via internet ou telefone, sobre os principais agravos transmitidos por água, alimentos, vetores, via respiratória e

sexual, vacinações e agravos não-transmissíveis (“Jet lag”, mal da altitude, medicações, condições para vôo). Com uma média de 1500 atendimentos mensais, em 2014 o serviço contribuiu também com a assistência à saúde durante a Copa do Mundo, com funcionamento em horários diferenciados, em esquema de plantão, em todos os jogos da seleção brasileira e em todos os jogos realizados em Belo Horizonte, de quaisquer seleções. Foi elaborado um protocolo em conjunto com representantes da SES/MG, FHEMIG/HEM e UFMG/HC propiciando o desenvolvimento de ações integradas e uniformes, com previsão de atualização periódica. O serviço é integrado com o CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – a fim de se obter respostas mais rápidas e eficazes para diferentes demandas. No local ainda é realizada a emissão do CIVP – Cartão Internacional de Vacinação e Profilaxia – serviço este municipalizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e também são aplicadas todas as vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde, para os viajantes que necessitam atualização vacinal. Visando diagnóstico e tratamento precoces de malária, agravo não endêmico na nossa região, mas de grande relevância devido às complicações e mortalidade, foi implantado teste rápido e disponibilizado tratamento para as formas mais ameaçadoras da doença.

3.1.13 Material Informativo

A divulgação das informações é uma etapa importante da vigilância, para socializar o produto gerado, a partir de uma análise, e retornar a responsabilidade da adoção das medidas controle. Ela deve ser sistemática e regular, em tempo hábil para a sua utilização na tomada de decisões. Para isso, desde janeiro de 2011, a Gerência de Vigilância em Saúde (GVSI) tem produzido boletins informativos regulares com divulgação de dados, análises e atividades desenvolvidas das diversas áreas da vigilância em saúde, como a Epidemiologia e Informação, Imunização, Vigilância Sanitária, Controle de Zoonoses, Saúde do Trabalhador, Comissão Perinatal e Saúde do Viajante. Dessa forma, busca-se a integração dos conhecimentos para garantir informação de qualidade para os profissionais e comunidade.

Na página de “Publicações da Vigilância” no portal da saúde existem 168 publicações com conteúdos afins. Em 2013, foram mais de 60 publicações, dentre elas o Boletim da Vigilância em Saúde Municipal (13) e Distritais (2), informes de dengue (13) e SRAG (21), notas técnicas (4), protocolos, cartilhas e folders.

Figura 8 – Publicações da Vigilância em Saúde



3.1.14 Imunização

Em março de 2014 foi implantada no município a vacina HPV quadrivalente para as adolescentes de 11 a 13 anos de idade, com o objetivo de reduzir o câncer de colo de útero, que é a segunda causa de morte por neoplasias entre as mulheres do Brasil. O esquema preconizado pelo Ministério da Saúde foram três doses (0 – 6 e 60 meses).

É importante mencionar que, ao adotar a estratégia de fazer a primeira dose da vacina HPV exclusivamente nas escolas, foi possível conhecer o quantitativo mais próximo do real da população feminina na faixa etária de 11 a 13 anos de idade existente em nosso município, o que possibilitou um acompanhamento das coberturas da 2ª e 3ª dose mais fidedigno. Assim, apesar do Ministério da Saúde ter como população feminina a vacinar, 49.112 pessoas nesse grupo de idade em Belo Horizonte, 40.318 adolescentes foram vacinadas nas escolas.

Quanto à segunda dose, realizada a partir de setembro nas unidades de saúde, obteve-se 77,3% de cobertura vacinal, considerando as 40.318 adolescentes que receberam a 1ª dose.

Tabela 20 - Cobertura vacinal para o HPV – 1ª dose – população do MS

POP a Vacinar/MS	Pop. Vacinada	Cob. Vac.	Meta
49.122	40318	82,1	80%

Tabela 21 - Cobertura vacinal para da 2ª dose do HPV - população do MS

POP a Vacinar/MS	Nº Vac aplic. 2ª dose	Cob Vac 2ª dose	Meta
49.122	31.174	63,5	80%

Tabela 22 - Cobertura vacinal para da 2ª dose do HPV considerando adolescentes encontradas nas escolas e que receberam 1ª dose

POP Vacinada - 1ª dose	Nº Vac aplic. - 2ª dose	Cob Vac - 2ª dose	Meta
40.318	31.174	77,3	80%

Em julho houve também a implantação da vacina contra hepatite A no calendário infantil, para as crianças de um ano de idade.

Em novembro foi implantada a vacina tríplice bacteriana acelular adulto (dTpa), para as gestantes e trabalhadores de saúde da área de ginecologia, obstetrícia e neonatologia. A recomendação é que as mulheres grávidas, a cada gestação, a partir da vigésima sétima semana (27ª) até a trigésima sexta semana (36ª) de gestação, recebam a vacina dTpa, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade por coqueluche em crianças menores de seis meses de idade.

Ainda em novembro foi realizado campanha de seguimento contra o sarampo para todas as crianças de 1 a 4 anos de idade, tendo o município de BH alcançado a cobertura de 76,7% (Meta 95% - População vacinada/ População a vacinar – 85.860/111903).

Houve também alteração do esquema vacinal para Febre Amarela, mantendo a primeira dose aos 9 meses de vida, mas passando o reforço único para ser dado aos 4 anos de idade.

Também, em 2014, ressalta-se um grande avanço na história do serviço de imunização do município. Foi concluída a implantação do “Sistema de Informação de Imunização” em todos os 147 centros de saúde da capital, sendo um marco para Belo Horizonte. A informatização das salas de vacinas possibilita o registro nominal de todas as doses aplicadas

e não apenas o consolidado como era anteriormente. Dessa maneira é possível conhecer quem recebeu cada vacina. O sistema faz o agendamento das doses subsequentes o que facilitará a busca ativa de faltosos, otimizando o processo de trabalho e melhorando a informação vacinal da população.

3.1.15 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária (VISA) realiza anualmente a programação de suas ações com o objetivo de aumentar a qualidade de vida da sociedade e, conseqüentemente, reduzir os riscos à saúde.

Em 2014 foram realizadas quase 50.000 vistorias para verificação das condições organizacionais, estruturais e funcionais dos estabelecimentos. Durante o ano, técnicos da Gerência de Vigilância Sanitária (GEVIS), GTIS e PRODABEL investiram tempo e esforço na implementação, consolidação e ajustes do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária e Epidemiológica (SIVISE), que passou a funcionar em janeiro de 2014, após a publicação da Portaria SMSA/SUS-BH Nº 49/2013 em 20/12/13. Através desse Sistema, os Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) enviam dados referentes às infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS), eventos adversos associados e indicadores de processo. A consolidação e análise desses dados poderão subsidiar a construção e acompanhamento de metas para redução das IRAS no município. Até dezembro de 2014, 109 EAS já estavam cadastrados no SIVISE, correspondendo a 89,7% dos estabelecimentos que encaminhavam regularmente os relatórios de controle de infecção impressos. Já está disponível no SIVISE a emissão dos seguintes relatórios: “Relatórios de Envios por período”, de “Responsável pelo EAS”, “Quantitativo de notificações por EAS” e "Gráfico de envios por período".

Durante os meses de junho e julho, a cidade de Belo Horizonte sediou a Copa do Mundo FIFA 2014. Para cobertura desse evento, as ações da Vigilância Sanitária foram estruturadas conforme o plano de ação específico nos locais onde ocorreram os eventos: Estádio Governador Magalhães Pinto – Mineirão, Fan Fest localizada no Expominas e PVEs espalhadas pela cidade.

A equipe fiscal que atuou no Mineirão foi distribuída em duas áreas:

- ✓ **Área de alimentação:** o grupo de fiscais sanitários que realizou as vistorias nos dias da operação foi estrategicamente dividido em 6 grupos com alvos de ação específicos e exclusivos. Cada equipe era composta de dois a três fiscais. A organização dos serviços de alimentação foi dividida nas áreas correspondentes aos bares, tendas de venda de tropeiro e churrasquinho, restaurantes de funcionários, voluntários, media centre e serviços de alimentação oferecidos nos camarotes, áreas VIP (Very Important People) e VVIP (Very Very Important People), e Vila de Hospitalidade.
- ✓ **Área de assistência à saúde:** as ações de fiscalização na área de saúde foram coordenadas e executadas pela GEVIS. A equipe de saúde foi composta de 09 fiscais sanitários na arena (Estádio Governador Magalhães Pinto – Mineirão) e de 15 fiscais nas Fan Fest (Expo Minas), PVE e outros espaços.

Como preparação para o evento, os roteiros de inspeção de serviço de saúde e ambulância, específicos para eventos, foram revisados, e, realizada reunião com a equipe para apresentar a ação nos eventos, incluindo a forma de repasse das informações (SISVISA e FormSUS). Previamente aos eventos foram realizadas inspeções na arena e reuniões com as empresas responsáveis pela prestação de serviço de saúde. Na arena, a prestação de assistência à saúde foi estruturada em: um ambulatório médico central com sala de triagem, sala de sutura, dois leitos na sala de emergência e seis leitos na sala de observação; quatro postos médicos satélites e postos médicos na área VIP (Very Important People), VVIP (Very Very Important People) e de jogadores, cada um com uma área de triagem, um leito de emergência e um leito de observação; dez ambulâncias sendo oito de suporte avançado e duas de suporte básico.

Em cada Match Day -1 e no dia do jogo, as inspeções foram realizadas por uma dupla de fiscais e pela coordenação. No Match Day -1 eram inspecionados os 08 postos médicos e no dia do jogo os 08 postos médicos e as 10 ambulâncias.

A ação da Vigilância Sanitária foi desenvolvida com a realização de vistorias, sendo avaliados todos os requisitos constantes da legislação sanitária em vigor, contemplando a estrutura física, processos de trabalho, recursos humanos, equipamentos, materiais e produtos.

Foram realizadas duas vistorias para avaliação geral antes do início do evento e duas vistorias em cada jogo, uma no match day -1 e uma no match day. As datas das vistorias

prévias foram em 29/05/2014 e 05/06/2014, do jogo 1, dias 13 e 14/06 (Colômbia x Grécia), do jogo 2, dias 16 e 17/06 (Bélgica x Argélia), do jogo 3, dias 20 e 21/06 (Argentina e Irã), do jogo 4, dias 23 e 24 (Costa Rica x Inglaterra), do Jogo 5, dias 27 e 28/06 (Brasil X Chile) e do Jogo 6, dias 07 e 08/07 (Brasil e Alemanha).

Reuniões prévias e posteriores aos dias de cada evento ocorreram a fim de apurar eventuais entraves/ dificuldades e elencar soluções e encaminhamentos necessários. Eventuais alterações/ adaptações nas estratégias de ação do grupo também eram definidas nestas reuniões.

A VISA atuou visando corrigir as não conformidades, em alguns casos fazendo orientações e em outros casos foi necessária a atuação fiscal com apreensão e inutilização de alimentos, suspensão da utilização da água na manipulação de alimentos, interdição de instalação sanitária e lavratura de auto de infração com penalidades de advertência e pecuniária.

Durante os doze dias de atuação da Vigilância no Mineirão foram realizadas 331 vistorias em serviços de alimentação e coletadas 31 amostras de alimentos e 4 amostras de água. Destas, 5 (16,12%) amostras de alimentos e 1 (25%) amostras de água apresentaram resultado insatisfatório na análise laboratorial (Quadro 2).

Quadro 2 - Percentual de amostras de água e alimentos coletados no Mineirão com resultados laboratoriais insatisfatórios

Tipo de amostra	Total de amostras coletadas	Total de amostras insatisfatórias	%
Água	4	1	25%
Alimentos	31	5	16,12%

Fonte: GVSI/SMSA-BH

As Fan Fest, PVE e outros espaços foram vistoriados, de maneira rotativa, por uma dupla de fiscais a cada dia de evento. Na Fanfest foram vistoriados o posto médico e as ambulâncias e nas PVE e outros espaços foram vistoriadas as ambulâncias.

Nos postos médicos foram avaliados quesitos relativos aos processos de trabalho, documentação, estrutura física, recursos materiais e humanos. Nas ambulâncias foram avaliados quesitos relativos aos processos de trabalho, documentação, condições dos veículos, recursos materiais e humanos.

Após as inspeções ocorriam o planejamento das ações do dia subsequente e o lançamento das informações no SISVISA e FormSUS. Na arena foram realizadas reuniões prévias e posteriores aos eventos para repassar as irregularidades pendentes, apurar eventuais dificuldades e elencar soluções, encaminhamentos e eventuais adaptações nas estratégias de ação da equipe. Nas Fan Fest, PVE e outros espaços vistoriados as informações eram repassadas para a equipe por escrito, por uma questão de logística.

Durante e após cada inspeção a equipe fiscal repassou para os prestadores de serviço as não conformidades e pediu providências para aquelas não foram sanadas no momento. Quando necessário foi feito contato com os organizadores dos eventos e responsáveis pelas empresas prestadoras de serviço solicitando providências. Foram lavrados 02 Autos de Apreensão, 03 Auto de Infração com Penalidade de Advertência e 02 Autos de Infração com Imposição Pecuniária.

Foram realizadas 101 inspeções em postos médicos, sendo 90 na arena e 11 na Fan Fest e 103 inspeções em ambulâncias sendo 59 na arena, 27 na Fan Fest e 17 em PVE.

Foram realizados monitoramentos pela Vigilância Sanitária em consonância com os programas estaduais e federais (PROGVISA, PROVEME, PARA, PREBAF, PAMVET, VIGIÁGUA, Programa Estadual de Monitoramento de medicamentos e saneantes, água de diálise, imagem mamografia e análise sorológica) além dos programas municipais (Hotéis, ILPI, Creches, Piscinas, UBS).

Na vigilância em saúde ambiental, os programas atualmente em acompanhamento e desenvolvimento são: VIGIÁGUA, VIGIAR, VIGISOLO, VIGIPEQ, VIGIDESASTRES e Projeto Ambiência e SUStentabilidade. Abaixo relacionamos um quadro com os totais de amostras de água coletadas no programa VIGIÁGUA por tipo de análise realizada.

Quadro 3 - Total de amostras coletadas no programa VIGIÁGUA, em 2014, e sua relação percentual com a meta estabelecida.

VIGIAGUA/SISAGUA 2014 - BH			
Tipo de análise	Nº Amostras	Meta	% da Meta
Cloro Residual Livre	955	1.020	93,63%
Turbidez	966	1.020	94,71%
Coliformes Totais	967	979	94,80%
Fluoreto	794	324	245,06%

Ainda, nesse ano, a Gerência de Vigilância em Saúde, em conjunto com a Gerência de Vigilância Sanitária, Comissão Municipal de Controle de Infecção Relacionada a Assistência (COMCIRA) e Gerência de Regulação, promoveu o “1º Seminário sobre Segurança do Paciente: Sensibilização de gestores e técnicos da rede de saúde de Belo Horizonte”. Ressalta-se a participação de profissionais da ANVISA, FIOCRUZ e do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil) como palestrantes. Houve participação de 389 pessoas sendo: gerentes e técnicos da rede SUS-BH, de clínicas que realizam procedimentos invasivos, de hospitais públicos e privados.

Figura 9 - 1º Seminário sobre Segurança do Paciente: Sensibilização de gestores e técnicos da rede de saúde de Belo Horizonte



3.1.16 Controle de Zoonoses

As ações de prevenção e controle de zoonoses são realizadas pelas equipes das Gerências Regionais de Controle de Zoonoses, Laboratório de Zoonoses e Centro de Controle de Zoonoses. São baseadas tanto no controle dos agentes causais quanto na melhoria das condições sanitárias e da informação à população, buscando assim minimizar a exposição ao

risco, evitando a ocorrência de vários agravos. A prevenção e controle de focos do mosquito transmissor da Dengue consiste em atividades sistemáticas de vistorias periódicas em todos os imóveis visando a informação, pesquisa larvária e controle químico. O monitoramento vetorial é realizado por meio das armadilhas de oviposição e das pesquisas larvárias, incluindo o Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA). As ovitrampas são instaladas quinzenalmente e retiradas semanalmente, em todo o território e o LIRAA é realizado três vezes ao ano. O resumo das atividades encontra-se no Quadro 4.

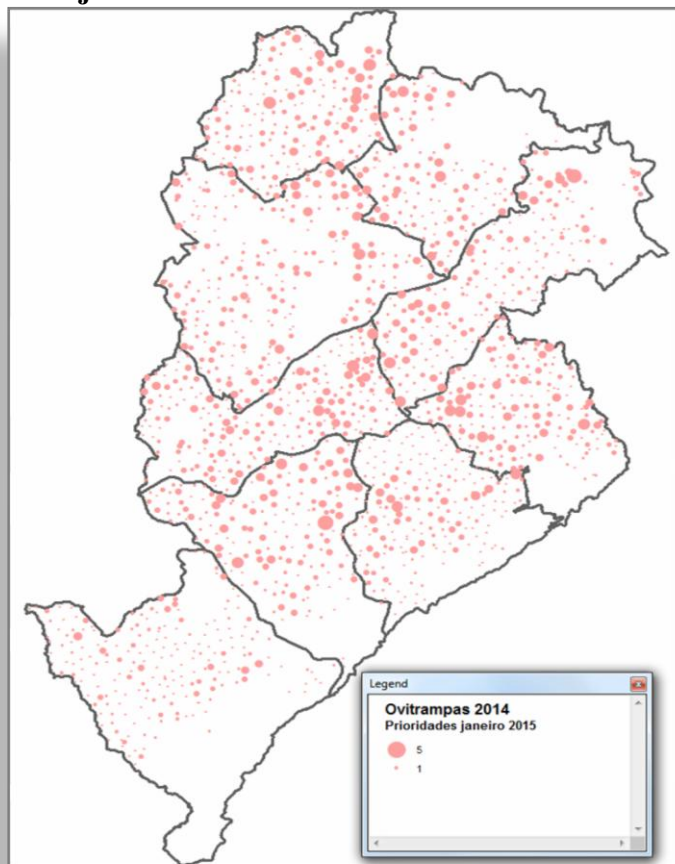
Quadro 4 - Visitas realizadas para o controle da Dengue - 2003 a 2014

Ano	Tratamento	Pesquisa Larvária	Ovitrampas	Total
2003	3.546.463	161.406	38.352	3.746.221
2004	3.813.934	135.862	40.037	3.989.833
2005	3.303.810	95.364	37.366	3.436.540
2006	3.432.173	107.238	28.992	3.568.403
2007	3.833.801	95.364	39.002	3.968.167
2008	3.680.432	101.640	37.517	3.819.589
2009	3.713.688	102.249	37.536	3.853.473
2010	3.911.313	101.753	36.942	4.050.008
2011	4.185.968	102.274	39.986	4.328.228
2012	4.251.983	103.206	39.596	4.394.785
2013	4.531.789	147.350	79.514	4.758.653
2014	4.778.202	171.469	79.595	5.029.266

Fonte: GEZOZ/GVSI/SMSA

As ações de intensificação do controle da dengue são realizadas de acordo com vários indicadores, sendo o monitoramento com as ovitrampas, um dos norteadores. As análises dessas atividades, realizadas permanentemente no município, indicam os locais de maior risco, direcionando as ações na busca de macrofocos persistentes (Figura 10). Assim, as equipes locais de controle de zoonoses definem conjuntamente com as equipes regionais a necessidade de ações intersetoriais que visem a identificação e remoção/correção das situações de risco.

Figura 10 - Prioridades para intervenção em janeiro 2015, com base em ovos coletados por armadilha, entre janeiro e dezembro de 2014.



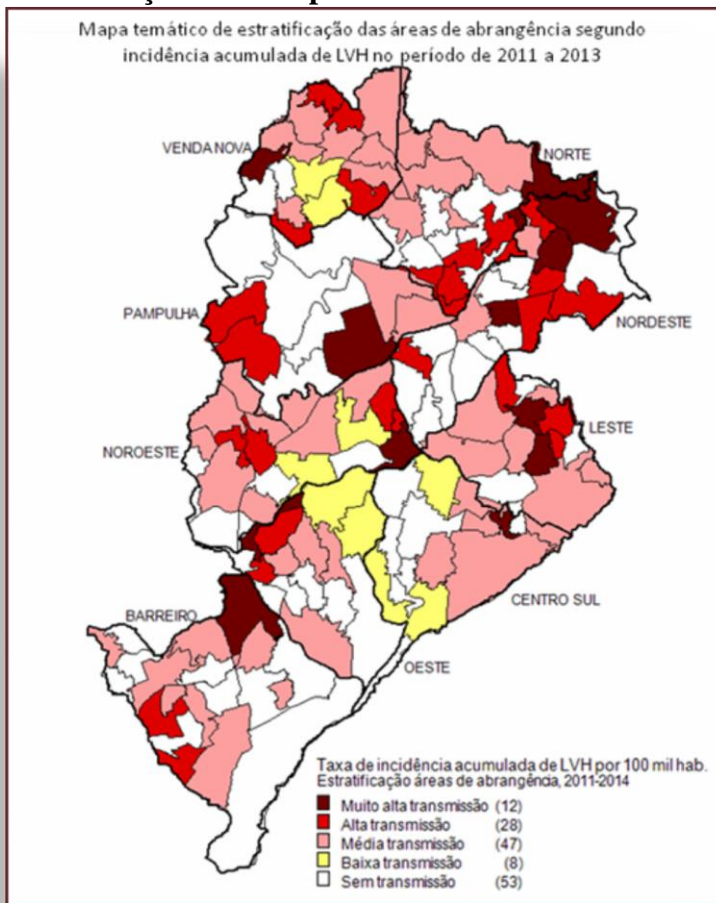
Fonte: GEZOZ/GVSI/SMSA

Controle da Leishmaniose Visceral: as ações de prevenção e controle da Leishmaniose Visceral são desenvolvidas de forma sistemática e direcionadas de acordo com a estratificação das áreas de transmissão ou de risco, considerando as taxas de incidência humana acumulada, a soroprevalência canina, condições ambientais favoráveis à transmissão e áreas com reincidência recente de casos humanos (Figura 11). Os trabalhos das equipes de controle de zoonoses em 2014, conforme o Quadro 5, são definidos a partir do mapa de risco dos três anos anteriores. Os casos humanos de LV do período 2009 a 2014 (dados parciais) são apresentados no Quadro 6. As atividades realizadas pelas equipes das Gerências Regionais são as coletas de sangue em cães e o controle químico do vetor, conforme estratificação de risco.

As amostras coletadas são processadas pelo Laboratório de Zoonoses. A partir de setembro de 2013 o município adotou o novo protocolo de diagnóstico da leishmaniose

visceral canina do Ministério da Saúde, que utiliza o teste rápido (TR-DPP) para triagem e o ensaio imunoenzimático (ELISA) como confirmatório da infecção canina. O recolhimento dos cães soropositivos é feito tanto pelas equipes das Gerências Regionais quanto pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), sendo a eutanásia humanitária realizada no CCZ.

Figura 11 - Estratificação de risco para Leishmaniose Visceral - 2011 a 2013



Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA

Quadro 5 - Atividades realizadas para controle da Leishmaniose Visceral, 2009 - 2014.

Atividades de controle	Ano					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sorologias realizadas	153.519	197.232	171.937	202.896	113.997	44.536
Cães Positivos	10.475	15.494	9.722	6.434	4.862	6.198
Domicílios Borrifados	79.716	66.801	87.908	80.282	74.455	47.305

Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA

Quadro 6 - Casos humanos e óbitos por Leishmaniose Visceral em BH, 2009 a 2014

	Ano					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Casos	146	131	93	56	43	36
Óbitos	31	28	16	12	7	4

Fonte: GEEPI/GVSI/SMSA
 Dados atualizados em 9/02/2015

Controle de roedores: são realizadas vistorias com objetivo de promover alterações no ambiente, de forma que o mesmo não favoreça a presença e proliferação de roedores. Quando necessária, é feita a aplicação de produtos químicos (raticidas). As demandas recebidas e atendidas estão demonstradas no Quadro 7.

Quadro 7 - Solicitações para controle de roedores atendidas e recebidas, 2009 a 2014

Ano	ATENDIDAS										TOTAL	RECEBIDAS										TOTAL
	B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN	B		CS	L	NE	NO	N	O	P	VN			
2009	5.532	2.709	2.596	4.666	2.853	3.080	2.671	2.513	1.599	28.219	6.511	2.967	2.666	5.367	3.041	2.650	2.951	2.578	1.581	30.312		
2010	5.491	2.737	3.282	5.785	2.690	4.903	1.993	2.661	1.588	31.130	5.954	2.737	3.133	6.589	2.738	3.749	2.019	2.736	2.101	31.756		
2011	4.237	1.980	4.693	6.213	3.331	3.431	1.289	2.670	2.174	30.018	4.715	1.980	3.862	7.149	3.190	3.179	1.763	2.743	2.672	31.253		
2012	4.296	2.649	5.282	5.980	2.321	3.405	831	3.013	2.395	30.172	4.775	2.649	4.350	6.455	2.423	3.247	1.695	2.944	2.914	31.452		
2013	3.982	2.534	4.768	5.538	2.107	2.618	733	2.700	1.654	26.634	4.430	2.534	4.067	5.840	2.097	2.241	1.684	2.833	2.179	27.905		
2014	3.364	1.614	4.300	4.042	1.456	2.582	960	2.562	1.656	22.536	3.639	1.614	4.110	4.273	1.725	2.153	1.331	2.645	1.896	23.386		
TOTAL	26.902	14.223	24.921	32.224	14.758	20.019	8.477	16.119	11.066	168.709	30.024	14.481	22.188	35.673	15.214	17.219	11.443	16.479	13.343	176.064		

Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA

Controle de animais peçonhentos: são realizadas vistorias com objetivo de promover alterações no ambiente, de forma que o mesmo não favoreça a presença e proliferação de animais peçonhentos (Quadro 8).

Quadro 8 - Animais peçonhentos, solicitações atendidas e recebidas, 2009 a 2014

Ano	ATENDIDAS										TOTAL	RECEBIDAS										TOTAL
	B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN	B		CS	L	NE	NO	N	O	P	VN			
2009	47	392	119	301	327	192	166	415	112	2.071	50	392	117	279	282	204	163	424	137	2.048		
2010	32	331	188	310	220	154	114	321	116	1.786	36	331	184	297	238	167	122	324	175	1.874		
2011	17	314	138	275	269	149	74	239	103	1.578	20	314	133	247	267	147	94	247	134	1.603		
2012	18	292	156	286	212	290	87	250	140	1.731	19	292	157	280	225	209	134	256	159	1.731		
2013	62	299	143	365	178	376	89	206	130	1.848	65	299	133	356	172	206	147	215	140	1.733		
2014	67	224	97	397	127	305	77	243	159	1.696	66	224	89	363	135	149	115	245	161	1.547		
TOTAL	243	1.852	841	1.934	1.333	1.466	607	1.674	760	10.710	256	1.852	813	1.822	1.319	1.082	775	1.711	906	10.536		

Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA

Vigilância da Raiva: as ações que visam o controle da Raiva incluem a vacinação sistemática de cães e gatos (Quadro 9), a observação de animais agressores (Quadro 10) e o monitoramento, identificação e exame dos quirópteros encontrados em situações adversas.

Quadro 9 - Vacinação antirrábica de cães e gatos, 2009 a 2014

Ano	Vacinação na rotina	Vacinação em Campanha			Total Geral
	Cães vacinados	Cão	Gato	Total	
2009	789	213.152	13.759	226.911	227.700
2010	429	201.569	15.759	217.328	217.757
2011	1.402	NÃO HOUVE CAMPANHA			1.402
2012	1.138	169.221	19.417	188.638	189.776
2013	3.176	172.900	21.994	194.894	198.070
2014	5.450	NÃO HOUVE CAMPANHA			5.450

Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA

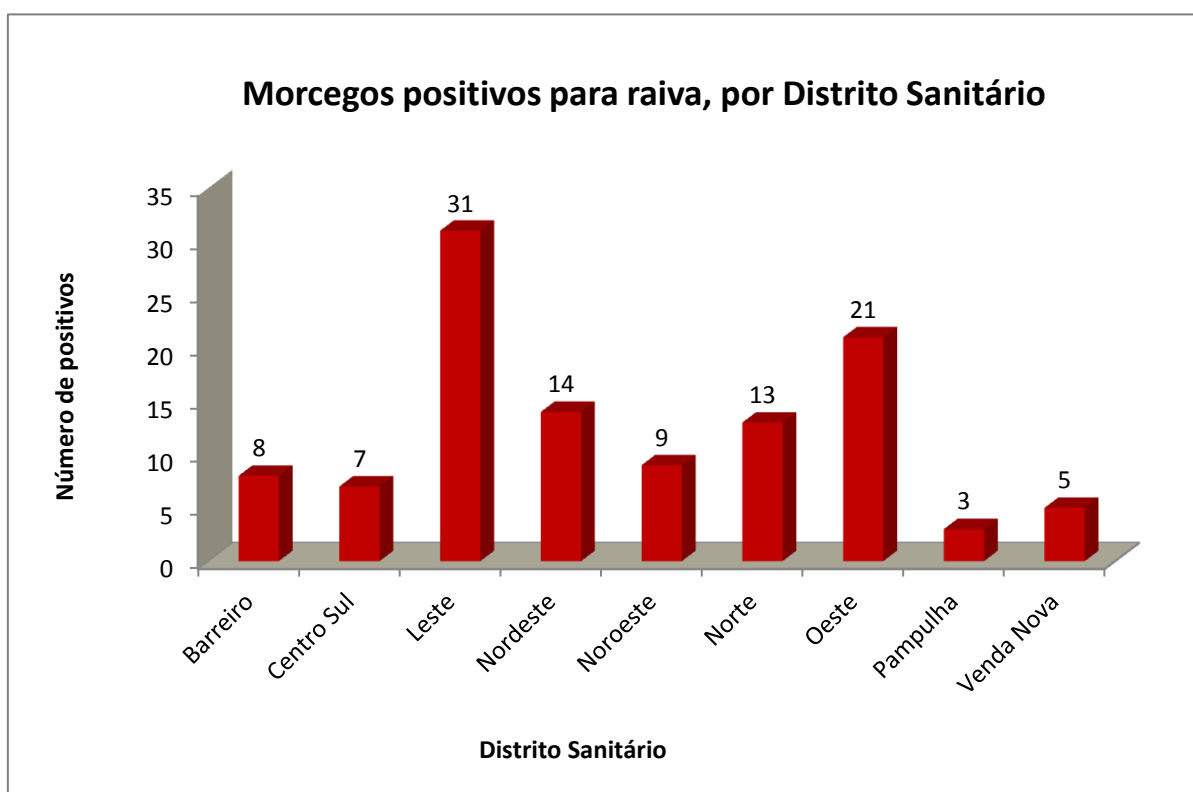
Quadro 10 - Observação de animais suspeitos de raiva, 2009 a 2014

ANO	Cães	Gatos	Total
2009	27	4	31
2010	28	1	29
2011	37	3	40
2012	15	2	17
2013	27	3	30
2014	42	4	46

Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA

Para cada quiróptero positivo encontrado são realizadas ações de bloqueio, que consistem em vacinação de cães e gatos, casa a casa, localização e monitoramento das colônias, captura ativa de cães errantes na região, além de levantamento ambiental e informação à população. Desde que este serviço de monitoramento de quirópteros foi implantado em 2004, 111 espécimes positivas foram identificadas, com ocorrências nos nove Distritos Sanitários, conforme Gráfico 32.

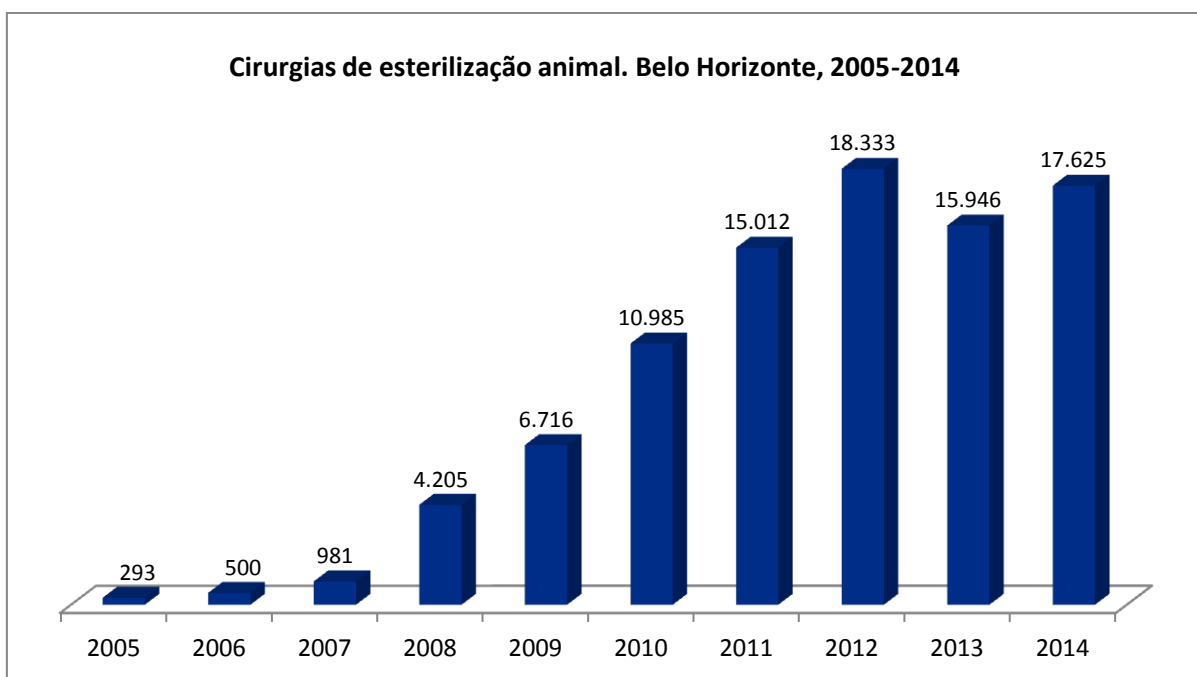
Gráfico 32 - Morcegos positivos para raiva por Distrito Sanitário, 2004 a 2014



Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA

Castração de cães e gatos: realização de cirurgias de esterilização de cães e gatos, visando o controle ético da população de animais. Esta atividade foi instituída enquanto política pública em 2008, e vem a cada ano se consolidando como um relevante serviço junto à população, o que pode ser observado através do aumento gradativo da procura pelo procedimento (Gráfico 33). São três Centros de Esterilização de Cães e Gatos: Noroeste, Oeste e Norte, além de uma Unidade Móvel também utilizada para este fim.

Gráfico 33 - Número de cirurgias de esterilização animal, 2005 a 2014



Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA

Adoção de cães e gatos: desde 2009 o CCZ promove adoções de cães e gatos para pessoas físicas. Em 2011 foi criada uma parceria para estimular a adoção dos animais recolhidos pelo CCZ nas ruas de Belo Horizonte. Os animais participantes do Projeto Adote um Amigo e do programa de adoção do CCZ são avaliados clinicamente, testados sorologicamente para detecção de leishmaniose visceral canina, identificados eletronicamente através de microchipe, vacinados contra raiva e doenças espécie-específicas, vermifugados e esterilizados cirurgicamente. Mais de 3.700 atos de adoção favoreceram o encaminhamento de animais abandonados para lares definitivos (Quadro 11).

Quadro 11 - Doações de animais realizadas nas feiras do “Adote um Amigo” e no Centro de Controle de Zoonoses, 2009 a 2014

Projeto Adote um Amigo: Convênio Ninho dos Bichos/Teia de Textos	Ano	Atos de Adoção
	2011	449
	2012	426
	2013	363
	2014	266
Centro de Controle de Zoonoses	Ano	Atos de Adoção
	2009	79
	2010	207
	2011	501
	2012	498
	2013	529
	2014	476

Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA

3.1.17 Saúde do Trabalhador

Notificações

A Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014, do Ministério da Saúde, redefine a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Dentre as ações de saúde do trabalhador, determina a investigação e notificação de alguns agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, identificados através destas unidades.

Os agravos de Saúde do Trabalhador previstos na referida Portaria, notificáveis em unidades sentinelas são:

- 1) Câncer relacionado ao trabalho;
- 2) Dermatoses ocupacionais;
- 3) Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
- 4) Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR relacionada ao trabalho;
- 5) Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
- 6) Transtornos Mentais relacionados ao trabalho.

As Intoxicações Exógenas, anteriormente constantes na lista da Saúde do Trabalhador passaram em 2011 a ser consideradas como universais, sendo de notificação por toda a rede.

Os acidentes de trabalho fatais, graves, com crianças e adolescentes e com exposição a material biológico passaram, após edição da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a ser de notificação compulsória universal. O que as diferencia é a periodicidade desta notificação que em caso de exposição à material biológico passa a ser semanal (NCS). Já os acidentes fatais, graves, com crianças e adolescentes devem ser notificados de imediato – NCI.

O fluxo para as notificações destes agravos universais é o seguinte:

- 1) Se acidente de trabalho (grave, fatal e em crianças e adolescentes) envolvendo substância química deverá ser uma Notificação Compulsória Imediata (NCI)
- 2) Intoxicação exógena: exposição/intoxicação, ocupacional ou não, por substância química deverá ser de fluxo semanal (Notificação Compulsória Semanal – NCS)
- 3) A não ocorrência deverá ser notificada semanalmente.

As seguintes unidades, com os respectivos agravos de responsabilidade das mesmas, foram sentinelas em 2014:

- ✓ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Belo Horizonte – CEREST BH (Unidades Barreiro e Centro Sul) – todos os agravos;
- ✓ Unidades de Pronto Atendimento UPA's – acidentes com material biológico;
- ✓ Hospital João XXIII – acidentes de trabalho grave e com mutilações, fatais e em crianças e adolescentes; acidentes com material biológico de risco de servidores próprios e externos;
- ✓ Hospital Risoleta Tolentino Neves, acidentes de trabalho grave e com mutilações, fatais e em crianças e adolescentes; acidentes com material biológico de risco de servidores próprios e externos;
- ✓ Hospital Odilon Behrens, acidentes de trabalho grave e com mutilações, fatais e em crianças e adolescentes; acidentes com material biológico de risco de servidores próprios e externos;
- ✓ Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica – acidentes com material biológico de risco em empregados da PBH, autarquia e fundações municipais;

- ✓ Centro de Toxicologia do Hospital João XXIII – referência para intoxicações exógenas;
- ✓ SAMU – os dados possíveis de serem registrados por estas unidades de atendimento foram utilizados para busca ativa dos casos de acidentes de trabalho encaminhados à rede SUS: Hospital João XXIII, Risoleta Tolentino Neves, Odilon Behrens e UPAs.

Em 2014, foram feitas 3.008 notificações ao SINAN, conforme quadro 12

Quadro 12 - Distribuição dos agravos de saúde do trabalhador notificados por Belo Horizonte

Agravos	2010	2011	2012	2013	2014
Acidente trabalho exposição material biológico	515	617	723	719	949
Acidente de trabalho grave	1.525	2.029	1.697	1.773	1.778
Óbito por acidente	85	96	126	94	31
Câncer relacionado ao trabalho	0	0	1	5	1
Dermatoses Ocupacionais	6	13	35	13	15
Intoxicação Exógena	12	115	100	124	117
LER/DORT	50	78	138	88	62
PAIR	3	13	1	4	2
Pneumoconiose	37	53	84	54	50
Transtorno Mental	4	18	13	6	3
TOTAL	2.237	3.032	2.918	2.880	3.008

Fonte: SINAN NET

Data da exportação: 17/03/2015

3.1.18 Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho

Com referência as Vigilâncias em Ambientes e Processos de Trabalho, a Gerência de Saúde do Trabalhador – GESAT e as unidades do Centro de Referência em Saúde do

Trabalhador - CEREST-BH realizaram 710 vigilâncias em empresas da capital, no ano de 2014.

A Tabela 23 apresenta as atividades e atendimentos realizados no ano de 2014, pelas unidades de referências da Saúde do Trabalhador.

Tabela 23 - Atendimentos realizados pela, pelas unidades de referências da Saúde do Trabalhador.

Atendimento/Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento por assistente social	71	91	274	358	238
Atendimento de enfermagem	689	571	1.048	1.177	967
Teste de contato	73	59	184	241	212
Consulta médica (primeira)	429	402	908	622	711
Consulta médica de acompanhamento	686	528	820	631	711
Consulta de fisioterapia (primeira)	98	82	295	232	365
Consulta de fisioterapia de acompanhamento	224	151	397	276	323
Consulta de terapia ocupacional (primeira)	25	4	0 ¹	0 ¹	-
Consulta de terapia ocupacional de acompanhamento	82	16	0 ¹	0 ¹	-

Fonte: CEREST/GESAT/GVSI/SMSA

(1) Atendimentos realizados nos CREABS

Outras atividades realizadas, em 2014, pelo CEREST Barreiro, CEREST Centro Sul e Gerência de Saúde do Trabalhador, que se deram especialmente na área de capacitações, treinamentos e informes técnicos.

Quadro 13 - Número de atividades de Capacitação e Publicações referentes à Saúde do Trabalhador

Ação	CEREST Centro Sul	CEREST Barreiro	GESAT	Total
Palestras	2	2	2	6
Capacitações	27	8	8	43
Conferências e Seminários	3	25	4	32
Treinamento de Residentes	0	2	5	7
Treinamento de Estagiários	0	8 *	0	8
Web conferência	0	0	0	8
Publicações em Boletins Epidemiológicos - Copa do Mundo Ano IV nº 5	0	0	1	1

Fonte: CEREST/GESAT/GVSI/SMSA* Alunos do PET

4. REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS E COMPLEMENTARES À SAÚDE

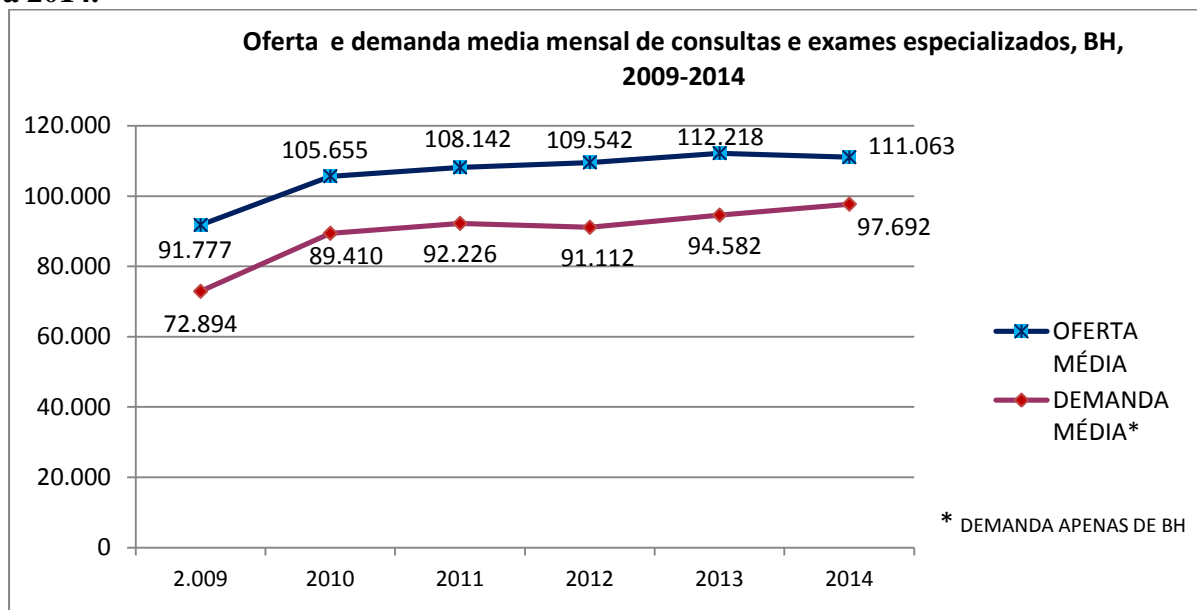
A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte monitora sistematicamente a demanda, a oferta, a fila e o tempo de espera para agendamento de consultas e exames especializados (“Percentual de consultas e exames especializados que são agendados em até 60 dias”) além de outras informações relevantes para a garantia do acesso qualificado e em tempo oportuno. O percentual de agendamento de consultas e exames especializados em 2014 foi de 54,8%.

Mesmo atingindo a meta programada para o ano (54%), o monitoramento mensal apontou que no mês de janeiro o percentual estava bem abaixo dos percentuais observados no mesmo mês dos anos anteriores, e não apresentou a retomada habitual ao longo do ano. Normalmente, observa-se aumento no tempo de espera para o agendamento das consultas e exames especializados entre os meses de dezembro e fevereiro, a cada ano, devido a interrupções no atendimento. Os feriados de fim de ano e as férias dos profissionais da rede própria e contratada levam à diminuição da oferta. Esta oferta usualmente é retomada a partir de março do ano seguinte, ocorrendo melhora gradativa desta, até o mês de novembro.

4.1 Consultas e exames especializados

A análise da oferta e da demanda média mensal de consultas e exames especializados aponta redução da oferta em 2014 de cerca de 1100 exames e consultas/mês e aumento da demanda de 3100 solicitações/mês, em relação às médias mensais de 2013. Importante consideração para esta análise é que a oferta disponibilizada no Sistema de Regulação - SISREG refere-se à ofertada para residentes em Belo Horizonte e municípios pactuados, mas a demanda refere-se somente à Belo Horizonte. Isto gerou acúmulo de pacientes em fila de espera com conseqüente aumento do tempo de agendamento de consultas e exames.

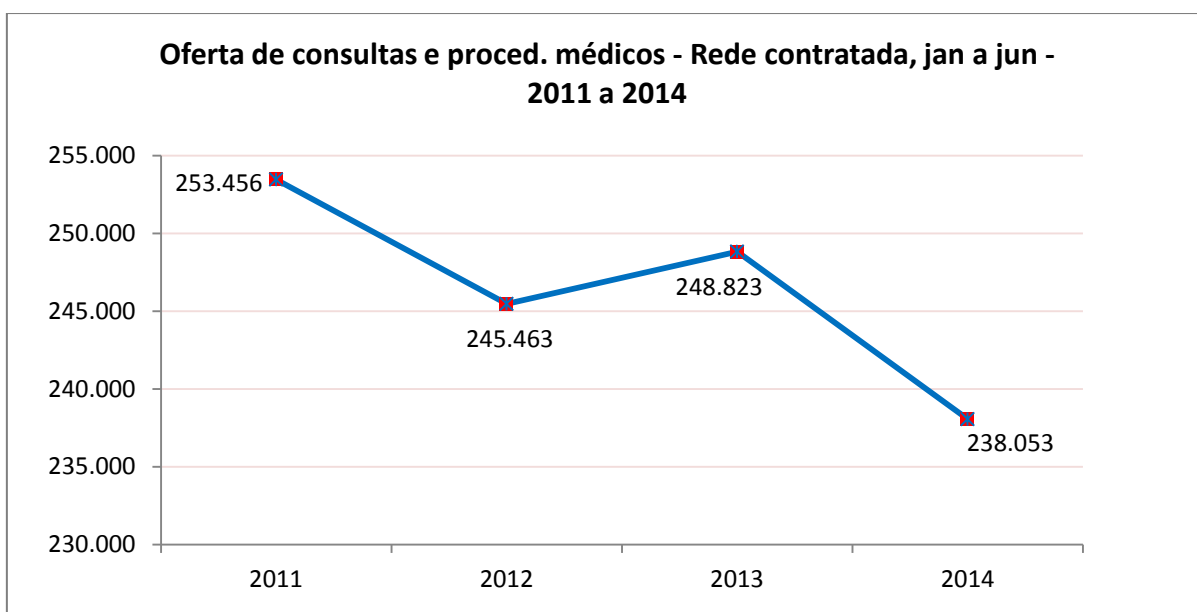
Gráfico 34 - Oferta e demanda média mensal de consultas e exames especializados, 2009 a 2014.



Fonte: SISREG/SMSA-BH

O Gráfico 35 aponta tendência de decréscimo na oferta de consultas e exames disponibilizados pela rede contratada, comparando os primeiros semestres de 2011 a 2014.

Gráfico 35 - Oferta de consultas e procedimentos médicos da Rede Contratada nos primeiros semestre 2011-2014.

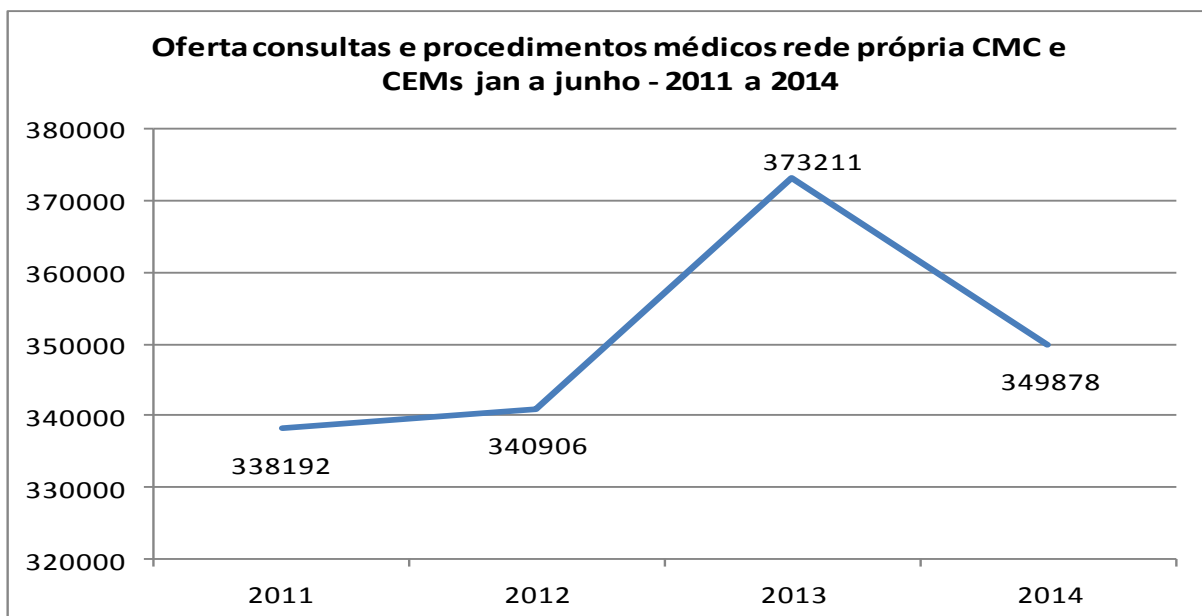


Fonte: SISREG/SMSA-BH

Foram feitas reuniões e negociações com vários prestadores contratados do SUS buscando aumento de oferta, especialmente nas especialidades com maior tempo de espera para agendamento. Algumas estratégias foram tentadas pela SMSA, como a disponibilização de oferta extra, pagamento diferenciado para alguns procedimentos, troca por outros procedimentos, negociação de dívidas, entre outros. Houve incremento de oferta por alguns prestadores em alguns procedimentos, que, entretanto, não impactou na oferta total.

Na rede própria, no mesmo período, observa-se incremento de oferta, em 2013, por meio da nomeação de profissionais especialistas aprovados no concurso público. Entretanto, parte desta oferta foi reduzida em 2014, devido a aposentadorias e exonerações de profissionais médicos especialistas.

Gráfico 36 - Oferta de consultas e procedimentos médicos da rede própria na Central de Marcação de Consultas e nos Centros de Especialidades Médicas



Fonte: SISREG/SMSA-BH.

A captação e manutenção de médicos especialistas na Rede Complementar continua difícil em Belo Horizonte, considerando que o mercado para o trabalho de especialistas na região metropolitana está favorável para a classe. O aproveitamento da oferta existente é fundamental para garantir o acesso da população às consultas e exames especializados.

Apesar de redução, em comparação a 2013, permanece, em 2014, uma perda importante de consultas e exames especializados agendados e não realizados (absenteísmo), ficando este percentual em 26,6%.

Nas unidades da Rede Complementar continua o acompanhamento sistemático das filas de espera com remanejamento das ofertas de consultas de primeira vez e de retorno quando necessário.

A partir do segundo semestre de 2014, de posse deste cenário, foram desencadeadas discussões na gestão e em toda a rede, buscando a priorização de ações para enfrentamento desta situação. Essas ações se referem à redução do absenteísmo às consultas e exames, recomposição do quadro de profissionais da rede própria e realização de mutirão de consultas e exames, iniciando com consultas de oftalmologia e exames de ultrassom.

Para as ações de redução do absenteísmo foi realizada mobilização da rede de atenção primária em parceria com os distritos sanitários para identificar experiências exitosas na redução do absenteísmo e, a partir delas, construir orientações padronizadas para utilização por toda a rede.

Foi realizada uma oficina com participação de técnicos da Gerência de Rede Complementar, da Gerência de Assistência, da Gerência de Regulação, do Centro de Educação em Saúde, dos GEREPIs, GERASAS, gerentes de distrito sanitário, gerentes de centros de saúde e de unidades de atenção especializada, com o objetivo de identificar os maiores problemas para a garantia de acesso amplo e em tempo oportuno da população às consultas e exames especializados, e, principalmente, construir propostas para o enfrentamento destas. Foram identificados como pontos críticos, especialmente, a perda de oferta de consultas e exames especializados e a dificuldade para a recomposição da mesma, a necessidade de aprimorar o encaminhamento médico para a especialidade, a partir da APS e da rede complementar de modo que a oferta disponível seja bem utilizada e a necessidade de melhoria no processo de aviso do agendamento, ao usuário, de sua consulta ou exame, com a realização de substituição por outro usuário, diante da impossibilidade do comparecimento do primeiro, evitando perda da consulta ou exame agendado. Esta oficina definiu dois grandes grupos de trabalho: um que se responsabilizou pela atualização das orientações para a organização do processo de marcação de consultas e exames especializados nas unidades de saúde e pela definição de estratégias para a implementação destas, na rede, com processo de monitoramento continuado. O outro grupo ficou responsável pela identificação das

dificuldades no processo de cuidado na atenção primária que levam a encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada, e, pela articulação de iniciativas, junto com as estratégias já existentes de educação permanente (PEP, Gestão Clínica, etc.) e a regulação assistencial, para a construção de proposições para qualificação do cuidado e encaminhamento adequado e oportuno para a atenção especializada. Estas ações encontram-se em andamento.

Para ampliação de parte da oferta que foi reduzida, foi proposta a recomposição do quadro de médicos da rede própria pela publicação de um Chamamento Público, em 2015, logo após o término das residências médicas, para contratação temporária de especialistas para as vagas daqueles que aposentaram ou pediram exoneração, até que seja realizado o concurso público (edital já publicado).

Quanto à proposta de realização de mutirões de consultas e exames para a redução de filas em especialidades com grande tempo de espera, foram previstos, inicialmente, para consultas de oftalmologia e exames de ultrassom, por se tratarem de ofertas insuficientes para a demanda e de grande impacto no cuidado à saúde da população. Esses mutirões foram programados para 2015 em função das férias de final de ano e da mudança do Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI) para a nova sede. Paralelamente, estratégias complementares foram desencadeadas, como a retomada do Fórum de Atenção Secundária (GPJE-RC, GEAS, GERG e Distritos Sanitários), a padronização mínima de funcionamento das unidades de atenção especializada, e maior aproximação com a Gerência de Regulação e Gerência de Assistência, no sentido de buscar soluções conjuntas e contínuas para o enfrentamento do tempo de espera para agendamento de consultas e exames especializados.

4.2 Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas

Dando continuidade ao processo de Gestão da Qualidade nos laboratórios da rede, foi elaborado e implantado o Procedimento Operacional Padrão (POP) e o manual de exames da rede de laboratórios, para divulgação aos profissionais da rede. Houve monitoramento da rotina de execução dos exames, com ênfase no controle de qualidade externo para todos os laboratórios da rede. Do total de ensaios avaliados mensalmente no controle externo da qualidade, o percentual de adequação dos laboratórios varia de 93% a 98%, o que ressalta a qualidade interna dos testes realizados na rede municipal.

Tabela 24 - Total de ensaios avaliados segundo os laboratórios distritais, em 2014.

Laboratórios distritais	Total de ensaios avaliados	Números de adequações	% adequações
Venda Nova/ Norte	67	65	97,01
Leste/ Nordeste	73	68	93,15
Oeste/ Barreiro	66	64	96,97
Noroeste	68	67	98,53
Lab. Municipal	44	41	93,18

Fonte: GEDIG/SMSA-BH

Foram treinados 219 profissionais das unidades de saúde sobre coleta de sangue e biossegurança. Foi implantado o acesso externo via web aos resultados de exames laboratoriais aos usuários atendidos nas unidades de saúde do município.

A Tabela 25 mostra a produção dos laboratórios distritais e do Laboratório Municipal de , no período de 2008 a 2014. Pode-se observar que a partir do ano de 2012 a produção de exames laboratoriais da rede própria teve um aumento significativo, em torno de 5% ao ano. Este aumento deve-se tanto ao incremento de novos exames, FAN - fator anti-núcleo e o Anti-DNA, como a ampliação do número de solicitações de exames .

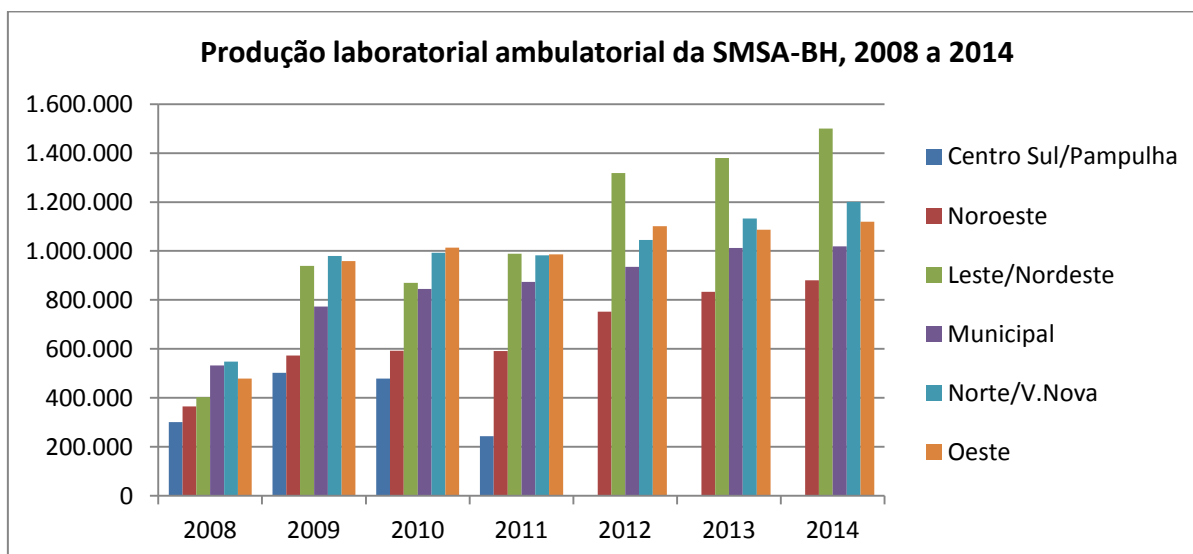
Obs: O laboratório Centro Sul/Pampulha teve as instalações físicas dasativadas, temporariamente. A demanda e os profissionais foram redirecionados para os laboratórios dos distritos sanitários Noroeste e Leste/Nordeste.

Tabela 25 - Produção laboratorial, por Distrito Sanitário, BH- 2008 a 2014

Distrito Sanitário	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Centro Sul/Pampulha	300.760	502.187	479.556	243.274	0	0	0
Noroeste	364.954	573.022	593.259	591.692	751.625	833.118	880.270
Leste/Nordeste	403.064	939.576	870.065	989.302	1.318.791	1.380.093	1.500.216
Municipal	532.174	773.164	844.426	873.889	935.236	1.012.991	1.018.430
Norte/V.Nova	548.831	980.082	992.487	981.797	1.045.146	1.133.215	1.200.716
Oeste	479.455	959.274	1.013.643	986.563	1.101.298	1.086.510	1.119.062
Total	2.629.238	4.727.305	4.793.436	4.666.517	5.152.096	5.445.927	5.718.694

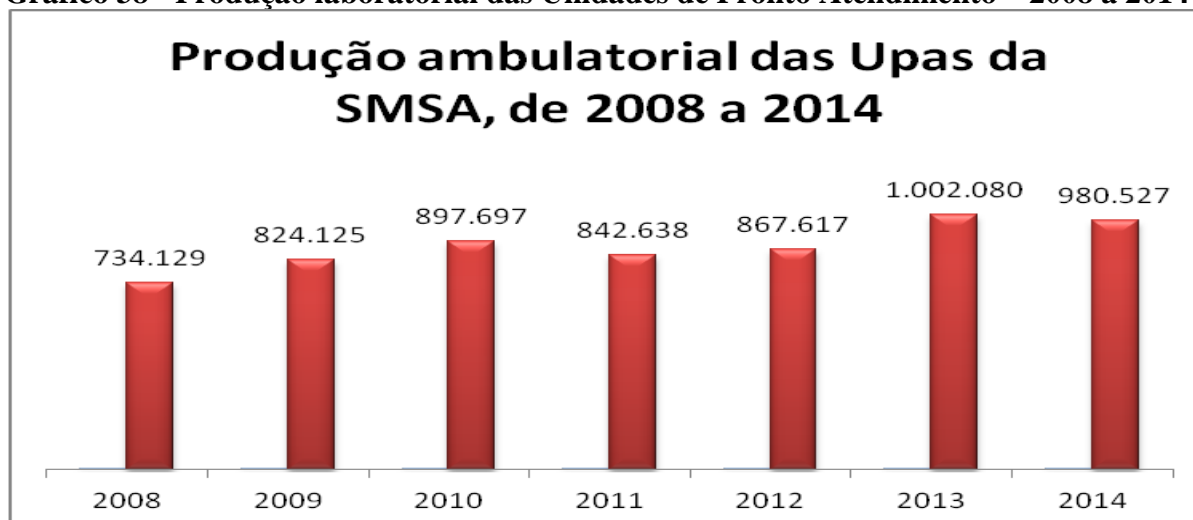
Fonte: SIA/SUS/GEEPI/SMSA/PBH

Gráfico 37 - Produção dos laboratórios Distritais e Municipal – 2008 a 2014



Fonte: SIA/SUS/GEEPI/SMSA/PBH

Gráfico 38 - Produção laboratorial das Unidades de Pronto Atendimento – 2008 a 2014



Fonte: SIA/SUS/GEEPI/SMSA/PBH

4.3 Reabilitação

Visando o aumento de vagas para reabilitação, na área ortopédica, foi iniciada, em novembro de 2013, a marcação eletrônica de tratamentos no SISREG. O sistema eletrônico de marcações permite melhor definição das indicações e, conseqüentemente, melhor utilização da oferta existente. Em 2014, as ações realizadas para viabilizar as marcações foram ajustadas

e qualificadas. Foram realizadas reuniões técnicas entre profissionais reguladores dos CREAB, central de marcação, gestores e profissionais para o alinhamento de fluxos e protocolos, e a qualificação dos encaminhamentos realizados. Isso permitiu maior aproximação entre a APS e a Rede Complementar e uma padronização do acolhimento realizado pelos três serviços. Outra ação relacionada ao aumento da oferta de vagas em 2014, e iniciada em 2013, foi à assinatura de novos contratos com os prestadores privados de reabilitação. Os serviços contratados ou conveniados complementam a oferta de vagas para reabilitação, nas áreas de ortopedia e neurologia, que são as áreas mais demandas pela população.

Ainda com foco na melhoria da oferta e na articulação do cuidado integrado em rede e aproximação da Rede Complementar com os demais pontos de atenção, em 2014 foram realizadas reuniões técnicas de grupos de trabalho com representantes das diversas gerências da SMSA para a definição de fluxo para o acompanhamento de pessoas vítimas de AVC e também a linha de cuidado para a abordagem das doenças ósteo-musculares, principalmente no cuidado com dor Lombar e dor no Joelho.

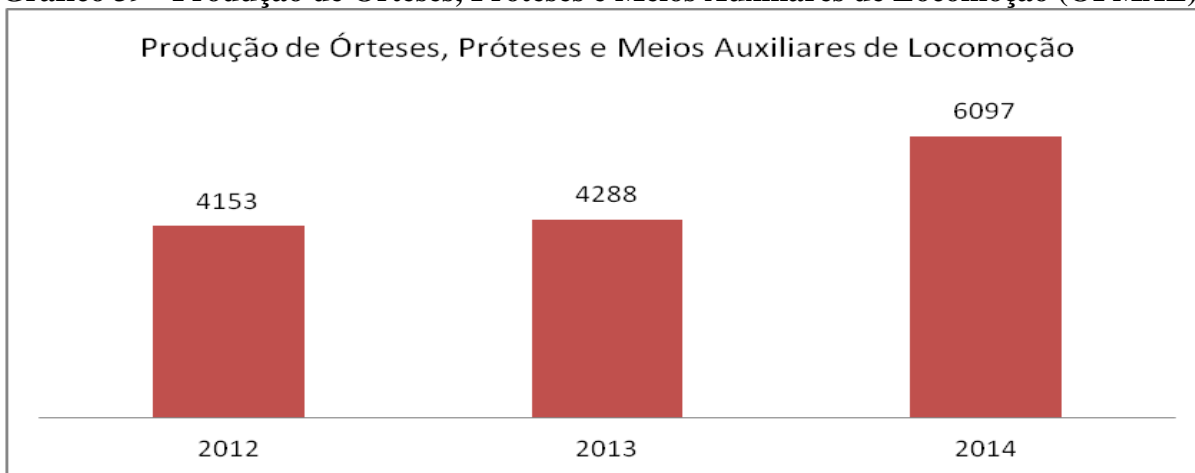
Na área da saúde auditiva houve melhor organização da oferta de vagas com o início das atividades do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) da PUC Minas e o retorno da oferta pelo SASA do Hospital das Clínicas (oferta de primeira consulta). Isso possibilitou a redução de 2.500 para 1.300 usuários na fila de espera, em 2014. Diversas ações técnicas foram realizadas para qualificação do cuidado em Saúde auditiva: oficina entre prestadores com articulação entre os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e fonoaudiólogos da APS e Rede Complementar; reuniões com os fonoaudiólogos dos distritos e construção das ações preconizadas para a Linha de cuidado em Saúde Auditiva por ciclos de vida na APS; realização de seminário abordando temas relacionados ao cuidado em rede na Saúde Auditiva, planejamento e articulação para credenciamento do novo SASA Santa Casa (aprovado pela SES e aguardando credenciamento pelo Ministério da Saúde); ampliação do quadro de profissionais na Junta Reguladora de Saúde Auditiva e Audiologia da URS Padre Eustáquio, com a inclusão de oferta de PEATE.

As ações de reabilitação relacionadas à concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMAL) também podem ser destacadas: organização de ações para viabilizar a inclusão de novos itens incluídos na tabela do MS na área de OPMAL; elaboração do edital para Chamamento Público de novos itens Cadeira de rodas e adequação

postural, incluídos na tabela de procedimentos; capacitação de profissionais do NASF para prescrição e medida de Cadeira de Rodas para tetraplégicos (maio/2014) e capacitação de profissionais dos CREAB, para medida e prescrição de cadeiras de rodas motorizadas (agosto/2014); elaboração do roteiro de Avaliação Ambiental para Cadeiras de Rodas.

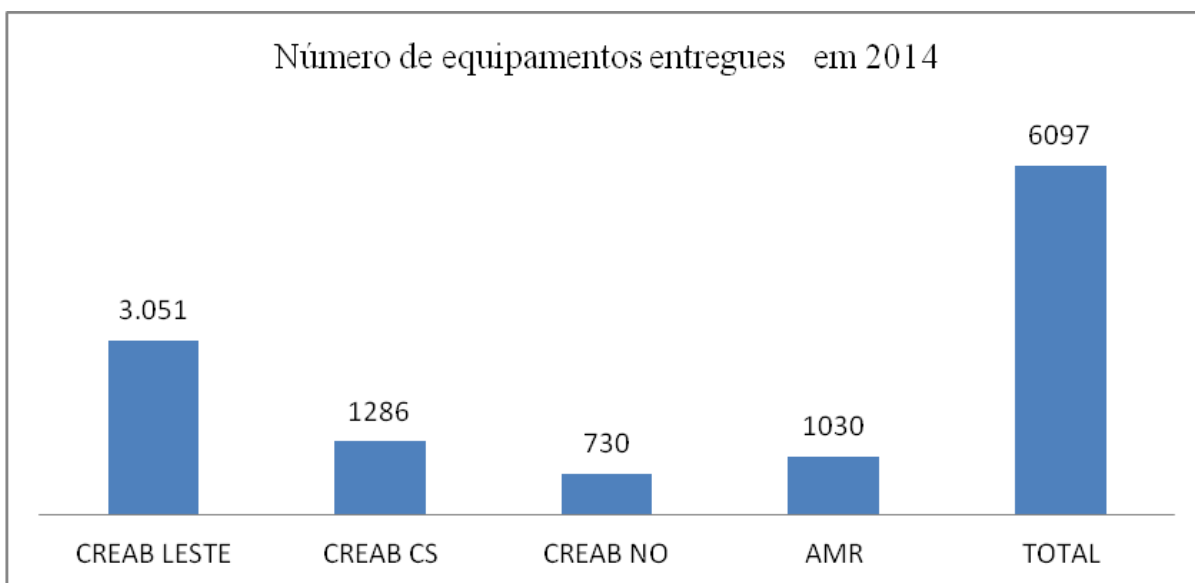
A evolução da oferta de OPMAL pode ser visualizada no Gráfico 39, com a produção parcial de 2014.

Gráfico 39 - Produção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMAL)



Fonte: BPAI 2014

Gráfico 40 - Número de equipamentos de OPMAL – 2014



Fonte: BPAI 2014 - 1º ano produção Oficina Ortopédica AMR

5. MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO

Contempla a regulação da assistência e a atenção hospitalar e a rede de urgências. Tem como diretriz o aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção. A regulação e a atenção hospitalar consistem na regulação de toda assistência, tanto ambulatorial especializada, como da atenção hospitalar, através de suas centrais de internação e de marcação de consultas, e de alta complexidade, buscando garantir e assegurar uma atenção de qualidade à população. Mantêm em funcionamento o controle e avaliação ambulatorial e hospitalar e a auditoria assistencial.

5.1 Regulação Assistencial

Consiste em mecanismos de coordenação e regulação assistencial, em um movimento integrado com a Atenção Primária à Saúde, à rede de Cuidados Complementares e à rede de Urgência.

Os contratos firmados entre a SMSA/SUS-BH e os hospitais contratados ao SUS passaram por reformulações e aprimoramentos, a fim de melhor formalizar a relação entre as partes. Todavia, o objetivo maior foi avançar na qualificação da atenção e na garantia do acesso pelos usuários do SUS, moradores de BH e interior.

Projetos impactantes para a garantia de acesso da população à rede:

1) Projeto 100% SUS

No período anterior à implantação da Portaria SMSA/SUS-BH N° 018/2010, que regulamenta o incentivo de adesão à rede 100% SUS-BH, o que se observava em BH era a redução do número de prestadores de serviços vinculados ao SUS, de 57 hospitais nos anos de 1990, para 35 em 2008. Por este motivo, pensar e desenvolver estratégias que permitissem a ampliação dos leitos hospitalares no município tornou-se uma demanda

urgente, uma vez que se constatava diariamente nas centrais de regulação da SMSA um aumento gradativo e considerável da demanda por leitos hospitalares, principalmente para as clínicas médica e ortopédica, bem como por vagas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Para viabilizar a proposta anteriormente apresentada, e em observância aos preceitos jurídicos vigentes, foi elaborado o instrumento normativo municipal, referendado pelo Conselho Municipal de Saúde, com vistas à regulamentação do incentivo 100% SUS, que vinculou o repasse financeiro do custeio dos serviços nas especialidades mais estranguladas à exigência de expansão do número de leitos, bem como a sua destinação exclusivamente ao SUS-BH. Dentre os resultados obtidos, destaca-se o aumento significativo do número de leitos nos três hospitais (Santa Casa, São Francisco e São José Universitário) que aderiram ao projeto.

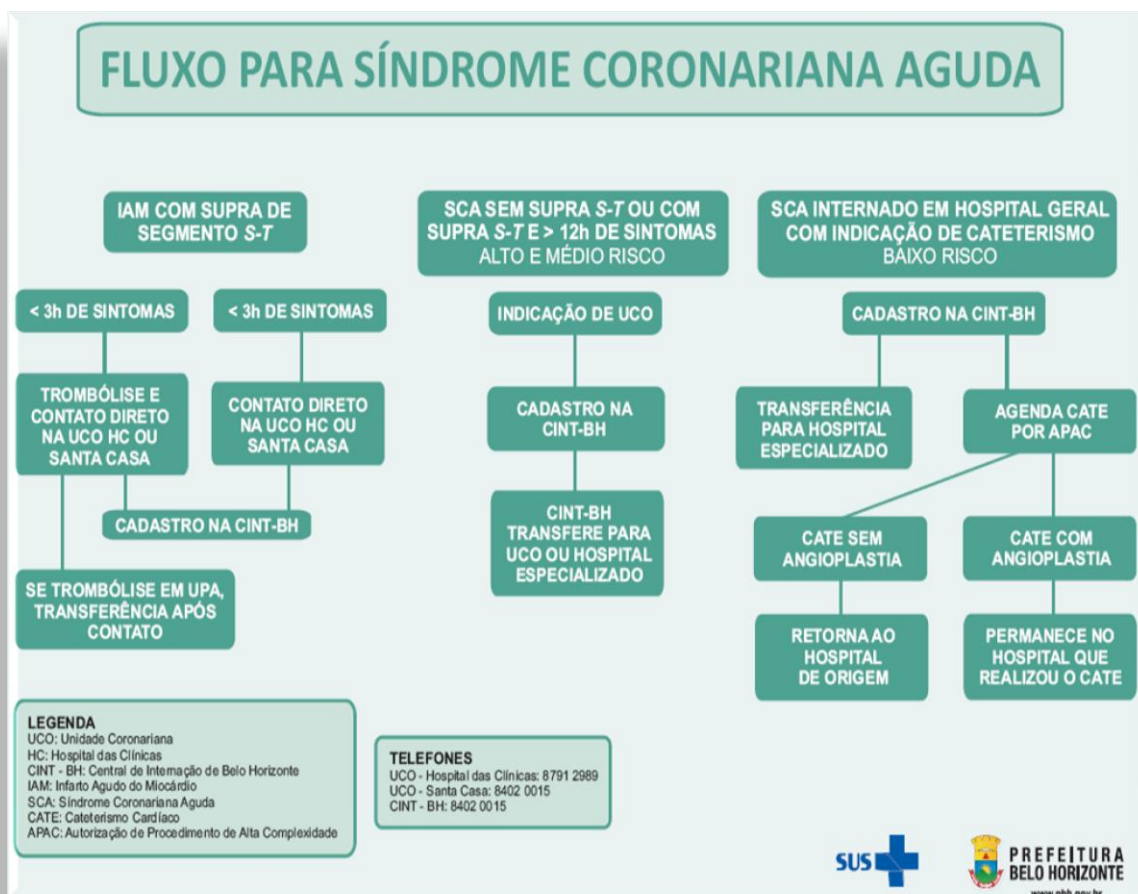
2) Projeto quiosque SUS:

Projeto piloto criado com o objetivo inicial de promover o funcionamento avançado da Central de Internação (CINT) na Santa Casa, a fim de agilizar as internações e altas hospitalares, o acompanhamento em tempo real da grade de leitos e solucionar problemas do cotidiano como a autorizações de laudos. No momento, está em formatação um escritório de negócios da Gerência de Regulação (GERG), o que facilita os processos, o acesso e o controle dos 1.000 leitos SUS da Santa Casa, com funcionamento de segunda a segunda de 07:00 às 19:00 horas.

3) Projeto doença coronariana aguda

Projeto focado na implantação da linha de cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com indicação de reperfusão e a garantia de acesso ao estudo e terapêutica de hemodinâmica para os usuários com quadro agudo de síndrome coronariana aguda (CSA) objetivando a diminuição da mortalidade por esta causa. Visa permitir o diagnóstico, a estratificação e a terapêutica adequada nas portas de entrada, buscar terapia de reperfusão em tempo ótimo (trombólise ou angioplastia primária) e permitir acesso oportuno aos demais níveis de assistência.

Figura 12 - Fluxo para Síndrome Coronariana Aguda



4) Projeto de incentivo na especialidade cabeça-pescoço

Incentivo que passou a ser pago às cirurgias de tumores malignos na especialidade de cabeça e pescoço realizadas através da marcação das primeiras consultas pela Comissão Municipal de Oncologia (CMO), bem como aquelas encaminhadas ao hospital via Central de Internação (CINT) através do fluxo de urgência. Para fazer jus ao incentivo, o hospital deve cumprir as metas de produção acordadas (oferta de consultas na CMO) e de pontualidade na definição do plano terapêutico e na realização de cirurgias. A SMSA tem hoje a adesão do Hospital São Francisco, que ampliou sua oferta e tem minimizado os problemas da fila de espera nesta especialidade tão crítica. Também o Hospital Luxemburgo e o Hospital das Clínicas aumentaram a oferta de consultas nesta especialidade, proporcionando o agendamento oportuno da demanda.

5) Projeto de integração entre o sistema de regulação ambulatorial e o sistema de prontuário do SUS-BH:

Busca possibilitar o funcionamento integrado entre o Sistema de Regulação de Consultas, exames e procedimentos especializados (SISREG) e o Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SISREDE) unificando a entrada de dados de pacientes, profissionais, especialidades e procedimentos. A integração entre os sistemas possibilita ao profissional de saúde encaminhar o usuário para as unidades especializadas, a partir do SISREDE, diretamente ao sistema SISREG, não sendo necessária a entrada dos seus dados novamente, evitando a redigitação das informações e dando maior agilidade à entrada das solicitações de consultas e procedimentos especializados, com diminuição do tempo de espera pelo paciente, diminuição de perdas de impressos e diminuição dos erros de digitação pelo Centro de Saúde.

5.1.1 Aperfeiçoamento do sistema de regulação do acesso à assistência ambulatorial:

Recomposição da equipe da Central de Marcação de Consultas (CMC) para viabilizar a regulação das filas de espera cadastradas no sistema informatizado de regulação ambulatorial (SISREG), com propostas de maximização das ofertas disponíveis na rede própria e contratada, de acordo com a demanda; implementação de propostas de alteração de fluxos de agendamento e de disponibilização de ofertas para agendamento sob regulação dos casos considerados prioritários para acesso, além do monitoramento contínuo das filas de espera eletrônica de todas as especialidades, priorizando também o agendamento dos usuários com grande tempo de espera.

5.1.2 Novo processo de trabalho no controle e avaliação ambulatorial

Foi implantado um novo formato de controle e avaliação dos serviços ambulatoriais prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas instituições próprias,

contratadas e/ou conveniadas; supervisão in-loco dos serviços de média e de alta complexidade, visando unificar a metodologia da área de supervisão ambulatorial; acompanhamento da produção real do prestador, do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos ao usuário; elaboração de parâmetros e indicadores de acompanhamento quantitativo e qualitativo dos serviços, tanto para validação do pagamento quanto para a melhoria da qualidade da assistência aos mesmos. Iniciamos também a supervisão dos procedimentos oftalmológicos nos serviços contratados

5.1.3 Avanços na alta complexidade de forma geral

Ao longo desta gestão, houve uma maior aproximação entre a equipe da alta complexidade e prestadores com o estabelecimento de reuniões periódicas para a avaliação e solução de problemas; aproximação dos gestores de contrato, com uma maior participação destes, na busca por soluções; realização de visitas programadas às unidades com vistas à avaliação qualitativa dos serviços e melhora do entendimento dos processos de trabalho e fluxos de atendimento; reestruturação do sistema de revisão e das reuniões internas com as equipes, para a avaliação do serviço prestado.

5.1.4 Avanços na Comissão Municipal de Nefrologia

Elaboração de fluxos/protocolos para o atendimento de intercorrências clínicas dos pacientes em diálise (exemplos: protocolo para os pacientes em tratamento de hemodiálise com hepatite viral e protocolo de indicação, avaliação e monitoramento pós-cirurgia das confecções de fístulas arteriovenosas); avaliação do processo de trabalho dos serviços que prestam atendimento ao paciente nefropata; implantação do cartão de identificação do paciente; acesso prioritário às especialidades consideradas estratégicas na atenção ao paciente portador de insuficiência renal crônica; divulgação para as Unidades de Saúde dos contatos telefônicos dos médicos e das clínicas de diálise para discussão de casos, incluindo as portas de urgência; monitoramento sistemático dos indicadores de qualidade do tratamento dialítico; reuniões periódicas com os serviços para apresentação de experiências exitosas na atenção ao paciente dialítico; ampliação do número de leitos destinados ao atendimento das

intercorrências dos pacientes dialíticos; integração com o PAM Sagrada Família para encaminhamento de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica nos estágios 3 e 4, buscando maior agilidade no encaminhamento/confecção de fistulas arteriovenosas dos pacientes encaminhados por este serviço; revisão da logística do transporte de pacientes dialíticos, considerando as necessidades e a racionalidade das rotas; definição de fluxo para atendimento das complicações de fístulas para Acesso Venoso no ambulatório de Cirurgia Vascular no Hospital das Clínicas, elaboração da cartilha “linha de cuidado dos usuários em tratamento de diálise” com informações indispensáveis sobre seus direitos e deveres; elaboração da Portaria Municipal nº 008/2012, “Guia de Responsabilidades das Clínicas de Diálise no Atendimento dos Pacientes Dialíticos em Belo Horizonte”; realização da pesquisa sobre satisfação dos usuários em tratamento de hemodiálise (em andamento); implantação da notificação de casos novos em tratamento de diálise para as equipes de atenção primária; apresentação no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) do trabalho intitulado: processo regulatório dos procedimentos de hemodiálise em Belo Horizonte - Evolução do processo de trabalho na busca dos indicadores de qualidade na atenção ao paciente renal crônico.

5.1.5 Avanços na Comissão Municipal de Oncologia

Para dar maior agilidade ao tratamento cirúrgico do paciente oncológico, as AIH's oncológicas passaram a ser autorizadas pelo supervisor hospitalar dentro dos próprios hospitais. Houve a continuidade no projeto de incentivo financeiro de cirurgia de cabeça e pescoço no Hospital São Francisco que vem reduzindo significativamente a espera por este atendimento. A mudança do fluxo de revisão das APAC's de Quimioterapia, Hormonioterapia e Radioterapia, favorece o processo interno de revisão de 100% das APAC's, pois o prestador encaminha juntamente ao laudo de alto custo, o espelho e a comprovação do tratamento. Para acompanhamento efetivo dos pacientes, houve uma maior aproximação entre os Prestadores e a Comissão de Oncologia com visitas semanais dos médicos e das enfermeiras da Comissão de Oncologia nos Hospitais Oncológicos, e confecção de planilha de acompanhamento de todos os pacientes oncológicos visando monitorar o início do tratamento e cumprimento da lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, o que permite uma análise e estratificação de dados quantitativos. Ainda visando esta maior agilidade no tratamento está sendo realizada a

autorização in loco dos quimioterápicos: Trastuzumab, Glivec e Rituximab, e realização de relatório de comprovação de tratamento pelos médicos da Comissão; Abertura de agenda para a especialidade de Hematologia Pediátrica no Hospital das Clínicas; Ausência de fila de espera para especialidades que apresentam demanda reprimida.

Gráfico 41- Número de APAC's na Oncologia, Belo Horizonte – 2014

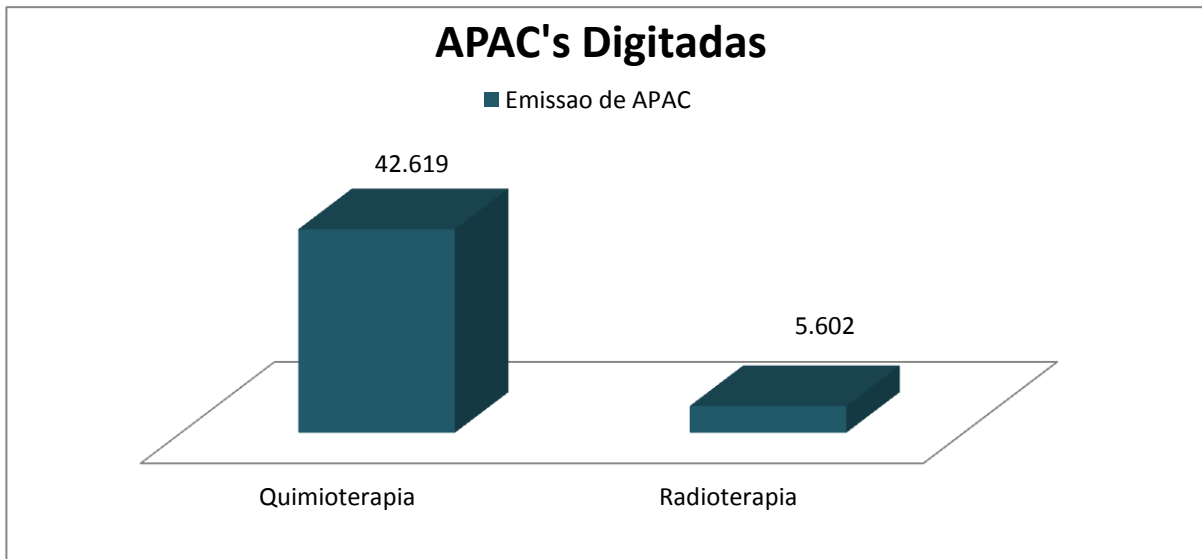
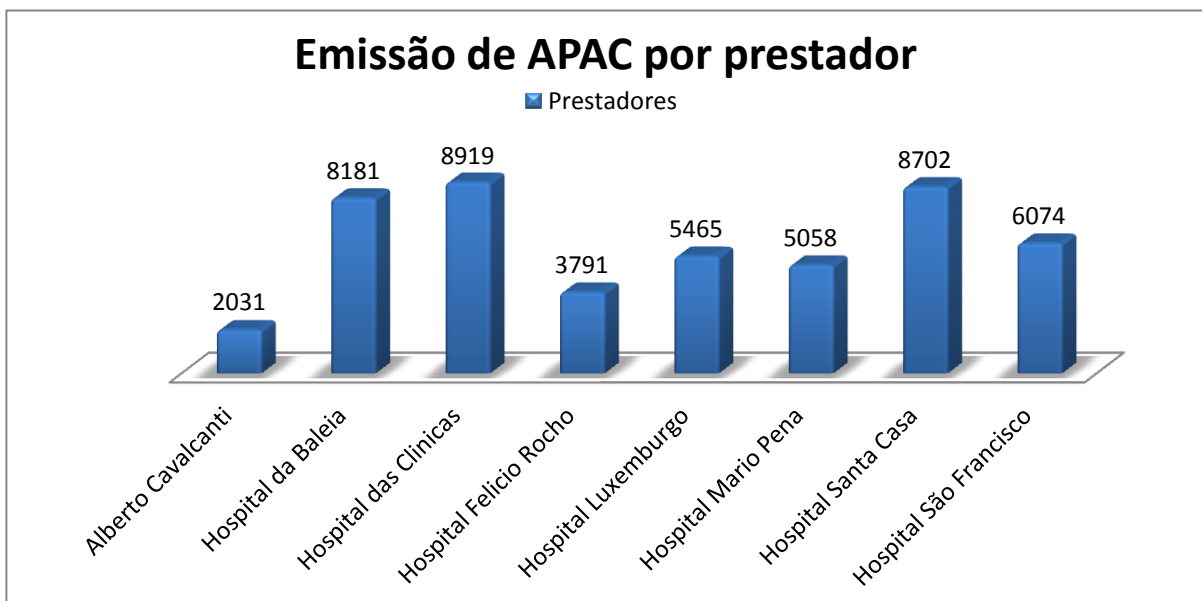


Gráfico 42 – Número de APAC por prestador oncológico



Fonte: GERG/SMSA-BH

5.1.6 Comissão Municipal de Cardiologia

Discussão ampliada para elaboração do projeto de incentivo à cirurgia cardíaca incorporado ao projeto da Urgência e Emergência; elaboração e divulgação do protocolo para solicitação e execução de cateterismo cardíaco (CAT) na hipertensão pulmonar; participação na elaboração do fluxo e implantação do projeto de atendimento à insuficiência coronariana aguda e disponibilização de agendas na CINT para acesso ao CAT para pacientes da urgência e criação do ambulatório de segunda opinião em cardiologia pediátrica no Centro de Especialidades Médicas/Santa Casa. Elaboração e aprovação do projeto de cirurgia cardíaca pediátrica juntamente com o estado.

5.1.7 Comissão Municipal de Propedêutica geral

Avaliação “in loco” de todas as clínicas prestadoras de tomografias, com elaboração de relatórios que foram apresentados individualmente, a cada prestador, para análise dos problemas encontrados e planejamento das ações corretivas. Também foi realizada a implantação e acompanhamento dos exames prestados pelo laboratório Hermes Pardini.

De acordo com suas atribuições a Comissão de Propedêutica/Alta Complexidade realizou em 2014 a análise e autorização técnica de procedimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares, quais sejam:

- ✓ Exames de Alta Complexidade
- ✓ Tratamento com iodo radioativo
- ✓ Litotripsia
- ✓ AIH's Cirúrgicas Eletivas para tratamento em neurocirurgia
- ✓ Autorização administrativa de consultas para avaliação de implante de marcapasso.

Alguns procedimentos tiveram as revisões administrativas realizadas in loco em prestadores hospitalares públicos e privados. Ocorreram várias reuniões administrativas, internas e com prestadores, com o objetivo de revisão de fluxos e protocolos e troca de informações para otimização dos trabalhos. A Tabela 26 mostra oferta e utilização de procedimentos no ano de 2014.

Tabela 26 - Número de oferta e utilização de procedimentos de Alta Complexidade, 2014.

PROCEDIMENTOS	OFERTA	UTILIZAÇÃO	% DE UTILIZAÇÃO	UTILIZAÇÃO		MÉDIA MENSAL	
				BH	Interior	BH	Interior
ARTERIOGRAFIA	1.366	738	54	447	291	37	24
ANGIOTOMOGRAFIA (SEM CÓDIGO SUS)	194	194	100	190	04	16	0
ANGIORNM AORTA TORACIA/ABD E MEMBROS (SEM CÓDIGO SUS)	31	31	100	26	05	02	0
BIOPSIA GUIADA US	4.567	3.928	86	3.615	313	301	26
CATETERISMO	4.262	3.674	86	2.055	1.619	171	135
INSTALAÇÃO DUPLO J	312	48	15	35	13	03	01
ECO TRANSESOFÁGICO	181	122	67	92	30	08	03
LITOTRIPSIA	1.930	1.280	66	719	561	60	47
MEDICINA NUCLEAR	20.701	12.843	62	8.861	3.982	738	332
PET SCAN (SEM CÓDIGO SUS)	71	71	100	59	12	05	01
DENSITOMETRIA	3.449	3.368	98	3.137	231	261	19
IODOTERAPIA	203	203	100	78	125	07	10
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	16.621	15.721	95	11.682	4.039	974	337
TOMOGRAFIA	44.453	37.016	83	25.601	11.415	2.133	951
NEUROCIRURGIA	*	1.804	*	1.515	289	126	24
VÍDEO ENCEFALOGRAMA	*	169	*	133	36	11	03
TOTAL	98.341	81210		58245	22965	4853	1913

Pontuamos que angiotomografia, angiorressonância, RNM sob Sedação e PET SCAN oncológico são realizados por prestador privado em débito de ISSQN (Laboratório Hermes Pardini).

Finalizamos 2014 com demanda reprimida expressiva para os procedimentos de TC sob sedação e RNM sob sedação (média de 700 exames), nosso maior desafio para 2015..

5.1.8 Comissão Municipal de Transplante

Realização de reuniões com as referências técnicas dos Centros Transplantadores para identificação de problemas e qualificação da assistência prestada; notificação de inconformidades de recebimento de amostras; inclusão no SISREG das consultas de avaliação

pré-transplante pelos laboratórios de histocompatibilidade e elaboração de um protocolo para a avaliação dos pacientes candidatos ao transplante renal.

5.1.9 Integração e evolução do processo de trabalho da supervisão hospitalar

Maior aproximação dos supervisores hospitalares com as demais gerências da GERG, a fim de haver o compartilhamento das dificuldades, identificação dos problemas e a proposta de soluções. Avanços no processo de trabalho para além da supervisão das contas hospitalares, passando a atuar com seu poder de crítica e o conhecimento da rede para aprimorar as ações da regulação e primar pela qualidade do atendimento hospitalar prestado à população. Também houve uma melhora do relatório quadrimestral da supervisão hospitalar com maior ênfase na qualidade da prestação de serviços; reuniões coletivas com os gestores de contrato para tratar de assuntos específicos de cada hospital; criação de um grupo de trabalho focado em resolver questões técnicas inerentes ao trabalho; incorporação pelo grupo de supervisores, da avaliação de parte dos indicadores dos contratos de gestão, principalmente os referentes à avaliação da qualidade do atendimento, relacionados com informações em prontuários, sumários de alta, e com o atendimento e humanização das maternidades.

5.1.10 Projeto de atenção aos pacientes em cuidados prolongados

Foi enviado ao MS o projeto dos Hospitais Paulo de Tarso e Santa Casa, com vista à atender a demanda crescente de internação de pacientes crônicos, em consonância com a necessidade de disponibilização de leitos das portas de urgências, hoje ocupados por estes pacientes.

5.1.11 Criação do núcleo de qualidade da SMSA

O Núcleo de Qualidade foi criado tendo como meta somar força na busca por melhorias na atenção à saúde prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de BH. Dentre as atividades desenvolvidas pelo núcleo destacam-se o diagnóstico relacionado com os indicadores de gestão hospitalar dos hospitais da rede; a oficina de humanização com foco na visita ampliada; monitoramento das atividades realizadas no Hospital São Bento (quando ainda estava em funcionamento); participação nas atividades relacionadas ao atendimento do

paciente crônico e na alta responsável; contribuição nas discussões sobre a implantação da RDC 36 nas maternidades de BH; realização de oficinas sobre a verificação de óbitos nos hospitais da rede e padronização de indicadores para essas comissões; elaboração do projeto de monitoramento da qualidade das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de BH, e monitoramento dos casos de usuários do SUS internados em hospitais de Belo Horizonte/Minas Gerais, embora estejam com alta hospitalar.

5.1.12 Projeto de monitoramento da qualidade das Unidades de Terapia Intensivas

Trata-se de um projeto de intervenção que utilizou da pesquisa documental e bibliográfica para elaborar indicadores destinados a avaliar a qualidade da assistência e, da técnica da pesquisa-ação, para avaliar os fluxos propostos para o monitoramento dos indicadores na prática clínica. O objetivo geral deste projeto é monitorar a qualidade das UTIs dos hospitais da rede contratualizada ao SUS em BH. Para tanto, foi elaborada uma matriz com indicadores a serem monitorados. Os indicadores utilizados na matriz foram elaborados a partir dos contratos firmados entre a SMSA/SUS-BH e os hospitais da rede, de Portarias e Resoluções do governo e da literatura científica. Foi descrito e validado “in loco” em três UTIs de Belo Horizonte, o fluxo de monitoramento de cada um dos 217 indicadores que compõem a matriz. Os indicadores foram classificados como de estrutura, processo e de resultado (assistenciais) e a cada indicador foi associada uma pontuação específica.

5.1.13 Projeto de monitoramento dos casos de usuários do SUS internados em hospitais de Belo Horizonte, embora estejam com alta hospitalar.

O Núcleo de Qualidade da SMSA/SUS-BH vem realizando um diagnóstico e monitoramento mensal dos casos de usuários do SUS internados em hospitais de Belo Horizonte/Minas Gerais, embora estejam com alta hospitalar, a fim de conhecer quem são esses usuários, idade, seu local de residência, motivo da internação, estado funcional e cognitivo, necessidade da manutenção do uso de dispositivos de assistência, vínculo familiar e providências que os hospitais já tomaram a fim de viabilizar a desospitalização. Além disso, o Núcleo tem diagnosticado quais são os fluxos de encaminhamentos existentes, destinados à

essa população, para os equipamentos e serviços disponíveis na rede. Para tanto, vem realizando reuniões com membros da Gerência de Assistência à Saúde, Gerência de Urgência e de Saúde Mental.

5.1.14 Programa alta responsável

Este programa foi desenvolvido com a finalidade de preencher uma lacuna existente entre a internação hospitalar e ambulatorial após a alta, a fim de garantir o acompanhamento das crianças, através da comunicação e agendamento de consultas no Centro de Saúde (CS) de referência. O objetivo deste encaminhamento é fornecer informações sobre o quadro da criança para os profissionais da atenção primária (principais responsáveis pela coordenação do cuidado da saúde das mesmas). Ainda, o programa visa o compartilhamento de informações e a elaboração de um plano de seguimento da criança, tendo em vista as comorbidades presentes. Fazem parte deste programa todas as crianças e as puérperas de gestação de alto risco, residentes e internadas em hospitais contratualizados pelo SUS-BH. Para as crianças que permaneceram internadas por mais de cinco dias e para as puérperas de gestação de alto risco, os hospitais agendam por telefone, consultas de seguimento na Unidade Básica de Saúde de referência. As demais crianças e recém-natos retidos têm sua internação comunicada por meio eletrônico, para que a busca ativa seja realizada pelas Unidades Básicas de Saúde. A meta proposta para o ano de 2013 é de que todas as crianças, recém-natos e puérperas de gestação de alto risco residentes em BH tenham ou sua consulta agendada, ou sua alta comunicada para as Unidades Básicas de Saúde de referência.

5.1.15 Centrais reguladoras

Entre os vários serviços oferecidos pelas centrais reguladoras na área da saúde, destacam-se, a disponibilização de leitos para internações hospitalares e cirurgias eletivas, consultas e exames especializados de média e alta complexidade. A regulação do acesso a estes serviços, quando feita de forma assertiva e em tempo oportuno, gera satisfação do cidadão, melhor qualidade do atendimento, otimização dos recursos disponíveis e, conseqüente, economia para o município.

O município de Belo Horizonte (BH) conta atualmente com sistemas informatizados nas centrais de regulação, oriundos do Ministério da Saúde (MS) e desenvolvidos internamente. No entanto, tais ferramentas estão defasadas, principalmente em relação à tecnologia utilizada, além de apresentarem problemas resultantes do crescimento da complexidade dos controles necessários. O desenvolvimento de um novo Sistema de Gestão da Regulação, com os serviços e funcionalidades totalmente voltados para ambiente WEB, contemplando a central de internação e de consultas, exames e tratamentos especializados de média e alta complexidade, controle, avaliação, faturamento, além do pagamento dos serviços contratados ao SUS-B está com a sua concepção já finalizada e em fase de elaboração. Com isso, objetiva-se a unificação e/ou interoperabilidade plena entre os registros e funcionalidades já existentes nos sistemas utilizados atualmente, com a incorporação de uma política de segurança necessária para permitir o acesso em prestadores públicos e contratados pelo SUS-BH, em todos os municípios do Estado de Minas Gerais (MG), além da interoperabilidade com os sistemas de Regulação Nacional e Estadual, o SUSFÁCIL.

5.1.16 Construção de propostas de trabalho integrado entre a gerência de controle e avaliação e a gerência de auditoria

Tendo como objetivos tornar mais potente o processo de trabalho nas duas gerências; melhorar a articulação entre os diversos processos regulatórios, de forma a não haver retrabalho ou ausência de intervenções em pontos estratégicos e atualizar e clarear as atribuições, responsabilidades e competências dos diversos setores envolvidos nos fluxos regulatórios, vem sendo realizada a integração da gerência de controle e avaliação e gerência de auditoria.

Para tanto, foram realizadas oficinas de trabalho com profissionais das duas gerências tendo como produto a construção de um plano de trabalho, que inclui, dentre outras ações, a constituição de uma comissão de especialistas para o respaldo técnico do trabalho das diversas áreas da regulação a partir de questionamentos externos e em articulação com outras instituições como a UNIMED, sociedades de especialidades médicas e universidades. Além disso, o trabalho que vem sendo realizado busca a educação permanente do grupo de auditores, supervisores ambulatoriais/ hospitalares e reguladores, o planejamento das

auditorias programadas (ordinárias) com a equipe da GERG, a implantação de uma “central de dados” para subsidiar o trabalho e a unificação do controle e avaliação ambulatorial e hospitalar.

5.1.17 Reorganização do processo de trabalho no setor de tratamento fora do domicílio

O setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) viabiliza o transporte e ajuda de custo para que usuários de Belo Horizonte (BH) que necessitam de acesso, a serviços não existentes no município, possam se deslocar a outros estados para tratamento. Acolhe e agenda as demandas de todos os municípios do interior, com pactuação em BH, para a realização de exames de patologia clínica, cérvico-uterino, biópsias, subespecialidades e exames oftalmológicos, protetização e cirurgias auditivas, exames de radiologia simples e odontologia sob sedação. Dentre os avanços existentes, pode-se destacar: a qualificação das guias de solicitações de TFD (inclusive com a análise mais criteriosa das requisições para transporte aéreo, de acordo com a situação clínica de cada usuário) e a organização da recepção, dos processos autorizativos internos e agendamentos em sistemas informatizados para as demandas do interior (o que possibilitou grande diminuição dos tempos de espera para acesso em BH). Cabe ressaltar, que a grande maioria dos contatos com os municípios, após o recebimento das demandas, passou a ser feito de forma eletrônica. Foram definidos novos critérios para acesso aos procedimentos oftalmológicos com maior demanda reprimida, com concomitante qualificação da regulação neste setor. Viabilizou-se a possibilidade dos municípios solicitarem procedimentos especializados de média complexidade com oferta na Central de Marcação de Consultas (CMC). Tais solicitações são acolhidas, no TFD, para análise prévia por um médico regulador, utilizando os protocolos da SMSA/SUS-BH. Para melhor organização do acesso às cirurgias eletivas e procedimentos de média complexidade, o setor também passou a controlar e autorizar as quotas da Programação Pactuada e Integrada (PPI) com periodicidade trimestral e as guias de AIH estão sendo cadastradas/reguladas pelo setor.

5.1.18 Projeto de Implantação de Serviço para Tratamento de tumores intra oculares

Belo Horizonte, pólo estadual de referência a atenção à procedimentos de alta complexidade, não dispõe de serviço estruturado para atendimento a usuários/pacientes com suspeita de tumor intraocular. A gravidade das patologias em questão, principalmente o Retinoblastoma, tumor intraocular maligno, primário que acomete, principalmente as crianças, exige um diagnóstico mais precoce possível, conseqüentemente, uma intervenção também com certa urgência, evitando, dessa maneira, conseqüências de todos, conhecidas. Por sua condição de referência estadual, Belo Horizonte recebe os pacientes provenientes de todas as regiões do estado e, por não contar com serviço especializado, encaminha-os através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para tratamento em São Paulo. Atualmente, encontram-se em acompanhamento no serviço de oncologia da Santa Casa de Belo Horizonte, 170 (cento e setenta) pacientes com diagnóstico confirmado de Retinoblastoma, sendo previsto um número aproximado de 35 novos casos/ano.

No momento, esta Secretaria está empenhada em montar um serviço especializado voltado para tratamento das patologias oncológicas, em oftalmologia e, para isto, reservou espaços na URS/Sagrada Família, na Rua Joaquim Felício 101, unidade municipal ligada ao Hospital Municipal Odilon Behrens, que conta com bloco cirúrgico e sala para tratamento sob narcose além de profissionais oftalmologistas oncológicos e anestesistas.

A instalação desse importante serviço vem tendo a contribuição/colaboração da Procuradoria Regional do Trabalho da 3ª Região que viabilizou perante o Juizado do Trabalho a transferência de recursos provenientes de passivos trabalhistas ao Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte, destinando-os para aquisição da aparelhagem e instrumental indispensáveis, atualmente em fase de compra. A montagem deste serviço contribuirá para estabelecer e divulgar uma campanha, junto à população e principalmente entre os médicos pediatras, de esclarecimento sobre diagnóstico e tratamento precoce.

No Gráfico 43, observa-se um aumento gradual de leitos, no período de 2005 a 2014, cujo total de leitos em 2014, é 5.674, excluídos os leitos psiquiátricos. As cirurgias eletivas, em 2014 totalizaram 42.267, conforme o Gráfico 44.

Gráfico 43 - Evolução de leitos no SUS-BH – 2005 a 2014

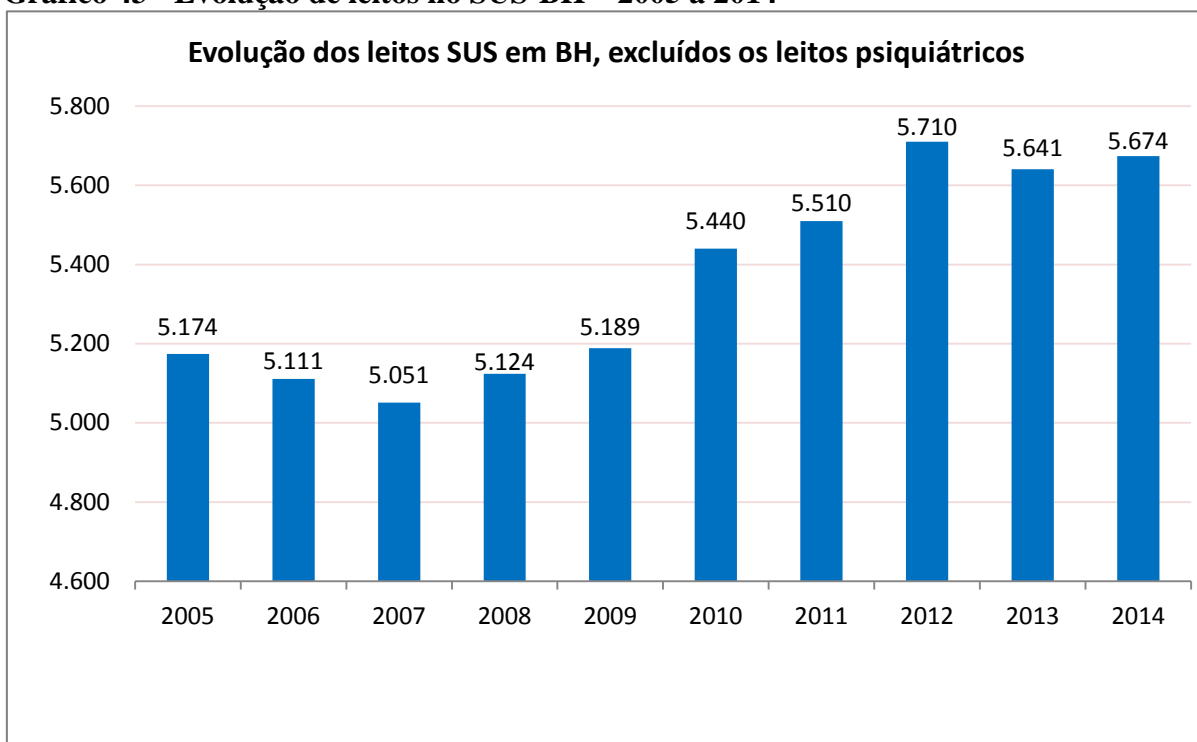
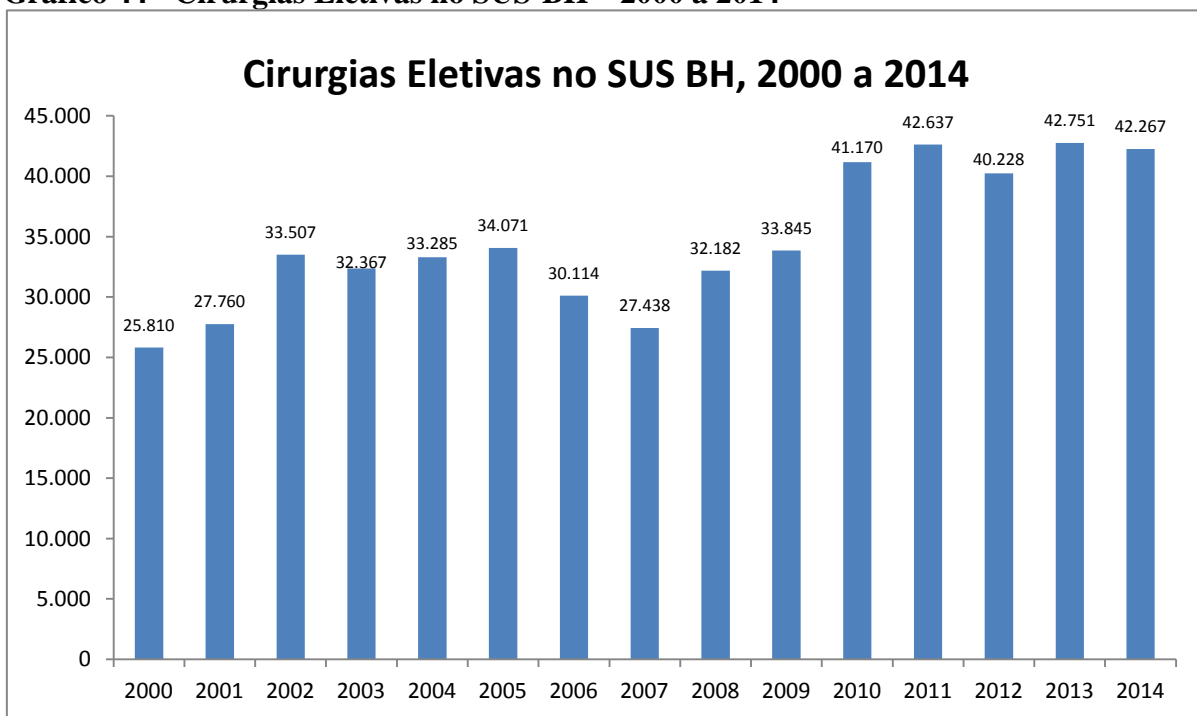


Gráfico 44 - Cirurgias Eletivas no SUS-BH – 2000 a 2014



Fonte: GERG/SMSA-BH

Quadro 14 - Projeto de Cirurgias Eletivas - junho de 2009 a dezembro de 2014

Fila inicial do Projeto de Cirurgias Eletivas BH	56.223
Pessoas avaliadas no período (*)	286.405
Cirurgias realizadas no período (**)	230.605
Fila atual de munícipes de Belo Horizonte (***)	18.003
Fila do interior (****)	17.294
Pessoas em pré-operatório nos hospitais (*****)	13.612

* Início do projeto + novos cadastros - fila total CINT (pendentes)

** cirurgias eletivas caráter 1 TABWIN

*** pacientes da fila (BH e interior) + novos de BH

**** Novos do interior

***** Fila dos hospitais

Fonte: GERG/SMSA

5.2 Auditoria Assistencial

O Sistema Municipal de Auditoria do SUS – BH, órgão integrante do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), dentro do novo conceito de auditoria e em consonância com o Pacto Pela Saúde, publicado na Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, assume a “missão de avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde, prestar cooperação técnica e propor medidas corretivas, solicitar o planejamento e o monitoramento ou informações validadas e confiáveis”.

Seguindo as Diretrizes do DENASUS, a Gerência de Auditoria Assistencial trabalha apoiando a gestão, mantendo uma permanente conduta de vigilância aos indicadores e aos resultados das ações de saúde, através de:

- a. capilaridade;
- b. integração com outras estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação, vigilância em saúde e outros órgãos integrantes do Sistema de Controle interno e externo;

- c. foco na qualidade das ações e serviços e nas pessoas, com ênfase na mensuração do impacto das ações de saúde, na aplicação dos recursos, na qualidade da assistência e na satisfação do usuário.

Em obediência a esses princípios, as auditorias são realizadas através da análise da documentação comprobatória da assistência prestada (prontuários, laudos, relatórios, etc.), da verificação “in loco” se a assistência prestada atende às normas, portarias e outras diretrizes do SUS, das oitivas das partes interessadas e envolvidas nos processos, além da consulta prévia aos vários Sistemas de Informação em Saúde, em atividade e disponíveis.

As auditorias podem ser:

- a. Programadas: quando possuem um papel avaliativo, com caráter pedagógico e visam fornecer ao gestor um instrumento capaz de nortear suas decisões e ações;
- b. Especiais: desencadeadas a partir de denúncias ou relatos dos usuários, do Ministério Público, da imprensa, dos órgãos de defesa do cidadão e de órgãos diversos. Os processos administrativos instaurados para apurar estas denúncias são classificados como Auditoria Assistencial, Visita Técnica ou Parecer Técnico. A diferença entre eles está na complexidade do seu processo de apuração, sendo que Auditoria Assistencial envolve mais itens de verificação, bem como, trabalho investigatório mais aprofundado.

Em todos os casos, as auditorias seguem um fluxo próprio, gerando, em seguida ~~após~~, um relatório e suas conclusões, que contém recomendações e proposições a serem observadas pelos diretores, gerentes e agentes, definindo prazos e propondo ações para a possível correção de alguma não conformidade detectada.

Convém ressaltar que a Gerência de Auditoria (GEAUD), componente municipal do SISAUD/SUS, vem registrando no Sistema do Ministério da, todas as etapas de cada uma das auditorias realizadas pelo componente, desde o ato de sua abertura, a fase de defesa dos auditados, até as suas conclusões, as recomendações e proposições, sempre procurando respeitar os prazos definidos.

É importante ressaltar, que além das atividades próprias de auditoria, a GEAUD, e um assessor da GERG, assumiram o papel de interlocução da Ouvidoria/SUS-BH, recebendo, analisando, encaminhando e respondendo as demandas dos usuários, referentes às ações

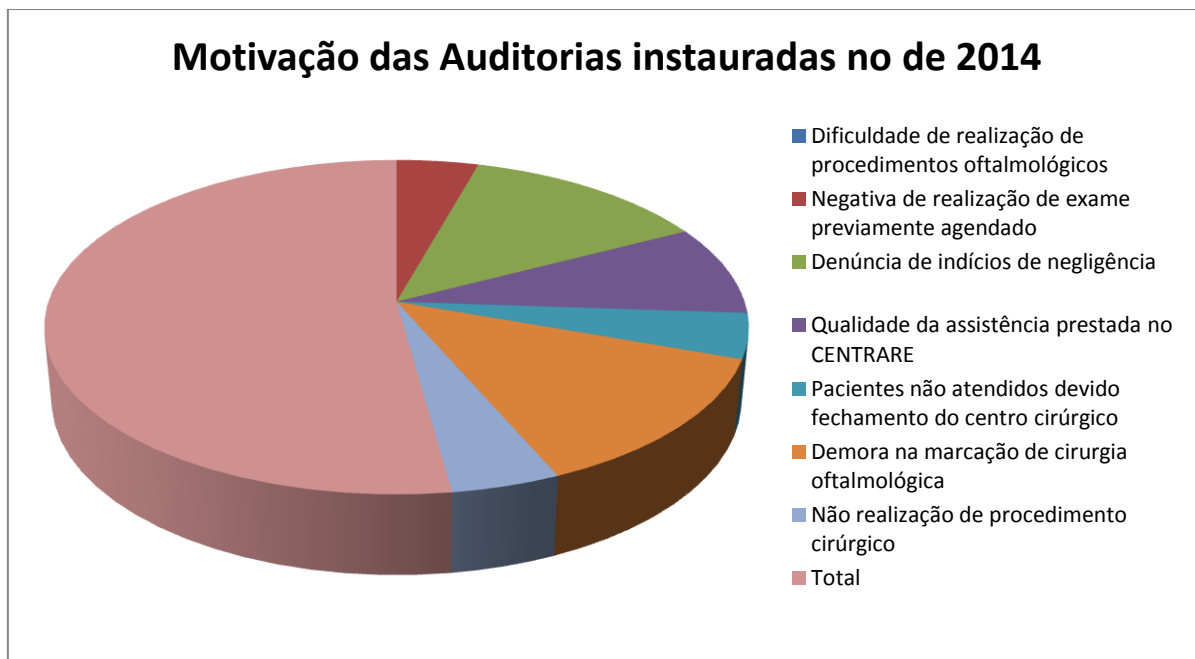
desenvolvidas pelos diversos prestadores ligados à Gerência de Regulação e apresentadas através daquele Órgão, nos seus diversos níveis.

Quadro 15 - Distribuição das Auditorias instauradas no ano de 2014, por motivo.

Motivo da Denúncia	N.º de Auditorias
Dificuldade de realização de procedimentos oftalmológicos	1
Negativa de realização de exame previamente agendado	1
Denúncia de indícios de negligência	3
Qualidade da assistência prestada no CENTRARE	2
Pacientes não atendidos devido fechamento do centro cirúrgico	1
Demora na marcação de cirurgia oftalmológica	3
Não realização de procedimento cirúrgico	1
Total	12

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Gráfico 45 - Motivação das Auditorias instauradas no ano de 2014



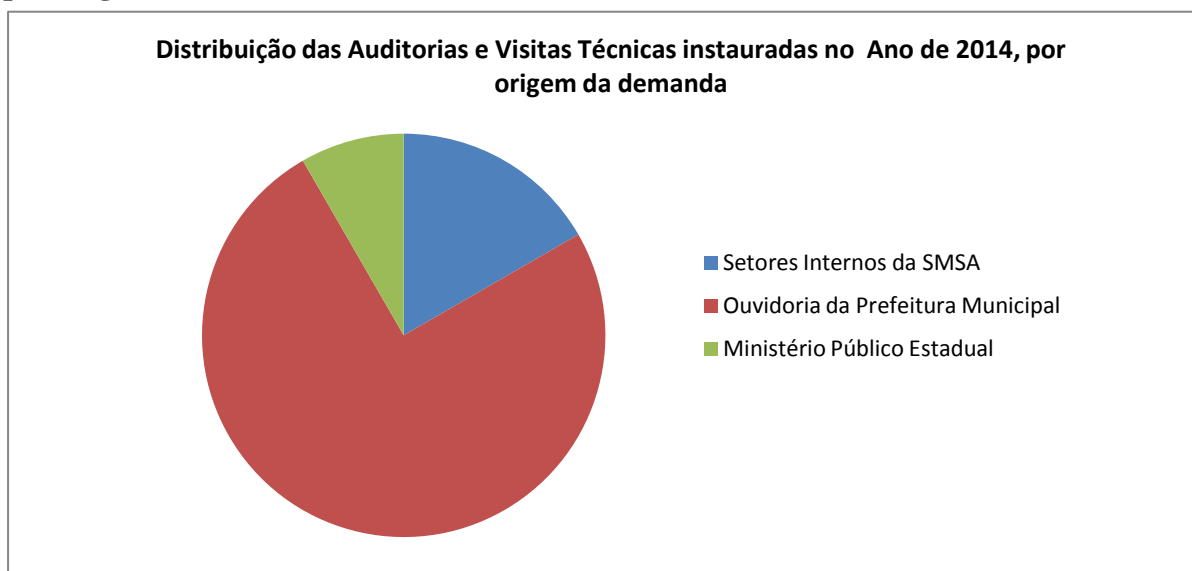
Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Quadro 16 - Distribuição das Auditorias/Visitas Técnicas instauradas no ano de 2014, por origem da demanda.

Denunciante	N.º de Auditorias
Setores Internos da SMS	2
Ouvidoria da Prefeitura Municipal	9
Ministério Público Estadual	1
Total	12

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Gráfico 46 - Distribuição das Auditorias e Visitas Técnicas instauradas no Ano de 2014, por origem da demanda



Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Tabela 27 - Situação das Atividades Processuais em 31/12/2014

Atividade	Iniciada em 2012	Iniciada em 2013	Iniciada em 2014	Total
Processos Instaurados (Auditorias Assistenciais, Visitas Técnicas e Parecer Técnico)	-	34	12	46
Processos Concluídos	6	21	6	33
Processos em apuração	1	13	6	22

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Observação: Devido aos tramites processuais, habitualmente processos iniciados em um ano são concluídos nos anos subsequentes.

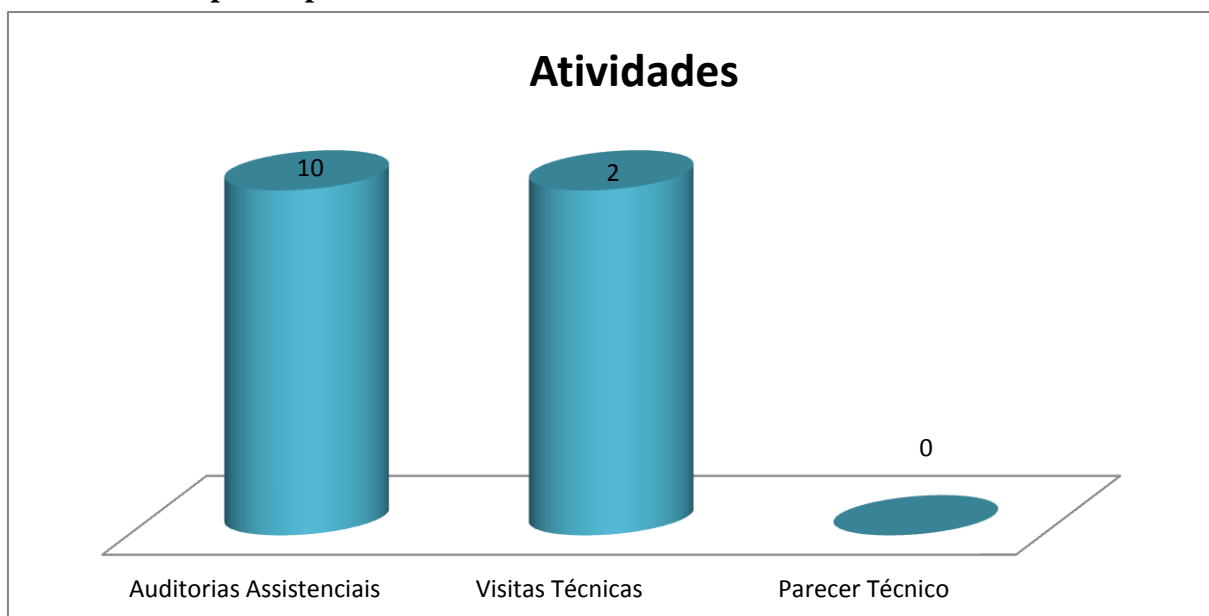
Tabela 28 - Situação das Atividades Processuais em 31/12/2014

Atividade	Iniciada em 2013	Iniciada em 2014	Total
Processos Concluídos	27	3	30
Processos em apuração	2	2	4

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 30/04/14

Observação: Devido aos tramites processuais, habitualmente, processos iniciados em um ano podem ser concluídos nos anos subsequentes.

Gráfico 47 - Tipos de processos administrativos instaurados no ano de 2014



Fonte: GEAUD/GERG/SMSA-BH

Tabela 29 - Destino das recomendações das Auditorias concluídas no ano de 2014, encaminhadas para cumprimento da decisão publicada.

Setor	Iniciada 2012	Iniciada 2013	Iniciada em 2014
Arquivamento	4	1	3
Encaminhamento para Gerências internas da SMSA (GECV, CMC, Alta Complexidade)	2	8	
Retorno dos auditores para reavaliação	2	4	1

Setor	Iniciada 2012	Iniciada 2013	Iniciada em 2014
Encaminhamento para Conselho Regional de Medicina	1	2	1
Encaminhamento para Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde	1	1	
Encaminhamento para Conselho Municipal do Idoso	-	1	
Total	10	17	5

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Observações:

- 1) Alguns processos possuem mais de uma recomendação;
- 2) As Visitas Técnicas e o Parecer Técnico não têm publicação de decisão, encaminha-se cópia do relatório ao auditado para conhecimento dos fatos.

Considera-se concluída a auditoria que teve publicação de decisão no Diário Oficial do Município. Após transcorridos os prazos de defesa do auditado e não havendo necessidade de acompanhamento, arquiva-se o processo. O auditado tem direito a recorrer da decisão da Gerente de Auditoria Assistencial. Neste caso, solicita Recurso de Reconsideração, que também tem sua decisão publicada. Se persistir a discordância, cabe a ele outros recursos: o Hierárquico (Gerência de Regulação) e o de Revisão (Secretário Municipal de Saúde), que também são publicados.

Tabela 30 - Motivação para instauração das Auditorias que foram concluídas no ano de 2014.

Motivo	Iniciada em 2013	Iniciada em 2014	Total	%
Dificuldade de realização de procedimentos oftalmológicos	-	3		
Indícios de mau atendimento	3	-		
Indícios de cobrança indevida	-			
Óbito de paciente	2			
Indícios de maus tratos	1			
Indícios de falha no atendimento	1			
Avaliação do serviço de oftalmologia	1			
Indícios de demora no atendimento	2			

Motivo	Iniciada em 2013	Iniciada em 2014	Total	%
Fluxo de cirurgias eletivas	3			
Revisão da Auditoria 55	1			
Demora na marcação de cirurgia oftalmológica		2		
Análise da Visita Técnica 4396/Ministério da Saúde	1			
Demora na marcação de retorno em neurologia	1			
Dificuldade de agendamento	2			
Indícios de irregularidades	2			
Revisão da Auditoria 98	1			
Qualidade da assistência prestada		2		
Total	22	7		100%

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS - BH 31/12/14

Tabela 31 - Auditorias de acompanhamento, realizadas no ano de 2014 para aferir o cumprimento das recomendações dos relatórios de auditorias pelos diversos setores da Secretaria e auditados.

Motivação das Auditorias	Recomendação			
	Auditoria Instaurada em 2013		Auditoria Instaurada em 2014	
	Em análise	Cumprida	Em análise	Cumprida
Indícios de não atendimento a usuário com fenda palatina	-	-		
Indícios de mau atendimento	-	3		
Indícios de cobrança indevida	-	-		
Qualidade da assistência prestada			2	
Demora na marcação de cirurgia oftalmológica				3
Óbito de paciente	1	1		
Indícios de maus tratos	1	-		
Indícios de falha no atendimento	-	1		
Avaliação do serviço de oftalmologia	1	-		
Indícios de demora no atendimento	1	1		
Fluxo de cirurgias eletivas	-	3		
Revisão da Auditoria 55	-	1		
Análise da Visita Técnica 4396/Ministério da Saúde	-	1		

Motivação das Auditorias	Recomendação			
	Auditoria Instaurada em 2013		Auditoria Instaurada em 2014	
	Em análise	Cumprida	Em análise	Cumprida
Demora na marcação de retorno em neurologia	-	1		
Dificuldade de agendamento	-	2		
Indícios de irregularidades	-	2		
Revisão da Auditoria 98	-	-		
Total	4	17	2	3

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH 31/12/13

Observações:

- 1) Atividade executada pela Gerência de Auditoria Assistencial;
- 2) Quando a recomendação estiver em análise, significa que está aguardando documentos para proceder à avaliação.

Conclusões:

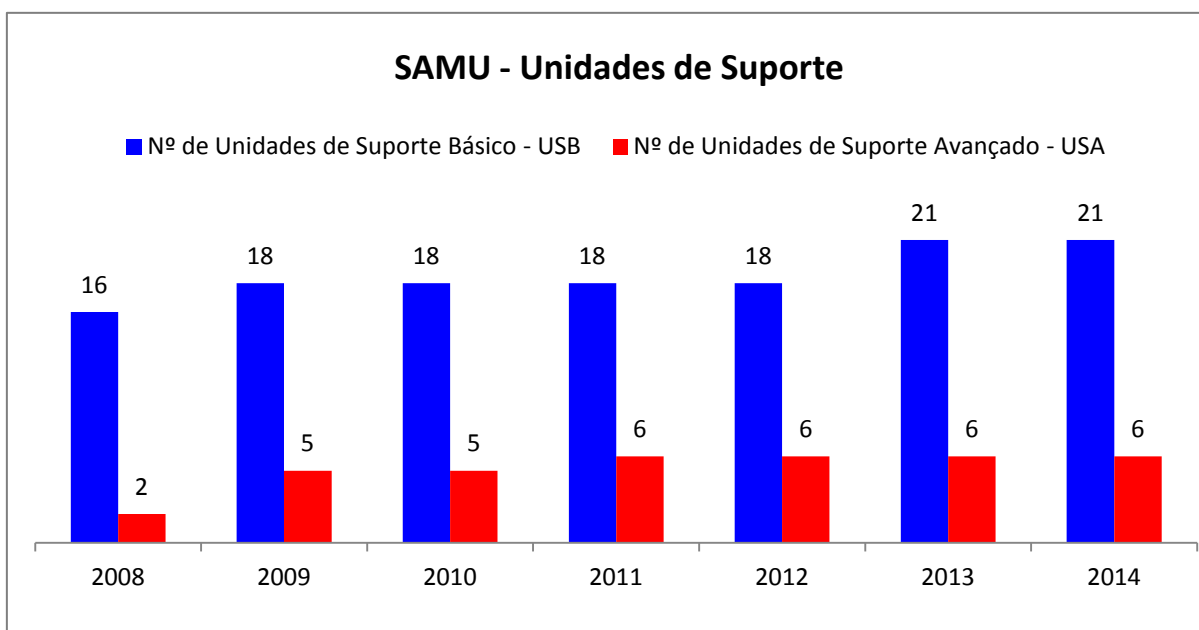
- 1) As recomendações mais frequentes das auditorias concluídas no ano de 2014 foram encaminhamentos de cópia dos relatórios para as Gerências internas da Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento e providências; para os Hospitais auditados providenciarem as adequações solicitadas e revisão por parte dos auditores, assim como arquivamento.
- 2) Os principais fatos que motivaram a instauração das auditorias, concluídas em 2014 foram: Denúncias de indícios de negligência (25%) e demora na marcação de cirurgia oftalmológica (25%) .
- 3) Dentre outros evidentes avanços que ocorreram no ano de 2013, devemos destacar aqueles representados pela contribuição que as manifestações dos usuários no Sistema de Ouvidoria Municipal nos seus diversos níveis, vêm trazendo à Auditoria, proporcionando o desencadeamento de processos de apuração a partir de situações por eles vivenciadas e que apontam possíveis falhas na assistência prestada aos cidadãos, resultando em recomendações e proposições à gestão.

5.3 Rede de Urgência

A rede de Urgências ancora-se em três frentes de atendimentos. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

O SAMU é constituído de 21 Unidades de Suporte Básico (USB) e de 6 Unidades de Suporte Avançado (USA), conforme mostra o Gráfico 48.

Gráfico 48 - Quantitativo das unidades de suporte do SAMU, BH – 2008 a 2014



Fonte: GEUG/SMSA-BH

Tabela 32 - Número de atendimentos telefônicos recebidos, atendimentos realizados com deslocamento de ambulância e número de veículos disponíveis.

Atendimentos telefônicos							
Especificação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de atendimentos telefônicos recebidos	531.159	634.335	679.047	715.673	675.051	566.559	595.949
Nº de atendimentos realizados com deslocamento de ambulância	53.190	89.049	99.852	90.956	102.769	96.199	97.752

Transporte em Saúde

Descrição	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de Veículos	44	49	52	68	68	77	77

Fonte: GEUG/SMSA-BH

O total de atendimentos realizados nas Unidades de Pronto Atendimento, em 2014, é de 570.181. O maior número de atendimentos, 83.914, foi realizado no D.S. Barreiro, e o menor no D. S. Centro Sul com 51.128 atendimentos, conforme o Quadro 17.

Tabela 33 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte, 2009 a 2014.

Ano	Atendimentos	Taxa de Resolutividade %	Óbitos	Taxa de Mortalidade
2009	566.187	96,2	Não computado	-
2010	614.986	96,3	828	0,13
2011	582.499	96,6	847	0,14
2012	580.935	97,0	938	0,16
2013	569.479	96,4	903	0,15
2014	570.181	96,4	866	0,15

Fonte: GEUG/SMSA

Quadro 17 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte – 2014.

Atendimentos das UPAS –2014	
Distrito Sanitário	Número de atendimentos
Barreiro	83.914
Centro Sul	51.128
Leste	75.929

Atendimentos das UPAS –2014	
Distrito Sanitário	Número de atendimentos
Nordeste	70.009
Norte	66.039
Oeste	84.007
Pampulha	60.136
Venda Nova	79.019
Total	570.181

Fonte: GEUG/SMSA-BH

A ação da urgência no Serviço de Atenção Domiciliar permitiu que 8.417 vidas fossem acompanhadas no ano de 2014. Para a assistência, o número de 2.026 desosdesospitalizações significou a liberação de leitos e, conseqüentemente, economia de recursos financeiros.

Tabela 34 - Procedimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar – 2009 a 2014

Descrição	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de vidas acompanhadas	3.955	7.075	9.117	9.942	8.886	8.417
Número de equipes implementadas	21	21	22	22	24	24
Número de desospitalizações	506	804	1.186	1.822	1.987	2.026

*Das 24 equipes, 22 atuam em turno de 4 horas e 11 equipes em turno de 8 horas.

6. GESTÃO DO SUS

Contempla a formação, alocação e valorização da força de trabalho do SUS; a qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso; gestão participativa com foco em resultados; a modernização do sistema de informação desta Secretaria; financiamento estável e a garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Contém, ainda, a participação popular e o controle social.

6.1 Ações Educacionais em 2014

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
Capacitação SISREDE e INTRANET	80	13 a 24/01/14; 10 a 21/02/14	Enfermeiro	18	37	CES	Concluído
			Assistente Social	2			
			Médico	1			
			Técnico Superior de Saúde	2			
			Psicólogo	1			
			Referência Técnica	13			
Capacitação de Abordagem ao Fumante	32/h	12/02/2014; 09/05/14; 01 e 03/10/14;29/10/14	Assistente Social	18	229	SMSA	Concluído
			Cirurgião Dentista	4			
			Educador Físico	40			
			Enfermeiro	53			
			Farmacêutico	14			
			Fisioterapeuta	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Fonoaudiólogo	2			
			Médico	55			
			Psicólogo	8			
			Médico-Programa Mais Médico	2			
			Dentista	5			
			Terapeuta Ocupacional	3			
			Sem Identificação	23			
			TSS	1			
Treinamento de Hipotireoidismo Congênito	04/h	26/02/2014	Enfermeiro	1	58	SMSA	Concluído
			Médico	15			
			Pediatra	39			
			Referência Técnica	3			
Curso Introdutório- Novo Servidor	24/h	25 e 26/02/14; 16/04/14; 04/06/14;16/07/14 e 20/10/14.	Técnico Superior de Saúde	101	151	CES, EVG	Concluído
			Enfermeiro	11			
			Educador Físico	1			
			Nutricionista	1			
			Psicólogo	4			
			Técnico de Enfermagem	4			
			Bioquímico	1			
			Assistente Administrativo	12			
			Médico	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Odontólogo	1			
			Cirurgião Dentista	14			
Curso de Classificação de Risco- Protocolo de Manchester	10/h	20/02/2014	Médico	53	186	GEAS	Concluído
			Gerente	1			
			Não Identificado	3			
			Enfermeiro	129			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
Formação- Reflexão Sobre a Prática Profissional em Saúde Sexual	360/h	17 a 21/03; 12 a 16/05; 26 a 30/05; 18 a 22/08; 15 a 19/09; 13/10 a 17/10; 03/11 a 07/11; 17 a 21/11; 01/12 a 05/12/14.	ACS	141	588	GEAS/CE S	Concluído
			ACE	8			
			Agente Sanitário	1			
			ASB	31			
			Assistente Administrativo	9			
			Assistente Social	32			
			Auxiliar de Enfermagem	91			
			Cirurgião Dentista	20			
			Dentista	26			
			Educador Físico	15			
			Estagiário	1			
			Enfermeiro	69			
			Médico	21			
			Gerente	9			
			Gernte Adjunta	2			
			Fisioterapeuta	7			
			Nutricionista	3			
Psicólogo	13						
Fonoaudiólogo	4						

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Ginecologista	4			
			Terapeuta Ocupacional	3			
			Farmacêutico	11			
			Não Identificado	15			
			Referência Técnica	2			
			Técnico Operacional	8			
			TSS	3			
			Porteiro	1			
			Técnico de Enfermagem	11			
			TSB	27			
Capacitação do Programa de Controle da Tuberculose	09/h	11/04/2014	Médicos	10	10	SMSA	Concluído
Informática-Excel Avançado; Power Point; Excel Básico; Word ; Mapinfo;	140/h	10/03 a 17/03/14; 17/03 a 21/03/14;	Profissionais não Identificados	6	65	EVG, CES, PRODAB EL	Concluído
		31/03 a 04/04/14; 07/04 a 11/04/14; 05/05 a 09/05/14; 04/08 a 08/08/14; 18/08 a 22/08/14; 29/09 a 03/10/14; 13 a 17/10/14; 10/11 a 14/11/14; 01/12 a 05/12/14	Auxiliar de Laboratório	1			
		Auxiliar Operacional	1				
		Médico	2				
		Psicólogo	2				
		Nutricionista	1				
		Bióloga	1				
		ASB	1				
		Cirurgião Dentista	5				
		Técnico Superior de Saúde	3				
		ACEII	3				
		Farmacêutico	1				

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
GAP	4/h	mês de maio	Médico	Médico	51	CES	Em andamento
Capacitação Testes Rápidos para HIV	132/h	26 a 29/03; 09 a 11/04; 28 a 30/05/14; 06 a 09/06; 06/08 a 08/08/14; 03 a 05/09/14; 24 a 26/09/14; 05 a 07/11/14; 26 a 28/11/14; 03 a 05/12/14; 17 a 19/12/14.	Enfermeiro	277	463	SMSA	Concluído
			Apoio	1			
			Psicólogo	32			
			Dentista	18			
			Cirurgião Dentista	4			
			Farmacêutico	5			
			Técnico de Laboratório	2			
			Não Identificado	3			
			Biólogo	1			
			Biomédico	1			
			Bioquímico	5			
			Gerente	1			
			Ginecologista	10			
			Fisioterapeuta	2			
			Técnico em Enfermagem	1			
			Auxiliar de Enfermagem	1			
			Nutricionista	1			
Administrativo	4						
Residente do Serviço Social	2						
Referência Técnica	5						
Assistente Social	29						
Médico	58						
GAP	4/h	mês de junho	Médicos	51	51	CES	Em andamento
Curso de Urgência Emergência	27/h	30/05; 05/06; 11/06/14	Médicos do Programa Mais Médicos	43	43	SMSA	Concluído
Curso de Relacionamento Interpessoal no Trabalho	03/h	11/06 e 18/06/14	Gerente	2	6	Hospital Infantil João Paulo II	Concluído
			Assistente Social	1			
			ACS	1			
			Gerente Adjunto	1			
			Coordenador	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
GAP	4/h	mês de maio	Médico	Médico	51	CES	Em andamento
GAP							
GAP							
Curso de Atenção às Doenças Prevalentes da Infância-AIDIPI	30/h	21/08, 28/08, 04/09/14	Enfermeiro	19	28	GEAS/ CES	Concluído
			Médico	5			
			Pediatra	4			
X Jornada de Mineira de Amamentação	20/h	22 e 23/08/14	Assistente Social	1	36	Sociedade Minira de Pediatria/ CES	Concluído
			Auxiliar de Enfermagem	3			
			Enfermeiro	16			
			Fonoaudiólogo	3			
			Médico	7			
			Psicóloga	1			
			Técnico Superior de Saúde	1			
			Terapeuta Ocupacional	1			
Gerente	3						

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
1º Seminário Sobre Segurança do Paciente	18/h	27/08 e 28/08/14	Coordenador	35	353	SMSA/ Gerência de Vigilância em Saúde e Informação	Concluído
			Acadêmica da Gerência	1			
			Administrador	1			
			Não Identificado	1			
			Analista de Qualidade	2			
			Analista de Gestão	2			
			Acessor de Qualidade	5			
			Acessor	2			
			Auditor	3			
			Auxiliar	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Administrativo				
			Bioquímico	1			
			Cirurgião Plástico	1			
			Diretor	2			
			Enfermeiro	75			
			Farmacêutico	26			
			Fiscal Sanitário Municipal	24			
			Gerente	98			
			Gerente Adjunto	9			
			Gestor da Qualidade	1			
			Médico	22			
			Membro do Núcleo de Segurança	1			
			Núcleo de Gestão da Qualidade	1			
			Referência Técnica	9			
			Setor de Padronização e Qualidade	1			
			Supervisor	7			
			Técnico	7			
			Terapeuta Ocupacional	1			
Não Identificado	14						
Capacitação do Programa de Controle da Tuberculose	04/h	08/09/2014; 10/10; 20/10	Agente Serviço de Saúde	2	235	GEAS/CE S	Concluído
			Auxiliar de Enfermagem	123			
			Enfermeiro	40			
			Gerente	1			
			Técnico de Enfermagem	26			
			Gerente Adjunto	1			
			ACS	1			
			Médico	31			
			Nutricionista	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Farmacêutica	6			
			Técnico Serviço Saúde	3			
Processo Seletivo Lian Gong	Não há Definição	19/9/14	ACS	4	16	Coordenação Lian Gong/ CES	Concluído
			Auxiliar de Enfermagem	1			
			Cirurgião Dentista	1			
			Educador Físico	1			
			Fisioterapeuta	1			
			Técnico de Enfermagem	3			
			Técnico Superior de Saúde	3			
			Técnico em Saúde Bucal	1			
			Superior	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
I Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental de Belo Horizonte	10/h	23 e 24/10/14	Médico	44	587	Coordenação Saúde Mental	Concluído
			Assistente Social	77			
			Agente Serviço de Saúde	10			
			Analista de Políticas Públicas	8			
			Educador	4			
			Coordenador	6			
			Dentista	1			
			Enfermeiro	43			
			Farmacêutico	4			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Fiscal Sanitário	2			
			Fisioterapeuta	2			
			Fonoaudiólogo	3			
			G1	3			
			Gerente Adjunto	6			
			Gerente	40			
			Monitor	20			
			Oficineiro	5			
			Psicólogo	153			
			Professor	3			
			Auxiliar de Enfermagem	30			
			Acesso de Gabinete	1			
			Tutor de Oficinas	1			
			Redutor de Danos	2			
			Referência Técnica	25			
			Residente	5			
			Supervisor	7			
			Terapeuta Ocupacional	37			
			Técnico Superior de Saúde	23			
			Técnico de Gestão de Saúde	1			
			Técnico de Enfermagem	18			
			Técnico de Nível Médio	1			
			Não Identificado	2			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
Curso de Qualificação para Facilitadores e Coordenadores do PEP Médico e Enfermagem	36/h	17/10, 18/10, 24/10, 25/10, 31/10, 01/11/14.	Coordenador	9	75	CES	Concluído
			Facilitador	58			
			Não Identificado	8			
Curso de Atenção às Doenças Prevalentes da Infância-AIDIPI	30/h	09, 16 e 23/10/14	Enfermeiro	55	68	Atenção à Criança/CES	Concluído
			Gerente	1			
			Médico	11			
			Não Identificado	1			
GAP							
Seminário de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS-BH	09/h	9/12/14	Coordenador NASF	1	59	Coordenação de Reabilitação/CES	Concluído
			Fisioterapeuta	1			
			Fonoaudiólogo	45			
			Médica	1			
			Residente Fonoaudiológica	1			
Técnico Superior de Saúde	10						
Capacitação de Abordagem ao Fumante	09/h	01 e 03/10/14; 29/10/2014;17/12/2014	Assistente Social	13	119	GEAS/CES	Concluído
			Educador Físico	6			
			Cirurgião Dentista	1			
			Enfermeiro	44			
			Fisioterapeuta	1			

Ações Educacionais -2014							
Tipo de cursos	Carga horária	Período	Público alvo por categoria profissional	Nº de inscritos por categoria	Total de inscritos	Unidade Executora	Situação
			Farmacêutico	5			
			Médico-Programa Mais Médico	2			
			Psicólogo	2			
			Médico	41			
			Terapeuta Ocupacional	1			
			Não Identificado	2			
			Técnico Superior de Saúde	1			
Número de capacitações/turma: 21	Número de profissionais capacitados: 3.541						

6.2 Gestão do Trabalho

O planejamento em Recursos Humanos deve ser estruturado de forma a ampliar o alcance e a capacidade de resposta do sistema de gestão do trabalho nos processos de alocação, desenvolvimento profissional, fixação, valorização e democratização das relações de trabalho no SUS/BH. Neste sentido, a Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde atua de forma estratégica e integrada contemplando não apenas a alocação quali-quantitativa da força de trabalho, mas também o compromisso com melhores resultados para o SUS/BH.

6.2.1 Gestão dos postos de trabalho da SMSA

Diferentes vínculos compõem a força de trabalho na SMSA em suas atividades assistenciais e de apoio operacional.

Tabela 35 – Postos de Trabalho de Profissionais em Unidades e Serviços da SMSA

POSTOS DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS EM UNIDADES E SERVIÇOS DA SMSA - POSIÇÃO EM DEZEMBRO DE 2014	
VÍNCULOS	QUANTITATIVO
PBH/SMSA	13.307
CEDIDOS	139
MAIS MÉDICOS	63
CONTRATOS ADMINISTRATIVOS (CADM)	3.266
TERCEIRIZADOS	3.140
TOTAL	19.915

Dados dos Postos de Trabalho - Dez/2014 – GGTE, RAG GGTE – 2014

Dados dos Postos de Trabalho - Dez/2014 – GGTE, RAG GGTE – 2014

Fonte: GGTE/SMSA-BH

Efetivos

Dentre estes vínculos o nosso maior percentual é de profissionais efetivos PBH/SMSA. Até o ano de 2014 foram nomeados 3.112 (três mil cento e doze) candidatos aprovados no concurso público vigente da SMSA - Edital 02/2011, dos quais 2.006 (dois mil e seis) foram empossados e lotados nos diversos equipamentos de saúde, pela Gerência de Planejamento e Acompanhamento de Recursos Humanos (GPARH), conforme demonstrado na tabela abaixo.

Para este concurso foram nomeados todos os médicos aprovados nas seguintes categorias: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia geral, Clínica médica, Coloproctologia, Infectologia, Medicina do Trabalho, Medicina Física e Reabilitação, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatra, Psiquiatria e Saúde da Família.

Tabela 36 – Nomeações do Concurso SMSA – Edital 002 de 2011

NOMEAÇÕES DO CONCURSO SMSA EDITAL 002 DE 2011 - POSIÇÃO EM DEZEMBRO DE 2014		
CARGO	NOMEADOS	EMPOSSADOS
MÉDICO	1.228	450
TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE	572	497
ENFERMEIRO	488	410

NOMEAÇÕES DO CONCURSO SMSA EDITAL 002 DE 2011 - POSIÇÃO EM DEZEMBRO DE 2014		
CARGO	NOMEADOS	EMPOSSADOS
CIRURGIÃO DENTISTA	156	134
TÉCNICO SERVIÇO SAÚDE	668	515
TOTAL	3.112	2.006
Dados da Tabela Transitória - Dez/2014 - SMARH, RAG GGTE - 2014		

Fonte: GGTE/SMSA-BH

Um novo concurso Edital 07/2014 – Saúde I foi divulgado com 730 vagas, cujo maior número de vagas é para o cargo de médico nas diversas categorias. A previsão de homologação é para julho de 2015.

Empregados Públicos: ACE e ACS

Equipes de PSF apresentam atualmente o percentual de cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS) de 88,4%. No que se refere ao Agente de Combate a Endemias I (ACE I) há uma cobertura de 87,03% e, com relação ao Agente de Combate a Endemias II (ACE II), a cobertura é de 90,59%. Ressalta-se que com os contratos administrativos de ACE I, o percentual de cobertura é de 100,0%.

As vagas descobertas se justificam, pois o processo seletivo público (Edital 003/2008) expirou em 2012. No caso específico do ACE, a falta de profissionais é coberta por contratação administrativa temporária. Foi divulgada a Seleção Pública para ACE I com 345 vagas e ACS com 246 vagas - Editais 04 e 05/2014 totalizando 591 vagas. A previsão de homologação está entre agosto e setembro de 2015.

Programa Mais Médicos

O município de Belo Horizonte aderiu ao Programa Mais Médicos para o Brasil em 2013. Até o ano de 2014 foram recebidos 59 profissionais, sendo destes, 12 brasileiros, 47 estrangeiros, sendo destes 33 cubanos e 14 de outras nacionalidades. Todos os profissionais que ingressaram foram capacitados pelo Centro de Educação em Saúde (CES) e estão sendo acompanhados por tutores e supervisores. O município garante moradia, alimentação e transporte, através de pagamento em pecúnia aos referidos profissionais.

Contratações Administrativas Temporárias (CADM)

A contratação administrativa temporária na SMSA é realizada para atendimento à necessidade temporária e de excepcional interesse público. Por esta razão e seguindo as orientações da Corregedoria Geral do Município, a GGTE realiza estudos e apresenta relatórios bimestrais através do Termo De Compromisso de Gestão - TCG 008/2013 contendo a relação dos contratos existentes e sua justificativa. Um dos propósitos do TCG é que a SMSA reduza ao máximo possível o quantitativo de contratos administrativos, porém sem perder de vista o compromisso com a assistência da população. Em 2014 foram emitidos pela GGTE, 06 relatórios entre os meses de janeiro e dezembro conforme demonstrado a seguir:

Tabela 37 – Síntese de CADM na SMSA

QUADRO SÍNTESE DE CADMS NA SMSA PARA RECOMPOSIÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO DESCOBERTOS						
SITUAÇÃO	JAN	MAR	MAI	JUL	SET	NOV
<i>CADM em processo de substituição por efetivos nomeados</i>	34	27	0	0	0	0
<i>CADM em processo de substituição por revogação de posse</i>	101	83	49	48	0	0
<i>CADM aguardando processo de posse de efetivos</i>	0	0	0	0	10	36
<i>CADM de caráter temporário</i>	310	300	485	279	241	275
<i>CADM aguardando substituição por servidores efetivos</i>	1663	1600	725	804	848	1037
<i>CADM em processo de Rescisão</i>	2	0	0	0	0	0
<i>CADM com previsão de nomeações</i>	0	0	945	950	958	962
SUB TOTAL	2110	2010	2204	2081	2057	2310
OUTRAS SITUAÇÕES						
<i>CADM a serem substituídos por Celetistas - Zoonoses</i>	400	401	395	392	346	317
<i>Projeto Vida no Trânsito</i>	10	10	10	10	0	31
<i>Ações de capacitação – Coordenadores e Facilitadores - PEP</i>	58	55	56	57	54	54
<i>Ações de capacitação - Tutores</i>	10	10	10	10	9	9
SUB TOTAL	478	476	471	469	409	411
TOTAL GERAL	2588	2486	2675	2550	2466	2721

Fonte: GGTE/SMSA-BH

Encontra-se em fase de análise pelo Comitê Gestor de Recursos Humanos – CGRH, uma proposta de nomeação em torno de 1.000 (mil) concursados do Edital 002/2011 com o objetivo de substituição dos contratos administrativos de acordo com os cargos e categorias que ainda temos aprovados.

Terceirização e Convênios

No que tange aos terceirizados, são 3.262 postos de trabalho ocupados em 2014, conforme dados fornecidos pela Gerência de Contratos e Registro Funcional (GCORF), sendo:

- ✓ Serviços administrativos, de informática, entre outros, por meio do convênio com a Associação Municipal de Assistência Social (AMAS) e da terceirização da mão de obra pela AMÉRICA;
- ✓ Serviços gerais e de portaria, através das empresas Conservo Serviços Gerais e Interativa Service;
- ✓ Estagiários do Programa “Posso Ajudar?”, por meio da Sociedade São Vicente de Paula e Fundação Universitária Mendes Pimentel – FUMP.

Quadro 18 – Terceirizados e Conveniados na SMSA

Quadro de terceirizados e conveniados - SMSA - 2014		
Postos de trabalho ocupados		
Empresa/Órgão	Funções	Nº Profissionais
AMAS - Associação Municipal de Assistência Social	Administrativo, Informática e outros	486
AMÉRICA TERCEIRIZAÇÃO	Administrativo	673
CONSERVO	Auxiliar de Serviços Gerais e Portaria	736
INTERATIVA	Auxiliar de Serviços Gerais e Portaria	749
SSVP - Sociedade São Vicente de Paula	Estagiários (Programa Posso Ajudar)	365
FUMP - Fundação Universidade Mendes Pimentel	Estagiários	253
TOTAL		3.262

Fonte: Gerência de Contratos e Registro Funcional - GCORF/GGTE - Abril 2014, RAG GGTE - 2014

Ampliação das Estratégias de Fixação dos Profissionais

Foram realizados alguns estudos com o objetivo de construir propostas de fixação dos profissionais na SMSA. Inicialmente, construiu-se uma proposta de Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCSS) para os profissionais da categoria médica, a qual foi parcialmente concluída.

Em relação ao estudo da revisão da classificação das unidades de saúde quanto ao abono de fixação, após conclusão da primeira etapa, está sendo realizado o impacto financeiro, seguido da apresentação à gestão.

Bonificação pelo Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI)

Em março de 2014 foi realizada pela GPLD e GGTE a apuração dos indicadores e frequência referentes ao pagamento da Bonificação pelo Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI) relativo ao ano de 2013, para 4.185 empregados públicos (ACE e ACS) e servidores efetivos (Agente Sanitário). As metas alcançadas com o BCMRI variaram da seguinte forma: entre 81 a 100% (Zoonoses); e entre 66 a 100% (ACS).

6.2.2 Modernização da GGTE

Dentre as ações de modernização da GGTE, foram continuados importantes investimentos em diversos níveis com discussões importantes junto aos atores que fazem interface com a Gestão do Trabalho. No que tange à estrutura, a partir da reforma administrativa da SMSA, a GGTE concluiu e apresentou em 2014 sua proposta de novo formato de organização e ampliação de suas ações.

Em relação à gestão da informação, foi continuada a discussão acerca do desenvolvimento da base única de recursos humanos da SMSA, que tem como principal objetivo subsidiar a gestão dos postos de trabalho em seus diferentes vínculos na SMSA. Visa, ainda, qualificar as informações da força de trabalho nos processos de RH. Na fase de pré-aderência do projeto, foram continuadas as discussões acerca desta necessidade com envolvimento dos responsáveis na SMSA. Foi registrado o glossário de negócios com os conceitos teóricos aplicados à realidade da GGTE, realizado o saneamento dos campos e tabelas utilizados pelo ArteRH e SISREDE, além de definidas as premissas da arquitetura tecnológica para suportar o projeto de “Gestão de Vagas – Postos de Trabalho da SMSA”. Para 2015 será o término das validações necessárias junto aos pares na SMARH, e enfim, a elaboração da proposta final de desenvolvimento do sistema.

Com o objetivo de fortalecer as relações de trabalho entre trabalhadores, gestores e usuários do sistema único de Saúde de BH, foram promovidos movimentos importantes junto às GERGETR's, tais como oficinas e seminários, para consolidação do acompanhamento

sócio-funcional e ainda, ampliar o conhecimento da Política de Humanização/ HumanizaSUS na SMSA.

6.2.3 Gestão do Trabalho nos Distritos e Nível Central SMSA

A partir da identificação das principais demandas e dúvidas relativas à Gestão do Trabalho nos Distritos e Unidades da SMSA (processos de trabalho, legislação, papéis e responsabilidades etc.), foi iniciado, em 2014, o planejamento do “Circuito da Gestão do Trabalho” a ser realizado em 2015.

Com público-alvo gerencial, este movimento tem como principal objetivo promover em parceria com as GERGETR's, o alinhamento das questões da Gestão do Trabalho junto aos gerentes das unidades de saúde e dos distritos sanitários. Considerando a diversidade de vínculos de trabalho, e principalmente, uma diversidade de motivações que levam as pessoas a fazer parte – e se manter na rede SUS-BH, a reflexão sobre o papel do Gerente no contexto da Gestão do Trabalho torna-se indispensável. Assim, este será um dos focos de atenção destes encontros.

Foram levantadas e qualificadas, em Colegiado, as pautas a serem discutidas, além da definição de percorrer os 09 Distritos Sanitários, além do Nível Central da SMSA, em 2015.

Boas Práticas

Na busca da melhoria contínua dos processos internos e com objetivo de promover trocas de conhecimento e experiências, a GGTE tem promovido encontros mensais com os trabalhadores com um espaço destinado para apresentação de boas práticas na Gestão do Trabalho. Em 2014 foram realizados 03 “Encontros de Boas Práticas” que contribuíram com o fortalecimento da equipe e transparência das ações. A avaliação destes encontros pelos profissionais e gerentes da GGTE tem sido positiva, o que reafirma a necessidade da valorização de tais iniciativas.

6.3 Assistência Farmacêutica

A SMSA realizou investimentos em tecnologia e recursos humanos que possibilitaram grande avanço na consolidação da Assistência Farmacêutica. A GEMED possui atualmente

fluxos de trabalho mais qualificados e modernos, além de contar com a disponibilidade de informações precisas e organizadas sobre a cobertura do estoque de medicamentos no município. Desta forma foi possível aprimorar a tomada de decisões, tornando-as mais rápidas e efetivas, potencializando as ações de combate a possíveis desabastecimentos e outros problemas que afetem a qualidade e integralidade da Assistência Farmacêutica. O monitoramento da cobertura do estoque de medicamentos no município é realizado diariamente, assim como entregas e atrasos de fornecedores.

Com relação à Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde, a SMSA pretende ampliar o número de profissionais Farmacêuticos, visando atingir em todas as Unidades Básicas de Saúde carga horária mínima do profissional de 20 horas por Unidade.

O Gráfico 48 mostra que o município possui hoje uma cobertura de abastecimento próxima a 90% que reflete o resultado de esforços da SMSA, através de uma gestão ágil e dinâmica, imprescindível à assistência à saúde da população. O Distrito Sanitário Nordeste aponta o maior percentual, 91,05% e o Distrito Sanitário do Barreiro, com 83,28%, apresenta o menor com 83,28%.

Gráfico 49 - Percentual de cobertura de estoque de medicamentos, por Distrito Sanitário, Belo Horizonte – 2014

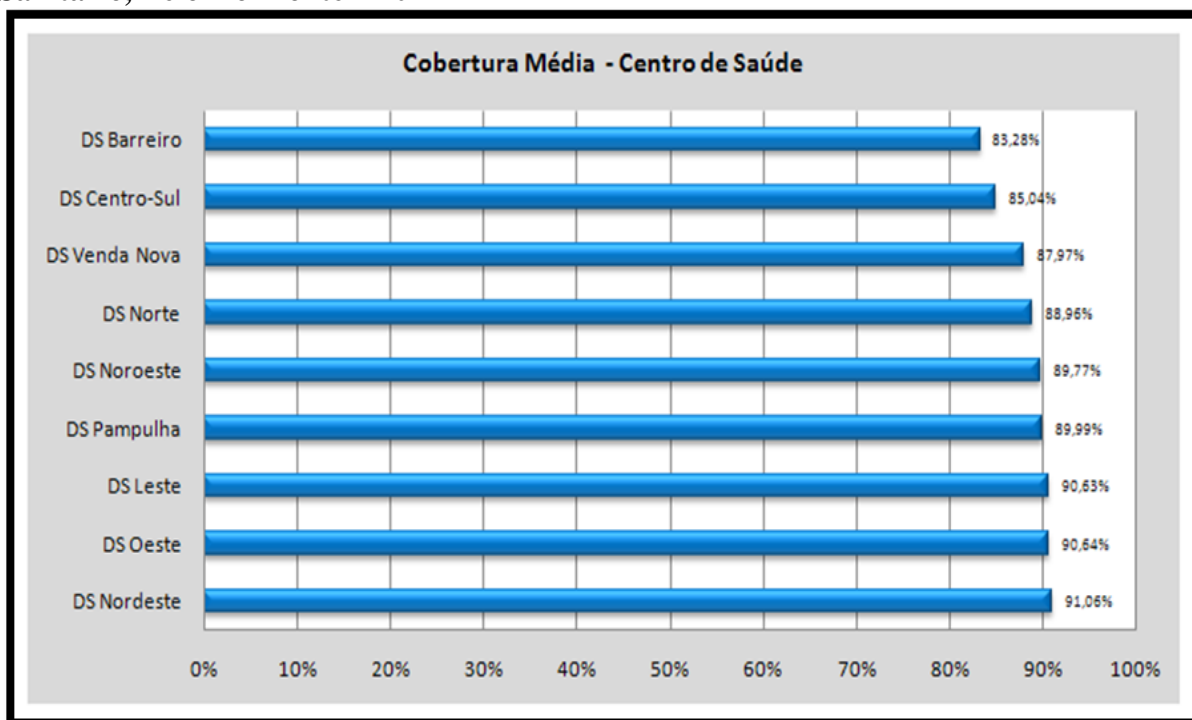
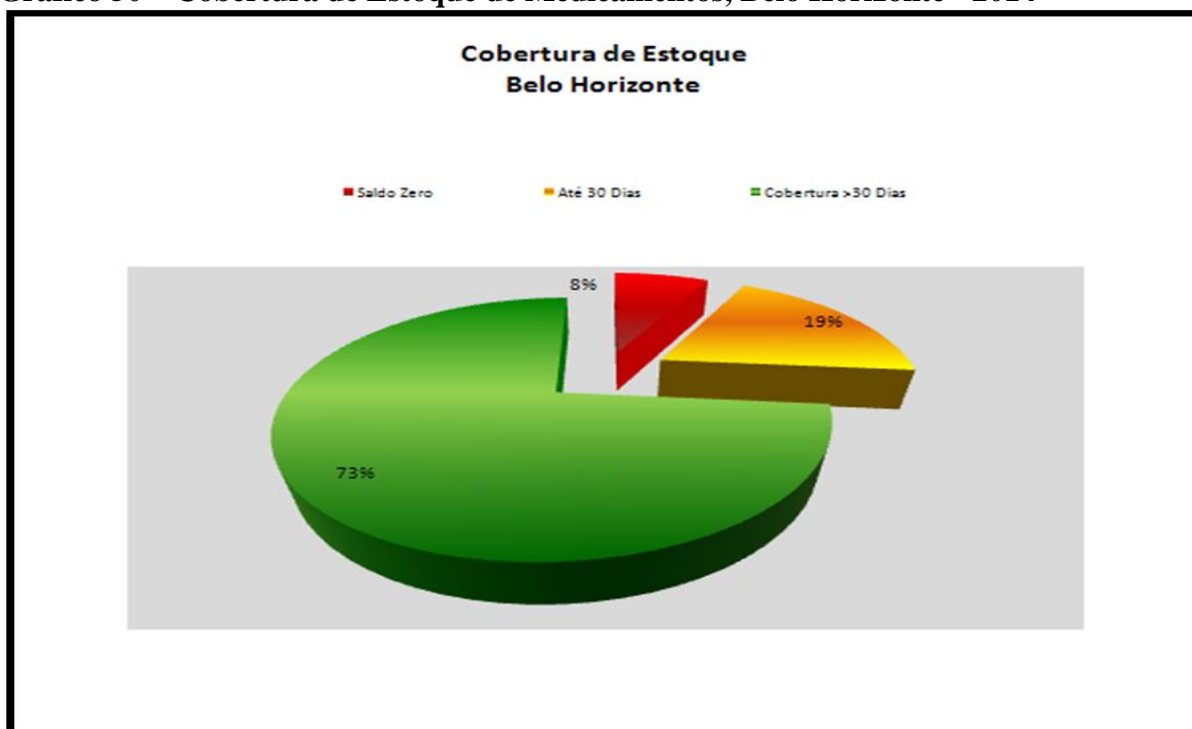


Gráfico 50 – Cobertura de Estoque de Medicamentos, Belo Horizonte - 2014



Fonte: GEMED/SMSA-BH em 26/03/2015

7. INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	79,06%	82,15%	79,02%	80,76%	83,00%	83,08%	86,93%
2	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	99,18%	83,11%	99,57%	94,35%	71,62%	85,83%	85,00%
3	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	35,69%	38,78%	39,17%	45,94%	47,47%	48,62%	44,07%
4	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,32%	0,31%	1,05%	1,03%	3,34%	4,50%	3,46%
5	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	10,47%	8,22%	7,21%	7,31%	6,45%	4,82%	5,00%
6	Razão de procedimentos ambulatoriais de média de complexidade e população residente	1,11%	1,20%	1,43%	2,03%	1,85%	1,85%	1,90%
7	Razão de internação clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente	3,32%	3,35%	3,69%	3,47%	3,47%	3,30%	3,40%
8	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	4,47%	4,54%	4,93%	5,58%	5,93%	6,29%	6,00%
9	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	2,77%	2,89%	3,17%	3,40%	3,53%	3,45%	3,40%

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
10	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	43,33%	48,39%	44,83%	65,38%	64,00%	57,14%	95,00%
11	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	0	42	63	84	76	82	135
12	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	62,69%	57,10%	61,68%	61,74%	78,04%	54,74%	55,00%
13	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	15,54%	14,73%	11,91%	9,00%	13,09%	11,69%	36,50%
14	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	10,93%	9,82%	10,06%	10,03%	7,94%	8,78%	8,60%
15	Cobertura do SAMU - 192	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Proporção de internações de urgências e emergências reguladas	Não existia nos anos anteriores					100%	100%
17	Razão de exames cito patológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,39%	0,41%	0,36%	0,37%	0,37%	0,34%	0,34%
18	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,31%	0,30%	0,23%	0,25%	0,25%	0,26%	0,26%
19	Proporção de parto normal	51,83%	51,68%	50,23%	47,32%	47,86%	47,53%	48,00%
20	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	73,33%	74,58%	74,18%	74,08%	74,60%	75,10%	75,00%

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
21	Número de Testes de Sífilis por gestante	0,05	0,03	0,02	0,02	0,04	0,01	2,00
22	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	13	12	21	11	11	13	11
23	Taxa de Mortalidade Infantil	11,74%	11,05%	11,37%	10,44%	10,70%	9,70%	-
24	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0%	18,28%	23,27%	25,65%	37,92%	37,92%	38%
25	Proporção de óbitos maternos investigados	0%	66,67%	95,24%	81,82%	100%	100%	100%
26	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	0%	91,33%	87,02%	85,65%	81,31%	95,37%	>70,00%
27	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	57	44	70	71	60	163	160
28	Cobertura de Centros de Atenção psicossocial - CAPS	0,47%	0,51%	0,57%	0,57%	0,56%	0,56%	0,67%
29	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	303,64%	282,74%	294,56%	290,25%	281,73%	281,73%	-
30	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	14,29%	14,29%	14,29%	33,33%	44,44%	-	80%
31	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	71,65%	64,04%	71,97%	68,43%	-	67,90%	75%
32	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	61,19%	59,97%	57,91%	62,75%	68,68%	78%	70%

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
33	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	93,03%	93,42%	94,26%	93,97%	94,69%	94,69%	94%	
34	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	90,28%	92,06%	83,85%	89,15%	90,57%	86,08%	80%	
35	Números de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	1.513	1.476	1.425	1.918	2.027	2.164	2.270	
36	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	10	25	11	7	2	3	2	
37	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	13.183	14.174	12.160	17.033	17.902		18.200	
38	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	85,82%	83,9%	...	70,77%	82,93%	92%	90%	
39	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	67,8%	54,44%	25,51%	47,78%	53,87%	69,49%	90%	
40	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	15	28	23	15	12	0	12	
41	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	66,64%	64,39%	60,28%	0	51,29%	62,73%	0	
42	Número absoluto de óbitos por dengue	2	0	16	0	0	0	0	
43	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	Não existia nos anos anteriores						65,10**	70,00%

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
44	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
45	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência em Medicina da família e comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva	Não existia nos anos anteriores					0	0
46	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental	Não existia nos anos anteriores					0	0
47	Números de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados	Não existia nos anos anteriores					147	147
48	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
49	Números de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamentos	1	1	1	1	1	1	1
51	Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	1	1	1	1	1	1	1
52	Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	0	0	0	0	1	1	1

8. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FÍSICA

8.1 Eixo I – Atenção Primária à Saúde

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da Atenção Primária.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar o acesso dos usuários às ESF à atenção primária da SMSA/SUS-BH.	Implantar 58 novas Equipes de Saúde da Família (ESF), no período de 2014 a 2017. (Depende de previsão orçamentária)	Número de equipes implantadas.	4	4	Foram implantadas 4 novas ESF: C.S.Vila Maria (EQ. 4); C.S.Itamarati (EQ. 5); C.S.Jaqueline I (EQ. 5); C.S.Venda Nova (EQ. 7)
	Manter a cobertura de 90% de ACS nas Equipes de Saúde da Família (ESF), nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de cobertura de ACS.	90	89	Não há profissional de reserva para chamamento público e repor as vagas em aberto.
	Capacitar 100% dos estagiários inseridos no Programa Posso Ajudar, nos anos de 2014 a 2017, com a participação efetiva dos supervisores.	Percentual de estagiários capacitados	100	100	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer a Política de Promoção da Igualdade Racial-PIR na Atenção Primária em Saúde-APS	Sensibilizar trabalhadores e gestores SUS-BH orientar sobre a importância da PIR na Saúde baseado nas legislações que promovem a saúde das populações afro-brasileira, indígena e cigana	Nº de reuniões com Colegiado Distrital de Saúde	09 encontros com Distritos Sanitários		
	Sensibilizar gestores e trabalhadores sobre importância do preenchimento quesito raça/cor até 2017 na melhoria planejamento ações de promoção saúde	Nº de Centros de Saúde sensibilizados pelos Distritos Sanitários	147 equipes sensibilizadas até 2017		
	Criar o comitê de Raça e Gênero na SMSA p/ elaboração Plano referentes a essa temática até 2017	Comitê Gênero e Raça/cor/ Etnia criado	1 Comitê		
	Inserir conteúdo de PIR nas capacitações continuadas e educação permanente no SUS	Nº de capacitações com conteúdo de PIR inserido	50% das capacitações com conteúdo de PIR inserido até 2017		
	Participar do Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial	Nº de participações de reuniões no COMPIR	12		

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Produção/elaboração de relatórios c/ informações que apontem para as iniquidades étnico-raciais, assim como garantir sua divulgação	Nº de relatórios produzidos	01 relatório por ano		

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer a política municipal de atenção à saúde da criança e do adolescente, com ênfase às condições de vulnerabilidade de (doenças crônicas, trajetória de vida nas ruas, violência, violação de direitos, adolescentes em conflito com a lei), propiciando a continuidade do cuidado e integrando as ações intersetoriais.	Implantar um programa permanente de promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva em 20 escolas da rede municipal de educação de Belo Horizonte, nos anos de 2014 a 2017.	Número de Escolas Municipais formadas.	9	11	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer a Gestão Clínica como estratégia de apoio e qualificação do cuidado na rede SUS-BH.	Aumentar para 50%, até 2017, o número de unidades da APS iniciando ou ampliando o uso das ferramentas da Gestão Clínica.	Percentual dos CS que iniciaram o uso de alguma das ferramentas da Gestão Clínica ou que aumentaram o número de ferramentas empregadas.	12,50%	42,20%	Resultado alcançado acima da meta estabelecida

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar a assistência ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde.	Implementar o matriciamento pelo Centro Mais Vida (CMV) em 70% dos Centros de Saúde até 2017.	Percentual de centros de saúde com matriciamento realizado pelo Centro Mais Vida.	25%	25%	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar as Academias da Cidade	Atingir 100 polos de Academias da Cidade até 2016.	Número de polos de Academias. FONTE: Sistema de informação do Programa Academia da Cidade.	63	61	Houve o fechamento de 2 polos com possibilidade de novas aberturas: <ul style="list-style-type: none"> Academia em Venda Nova – por solicitação do Padre da Paróquia Nossa Senhora do Carmo com reabertura programada para o Laboratório do Movimento Risoleta Neves (ainda não houve a implantação) Academia JK por solicitação da Síndica e programado para reabertura do polo em um novo local próximo a Escola de Saúde Pública.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar o atendimento aos usuários acometidos por doenças epidêmicas e evitar que os surtos e/ou epidemias comprometam as ações e serviços realizados nos Centros de Saúde da SMSA/SUS-BH.	Atualizar anualmente os instrumentos de controle e enfrentamento dos surtos e das doenças epidêmicas, para suporte aos Centros de Saúde, nos anos de 2014 a 2017.	Instrumentos de controle e enfrentamento dos surtos e das doenças epidêmicas atualizadas.	1	1	Realizado também informe técnico sobre a Febre da Chikungunya.
	Realizar duas capacitações distritais por ano, em atendimento às doenças epidêmicas, para os médicos e enfermeiros, nos anos de 2014 a 2017.	Número de capacitações realizadas.	18	50	Realizadas 25 turmas de capacitações sobre Dengue e 25 sobre Chikungunya

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar o atendimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde da SMSA/SUS-BH.	Implantar a classificação de risco através do Protocolo de Manchester em 100% dos Centros de Saúde até 2017.	Percentual de Centros de Saúde com classificação de risco implantadas.	36%	28%	2% dos centros de saúde que deveriam ter iniciado a classificação de risco estavam em processo de mudança de imóvel e/ou de gerente. Os outros 6 % estão em processo de organização para iniciar a Classificação de Risco com o Protocolo de Manchester.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer a Política Municipal de Saúde ampliando os avanços conquistados para a Saúde Sexual.	Capacitar profissionais de 100% dos CS em aconselhamento e execução de testes rápidos para HIV e sífilis até 2015.	Percentual de CS com profissionais capacitados. Fonte: Planilha NEP / lista de presença	70%	100%	Além da capacitação dos 147 CS de BH ao longo de 2014, incluindo monitoramento "in loco" nos CS para esclarecimento de dúvidas e reforço de orientações. E, ainda, foram capacitados os profissionais das UPA e todos os CERSAM e os CERSAM-AD.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar o atendimento domiciliar odontológico para usuários restritos ao leito.	Adquirir equipamento odontológico móvel para atendimento domiciliar em 7 distritos sanitários, até 2017.	Número de Distritos Sanitários com equipamento odontológico móvel. Fonte: CSB	2	0	Até o dia 30/12/2014 não foram adquiridos. Processo de compra nº 04.000.303.14.61 encontra-se na GEAD
Fortalecer as ações de saúde bucal no Programa de Saúde na Escola (PSE).	Realizar ações de saúde bucal em estudantes de 100% das escolas municipais de Belo Horizonte nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de escolas com ações sistemáticas de saúde bucal. Fonte: CSB	100%	100%	
	Distribuir kits de escovação em 100% das escolas municipais nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de escolas com kits recebidos. Fonte: CSB	100%	100%	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar o acesso e qualificar a atenção em saúde bucal na APS	Acompanhar o desempenho de 100% das equipes de saúde bucal dos centros de saúde, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de equipes acompanhadas. Fonte: CSB	100%	100%	
	Atender 100% das demandas dos profissionais, em questões relacionadas ao suporte técnico para realização de Prótese Total Removível (PTR) na APS, por meio da tutoria em prótese, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de demandas de tutoria atendidas. Fonte: CSB	100%	100%	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Promover a atenção, assistência e vigilância à saúde da população privada de liberdade no município de Belo Horizonte.	Promover a atenção primária à saúde para 100% dos detentos da Penitenciária Estevão Pinto – PIEP, Casa do Albergado e DEOESP Centro Sul, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de detentos atendidos.	100%	100%	

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Consolidar a prática de Terapia Comunitária Integrativa na Rede APS SMSA/PBH - SUSBH	Ofertar a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) para 80% dos Centros de Saúde que possuam Terapeuta Comunitário com formação, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Centros de Saúde com oferta de rodas de TCI	80%	30%	Há um Plano de Ação recém elaborado (SET/2014), em curso, para implementação das Rodas de Terapia nos Centros de Saúde que possuem profissionais com formação em TCI. Devido a formação ter acontecido em 2009, desde então, alguns profissionais já saíram do SUS/BH e outros, não estão ofertando as Rodas devido a necessidade de fortalecimento da gestão e dos próprios Terapeutas para uso e desenvolvimento da TCI ser ofertada para além de iniciativa pontual, e passar a ser entendida e exercitada como política de promoção de saúde da SMSA/PBH. Estão previstas, dentro do referido Plano de Ação, estratégias, que se encontram em curso, para solidificação e operacionalização desta intenção/ação na Rede APS. Estamos no ponto zero das ações programadas para esta meta.
	Ofertar 10 encontros de Intervisão para os profissionais já formados em TCI na Rede, nos anos de 2014 a 2017.	Número de Intervisões ofertadas.	10	10	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Acompanhar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), em relação às condicionais relacionadas à saúde.	Monitorar 100% das gestantes e nutrizas beneficiárias para recebimento do Benefício Variável à Gestação e Nutriz, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de gestantes beneficiárias acompanhadas no pré-natal.	100%	100%	
	Monitorar 100% das crianças beneficiárias para recebimento do Benefício Variável à Gestação e Nutriz, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de crianças beneficiárias acompanhadas na agenda da criança.	100%	100%	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Expandir a oferta de Lian Gong em 18 Terapias para usuários e trabalhadores da Rede SUS/BH com qualidade e oferecer a prática nos centros de saúde e em outros espaços públicos.	Implantar a prática Lian Gong em 18 Terapias nos 147 centros de saúde até 2015.	Número de centros de saúde com a prática de Lian Gong em 18 Terapias	142	141	Ocorreu transferência da única instrutora de Lian Gong da unidade: Centro de Saúde São Marcos, regional Nordeste.
	Ampliar a oferta da prática de Lian Gong em 18 Terapias em outros espaços públicos, chegando em 90 espaços até 2017.	Número de espaços públicos com a prática de Lian Gong em 18 Terapias	80	81	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
	Realizar 2 oficinas sobre práticas corporais para ampliar o conhecimento dos instrutores, até 2015	Número de oficinas realizadas.	1	1	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer a política de atenção à saúde mental dos cidadãos em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, sejam eles adultos, adolescentes ou crianças, na perspectiva do tratamento em liberdade e ênfase dos princípios da reforma psiquiátrica nos serviços substitutivos próprios.	Implementar um plano de ação para a Residência Médica de Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental do SUS-BH, à partir de 2014.	Plano de ação implementado	1	1	
	Realizar o I Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental de Belo Horizonte em 2014.	I Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental de Belo Horizonte realizado.	1	1	
	Implantar 2 CERSAM AD Adulto até 2015.	Equipamento implantado.	1	0	Obra em execução no distrito Nordeste
	Implantar a Unidade de Acolhimento AD adulto, no D.S. Barreiro, em 2014.	Unidade de Acolhimento AD adulto em funcionamento.	1	0	Houve atraso na locação do imóvel. Funcionamento previsto para fevereiro de 2015

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Ampliar os serviços residenciais terapêuticos de acordo com critérios e exigências das portarias ministeriais nº 3090/11 e nº 106/08, passando de 29 em 2013 para 34 até 2015.	Percentual de Serviços Residenciais Terapêuticos ampliados.	5	0	Houve atraso no pagamento das parcelas previstas no convênio Cáritas SRT

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Adequar a proporção do nº de equipes de NASF ao número de ESF, segundo os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde (mínimo 1 equipe de NASF para cada 5 ESF - máximo de 1 equipe de NASF para 9 ESF) e cumprir a exigência de pelo menos 200 h semanais de carga horária por equipe NASF.	Compor 100% os polos de NASF, com 20 horas das categorias profissionais de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico, até 2017.	Percentual de polos de NASF com pelo menos 20 horas de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico.	70%	85%	

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer os processos de Interface (matriciamento, supervisão, etc.) entre os serviços de referência e Atenção Primária à Saúde (APS), potencializando a gestão do cuidado.	Capacitar 40 profissionais e gestores do NASF BH em apoio matricial para a multiplicação do conteúdo e articulação entre equipes e serviços, até 2014.	Número de profissionais certificados no curso	40	40	
Ampliar a abordagem breve e intensiva do tabagismo para todos os Centros de Saúde do Município.	Capacitar 440 profissionais de nível médio dos Centros de Saúde, para abordagem breve do fumante, até 2017.	Número de profissionais de nível médio capacitados. Fonte: Lista de presença	80	0	Meta replanejada para 2015. Os cursos estão aguardando a compra de álbuns seriados e camisetas que servirão de apoio nas abordagens dos profissionais junto aos usuários no território.
	Capacitar 720 profissionais de nível superior dos Centros de Saúde, para abordagem intensiva do fumante, até 2017.	Número de profissionais de nível superior capacitados. Fonte: Lista de presença	120	198	Meta cumprida.
	Atender 1.200/ano usuários através de abordagem intensiva, nos anos de 2014 a 2017.	Número de usuários atendidos. Fonte: Planilhas Distritais Trimestrais informados manualmente pelos centros de saúde (Modelo INCA)	1200	1382	Meta cumprida. Dado provisório obtido através das planilhas de informações sobre tratamentos realizados até final de setembro (INCA). O consolidado das planilhas do último trimestre (out, nov, dez) será finalizado no dia 15/01/2014.

Diretriz 2. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Reduzir a mortalidade materna e a mortalidade infantil em Belo Horizonte.	Investigar 100% de óbitos maternos, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos maternos investigados	100%	100%	Fonte: Comitê de prevenção de óbitos maternos
	Aumentar o percentual de puérperas acompanhadas para 50% até 2017.	Percentual de gestantes captadas/ atendidas que realizaram consulta de puerpério.	47%	52%	Fonte: Sisrede. Dados parciais de 2014.
	Acompanhar o primeiro ano de vida de 60% das crianças adscritas, conforme a agenda da criança, até 2017.	Percentual de crianças adscritas acompanhadas em puericultura	50%	50%	(Confirmação do dado ate amanhã)
	Reduzir o percentual de cesariana de 52% para 50% nascidos vivos em BH até 2017.	Percentual de nascimentos vivos ocorridos por cesariana.	52%	51%	Fonte: Sinasc. Dados parciais de 2014.
	Investigar 40% de óbitos fetais e infantis, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos fetais e infantis investigados	40%	76%	Fonte: SIM. Dados parciais de 2014.
	Investigar 70% óbitos de mulheres em idade fértil, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos de mulheres em idade fértil investigados	70%	75%	Fonte: SIM. Dados parciais de 2014.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Reduzir a mortalidade materna e a mortalidade infantil em Belo Horizonte.	Investigar 100% de óbitos maternos, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos maternos investigados	100%	100%	Fonte: Comitê de prevenção de óbitos maternos
	Aumentar o percentual de puérperas acompanhadas para 50% até 2017.	Percentual de gestantes captadas/ atendidas que realizaram consulta de puerpério.	47%	52%	Fonte: Sisrede. Dados parciais de 2014.
	Acompanhar o primeiro ano de vida de 60% das crianças adscritas, conforme a agenda da criança, até 2017.	Percentual de crianças adscritas acompanhadas em puericultura	50%	50%	(Confirmação do dado ate amanhã)
	Reduzir o percentual de cesariana de 52% para 50% nascidos vivos em BH até 2017.	Percentual de nascimentos vivos ocorridos por cesariana.	52%	51%	Fonte: Sinasc. Dados parciais de 2014.
	Investigar 40% de óbitos fetais e infantis, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos fetais e infantis investigados	40%	76%	Fonte: SIM. Dados parciais de 2014.
	Investigar 70% óbitos de mulheres em idade fértil, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos de mulheres em idade fértil investigados	70%	75%	Fonte: SIM. Dados parciais de 2014.

8.2 Eixo II – Vigilância em Saúde

Diretriz 5. Redução de riscos e agravos por meio de Promoção e Vigilância em Saúde.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Reduzir a incidência da sífilis congênita no município para menor ou igual a 0,5 casos por mil nascidos vivos, conforme proposta do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).	Investigar 100% dos recém nascidos com sífilis congênita, de mães residentes em Belo Horizonte, nascidos nas maternidades do SUS-BH, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de casos investigados.	100%	0	A meta não foi cumprida em 2014 pois o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis está em fase de planejamento. Está sendo elaborada uma proposta de Portaria para a criação do mesmo.
Fortalecer ações de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito no município, por meio de atividades intersetoriais.	Institucionalizar o Projeto Vida no Trânsito em Belo Horizonte, até 2014.	Decreto publicado	1	Não	Aguardando publicação do Decreto pelo Prefeito.
	Monitorar o perfil dos acidentes de trânsito fatais e graves em Belo Horizonte, nos anos de 2014 a 2017.	Nº de relatórios semestrais elaborados.	2	2	Em 2014 foram analisados os dados do primeiro e segundo semestres de 2013.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Conhecer a cobertura vacinal da rede própria da SMSA/SUS-BH.	Registrar nominalmente no SISREDE 100% das doses de vacinas aplicadas nos Centros de Saúde, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de registros de doses aplicadas por Centro de Saúde, tendo como referência os dados do Fenix/2013.	50%	Não se aplica	O "módulo de informatização do SISREDE" foi iniciado em 2014. Desde então o sistema Fênix não foi mais utilizado para o registro das vacinas. Os dois sistemas não são comparáveis, tendo em vista que o anterior os registros eram apenas de dados consolidados e no novo os registros são individuais. Sendo assim, só será possível esse tipo de análise ao final do primeiro semestre/2015 em comparação com o primeiro semestre de 2014.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Monitorar os riscos ambientais relacionados às doenças ou agravos à saúde nos territórios do SUS-BH, com enfoque na abordagem intersetorial ecossistêmica da saúde (influência da água, ar, solo, desastres, produtos perigosos e resíduos).	Participar de 80% das reuniões promovidas pelos espaços intersetoriais que tratam das questões ambientais, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de participação dos técnicos da Vigilância Ambiental/SMSA nas reuniões intersetoriais	80%	80%	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer as ações de vigilância à saúde (zoonoses, vigilância sanitária, epidemiológica e outras ações no território).	Monitorar a implantação dos núcleos e programas de segurança do paciente em 100% das unidades hospitalares, até 2017.	Percentual de serviços com núcleo de segurança do paciente (NSP) nomeado e programa de segurança do paciente (PSP) elaborado.	30%	31,80%	85 hospitais cadastrados no SISVISA e 27 possui NSP cadastrado na ANVISA.
	Aumentar para 80% o percentual de cumprimento das ações do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), até 2017.	Percentual de cumprimento	60%	56%	
Fortalecer a política municipal de controle de bens, produtos e serviços disponíveis no mercado, que tenham implicações diretas para a saúde da população.	Aumentar a cobertura de fiscalização em estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde de maior risco sanitário para 80%, até 2017.	Percentual de cobertura de serviços de maior risco sanitário	30%	50,10%	85 hospitais cadastrados no SISVISA e 43 vistoriados.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer e aprimorar as políticas municipais de controle das zoonoses	Implantar o dispositivo móvel para as atividades de controle vetorial da Dengue nos nove Distritos Sanitários (DS), até 2016	Nº de DS com o dispositivo móvel implantado	1	Realizado	Implantado no DS Norte, nas unidades que detém condições estruturais para receber a tecnologia (9 unidades).
	Realizar novo diagnóstico em 100% dos locais de trabalho utilizados como ponto de apoio das equipes de controle de zoonoses (PA), até 2015, em conjunto com a GSPM/SMAR H.	Percentual de espaços com diagnóstico realizado	25%	Não realizado	Não conseguimos pactuar agendas.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programado	Realizado	
Fortalecer a política municipal para o controle ético da população de cães e gatos, visando a saúde humana e sua relação com os animais, buscando a co-responsabilização da comunidade.	Ampliar em 10% a cada ano, o número de cirurgias de esterilização de cães e gatos, tendo como referência o ano de 2013.	Percentual de cirurgias ampliadas.	10%	Realizado	Em 2013 foram realizadas 15.946. Em 2014 foram 17.625 (10,53%).
	Ampliar o programa de adoção dos animais do CCZ para 2 convênios, até 2014.	Convênio celebrado	1	Realizado	Convênio celebrado com a Associação Cultural e Educacional Ilê, em dezembro de 2014.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programado	Realizado	
	Acompanhar 100% dos animais adotados na rotina do CCZ até 2017	Percentual de animais acompanhados.	10%	Realizado	No ano de 2014 foram adotados no CCZ 476 animais. O número de animais que foram acompanhados pós-adoção foram 247, ou seja, 51,9% de acompanhamento.
Fortalecer e aprimorar as políticas municipais de controle das zoonoses	Prover 100% das equipes de zoonoses com o quantitativo de recurso humano (ACE I e II) necessário, até 2017	Percentual de recurso humano adequado.	80%	Realizado	O número de vagas de ACE I é 1.666, considerando seleção pública, contratos e agentes sanitários. Retirando destes aqueles que estão no CCZ, castração e LV, ficam 1295. O número de imóveis para controle da dengue é 886.756; assim, a média de imóveis/profissional para BH é 685, considerando vaga autorizada - dentro do parâmetro nacional, que recomenda de 800 a 1000 imóveis. Quando aos ACE II, estamos aguardando a seleção pública terminar pois a SMSA fará seleção interna.

Diretriz 6. 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 Especializada.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar a cobertura da atenção especializada aos trabalhadores referenciados pela rede SUS - APS e rede secundária nas unidades Barreiro e Centro Sul do CEREST-BH.	Aumentar em 10%/ano o número de atendimentos nas unidades do CEREST-BH passando de 3.580 em 2013 para 5.270 em 2017.	Número de atendimentos realizados.	3940	Realizado 3.563 atendimentos 94,4%	Todos os usuários que demandaram ao CEREST-BH foram atendidos, não se atingindo os 100% do programado devido não ter havido maior demanda.

8.3 Eixo III – Rede de Cuidados Especializados Complementares à Saúde

Diretriz 6. 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 Especializada.

Objetivo	Meta	Quantidade			Observação/Justificativa
		Indicador/ Produto	Programada	Realizada	
Qualificar a supervisão dos postos de coleta da rede	Expandir a supervisão para 100% postos de coleta.	Número de postos de coleta com supervisão de bioquímico.	93%	90,70%	No ano de 2014 não foi possível realizar incremento de profissional bioquímico para expandir a supervisão de acordo com a meta proposta. total de postos de coleta com supervisão 137
Aprimorar a gestão da qualidade nos laboratórios da rede	Implantar a análise do indicador de desempenho do controle externo da qualidade na rede de laboratório, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de resultados adequados aferidos pelo controle externo da qualidade	80%	97%	Individualmente cada laboratório alcançou a meta, porém a média da rede toda foi de 97,11%

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ofertar consultas e exames especializados em quantidade e qualidade adequadas, e de modo oportuno	Aumentar para 57% o percentual de consultas e exames especializados agendados em até 60 dias, até 2017	Percentual de consultas e exames especializados agendados em até 60 dias no sistema (SiSREG).	54%	54,80%	

8.4 Eixo IV – Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado

Diretriz 7. Aprimoramento das redes de atenção hospitalar e de atenção às Urgências com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Consolidar a cobertura do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD por meio das intervenções das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAD Pediátrica) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).	Acompanhar 10.000 (dez mil) pacientes/ano até 2017.	Número de pacientes acompanhados pelo SAD.	10.000	8.417	Aumento da complexidade dos pacientes atendidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com consequente redução do número de pacientes com perfil para atendimento domiciliar .

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Expandir a oferta de leitos em hospital geral de acordo com o perfil epidemiológico da população.	Proceder a avaliação de desempenho dos indicadores de gestão dos Planos Operativos Anuais (POA), para que alcancem 85% do pactuado, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de alcance dos indicadores do POA.	85%	92%	

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Reduzir em 20% as internações de pacientes crônicos em hospitais gerais até 2017.	Percentual de pacientes crônicos desospitalizados.	3%	3%	De 120 pacientes identificados nesta condição foram desospitalizados 62, atingindo o percentual de 52% de desospitalização.

8.5 Eixo V – Gestão do SUS

Diretriz 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar, sistematizar e qualificar a comunicação sobre as ações, programas, serviços, eventos e experiências exitosas do SUS-BH, junto aos usuários, trabalhadores e à população em geral de Belo Horizonte.	Divulgar, regularmente, nas diversas mídias locais (jornais, rádios, TVs), temas referentes à promoção à saúde do SUS-BH, nos anos de 2014 a 2017.	Número de releases e sugestões de pauta enviados.	80	157	
	Atendimentos à imprensa	Nº de demandas atendidas		1.825	
	Manter a publicação eletrônica do boletim semanal on-line "Saúde na Rede" para os servidores nos anos de 2014 a 2017.	Nº de boletins elaborados e divulgados eletronicamente.	48	39	O Saúde na Rede é semanal e começou a ser produzido no dia 09/04/2014. Desde então, semanalmente foi publicada uma edição.
	Manter atualizado o Portal da Saúde no site da PBH, nos anos de 2014 a 2017.	Portal da Saúde atualizado	1	54	
	Postagens nas Redes Sociais			145 postagens no Facebook e 139 tweets no Twitter	

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
	Criar produção visual dos programas, campanhas, eventos e serviços existentes no SUS-BH, num total de 9.000.000 de peças gráficas impressas, nos anos de 2014 a 2017.	Número de peças gráficas impressas.	2.500.000	6.926.041	
Estender as ações de promoção à saúde, controle de endemias e prevenção de acidentes no trânsito, para além dos espaços institucionais, no âmbito do mobilizaSUS e outras abordagens de comunicação.	Executar o Projeto "Saúde em Forma" em espaços de grande circulação de pessoas, num total de 70 eventos/ano, nos anos de 2014 a 2017.	Nº de ações executadas.	70	X	Projeto foi interrompido por falta de contrato para infraestrutura
	Ações midiáticas e de coletividade	Nº de ações executadas.		47	
	Executar o projeto intersetorial "Vida no Trânsito - Um minuto pode valer uma vida", na vertente da educação, em espaços onde os idosos são público preferencial, beneficiando um total de 24.000 pessoas até 2017.	Nº de pessoas beneficiadas.	6.000	19.693	

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/ Justificativa
			Programada	Realizada	
	Executar o Projeto "Empresa sem Dengue", em potenciais empresas da cidade, num total de 360 empresas, nos anos de 2014 a 2017.	Nº de empresas beneficiadas	90	130	
	Realizar 100% dos eventos programáticos relacionados à promoção, prevenção e controle de endemias, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de eventos realizados.	100%	66	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer os fóruns de participação popular e de controle social do SUS-BH como espaços políticos estratégicos fundamentais de processos de debates e deliberações de diretrizes para a saúde pública demais políticas públicas de BH.	Realizar 24 plenárias ordinárias /extraordinárias /ano, no Conselho Municipal de Saúde, no período 2014 a 2017.	Número de reuniões realizadas	24	19	Foram realizadas Reuniões Ordinárias do número 215ª a 224ª e Reuniões Extraordinárias do número 187ª a 195ª. Estima-se realizar anualmente no mínimo doze reuniões extraordinárias, em caso de necessidade, e as 05 reuniões que não atingiram a meta programada, foram em virtude da não realização de reuniões extraordinárias.
	Realizar 180 reuniões/ano, das câmaras técnicas e comissões específicas do conselho municipal de saúde, no período 2014 a 2017.	Número de reuniões realizadas	180	151	Foram realizadas por : CTCAM (41); CTC (11); CTSPI (9); CTF (38); CTGFT (36); CEP/BH (16). Não foi possível atingir a meta em virtude de feriados nos dias das reuniões e algumas reuniões foram canceladas.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Realizar 11 plenárias ordinárias/ano, por Conselho Distrital de Saúde, no período 2014 a 2017.	Número de reuniões realizadas	11	99	11 em cada um dos conselhos distritais (Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha, Venda Nova)
	Capacitar e formar 1.335 conselheiros de saúde até 2017.	Número de conselheiros capacitados e formados por ano	200	118	Foram realizadas 05 turmas no total, com participantes dos conselho Venda Nova, Pampulha, Leste, Nordeste, Centro Sul. Embora tenham se matriculado 175 pessoas, houve desistência de participantes.
	Atender 100% da demanda de inclusão digital para os conselheiros de saúde	Percentual de conselheiros capacitados	100%	100%	Foi realizada uma capacitação de conselheiros municipais e distritais de saúde em parceria com a UNI-BH, no mês de abril de 2014.
	Executar 28 atividades do Projeto "Conselho na Praça" nos nove distritos sanitários até 2017.	Número de atividades executadas	1	1	Realizado no dia 07/04/2014, pelo Conselho Municipal de Saúde "Ato pelo Dia Mundial da Saúde"
	Atender 100% dos convites das Instituições de Ensino Superior (IES), dos cursos da área da saúde ou áreas afins para ministrar palestras sobre a Temática do Controle Social do SUS/BH	Percentual de palestras ministradas	100%	100%	Participação em aulas de cursos da área da Saúde, na Faculdade de Enfermagem da UFMG, UNI-BH e Faculdade de Ciências Médicas.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Padronizar a estrutura dos nove conselhos distritais de saúde em três quesitos: recursos humanos, equipamentos e espaço físico adequado, até 2016.	Número de quesitos atendidos nos nove conselhos distritais	1	1	Quesito recursos humanos atendido, os nove Conselho Distritais de Saúde contam com funcionários da Secretaria Executiva.
Fortalecer os fóruns de participação popular e de controle social do SUS-BH como espaços políticos estratégicos fundamentais de processos de debates e deliberações de diretrizes para a saúde pública demais políticas públicas de BH.	Distribuir 80.000 Jornais Consaúde/ano no período 2014 a 2017.	Número de Jornais Consaúde distribuídos	80.000	80.000	Elaborada e distribuídas 4 edições, sendo do nº 44 ao 49,
	Distribuir 45.000 cartilhas com temáticas do controle social do SUS/BH, até 2017.	Número de cartilhas distribuídos	5.000	0	Não houve produção de cartilha em virtude da ausência de contrato com empresa especializada para este serviço, contudo, o CMSBH distribuiu 1000 panfletos informativos sobre as Oficinas de Qualificação de Conselheiros de Saúde, durante a Edição do Fórum Social Mundial 2014, em Porto Alegre/RS, com objetivo de divulgar ações do CMSBH sobre qualificação da atuação do controle social neste município.
	Realizar 04 seminários temáticos, nos anos de 2014 a 2017.	Número de seminários realizados	1	1	Seminário sobre Formato Jurídico do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro
	Realizar 3 Conferências Municipais de Saúde até 2017.	Número de Conferências realizadas	1	1	Realizou-se a 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Região Macro Centro de Minas Gerais.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar a participação do Controle Social do SUS-BH para além de suas fronteiras	Participar de 80% das reuniões intersetoriais com os conselhos de políticas públicas, com temáticas afins a saúde, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de participação nas reuniões	80%	100%	O Conselho Municipal de Saúde teve participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saneamento, cujos convites chegaram a este conselho.
	Participar de 100% dos Fóruns Nacionais e Internacionais de Controle Social de temáticas inerentes a saúde ou áreas afins.	Percentual de participações do Conselho Municipal de Saúde.	100%	100%	Participação na Edição do Fórum Social Mundial 2014, em Porto Alegre/RS.
Propor, acompanhar e fiscalizar os recursos destinados para o financiamento do SUS/BH.	Realizar 8 reuniões no CMSBH para propor e apreciar a proposta do orçamento anual para o SUS/BH nos anos de 2014 a 2017.	Número de reuniões realizadas	2	2	Apreciação em uma reunião da Câmara Técnica de Financiamento, e apreciação e aprovação no Plenário do CMSBH
	Participar de 100% dos fóruns estaduais e municipais cuja temática sobre orçamento e financiamento para a saúde pública do SUS/BH, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de participações do Conselho Municipal de Saúde	80%	100%	Todas as atividades do Saúde + 10 que foram enviados convites, o CMSBH enviou representantes para participar.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Realizar 12 reuniões das Câmaras Técnicas para apreciação e acompanhamento dos RDQA, dos relatórios de Gestão e da Programação Anual de Saúde (PAS), até 2017.	Número de reuniões realizadas	3	12	foram realizadas no mínimo 03 reuniões em cada uma das câmaras técnicas (Financiamento, Gestão da Força e, Controle Avaliação e Municpalização.
	Realizar 12 visitas as unidades de saúde do SUS/BH, até 2017.	Número de visitas realizadas	3	3	14/02 - Visita ao Laboratório Leste/ CS ;06/03 - Visita CS. São Geraldo; São Miguel; Vera Cruz; 07/03 - Visita Às UPAS;
	Realizar 12 reuniões da Comissão de Acompanhamento da Implantação da Parceria Pública Privada (PPP), no SUS/BH, até 2017.	Número de reuniões realizadas	1	0	Em virtude do Processo de Licitação ter sido deserto, a Comissão está aguardando novo processo, para abertura de propostas, a abertura dos envelopes de empresas interessadas se dará no dia 13/04/2015, quando a comissão retomará atividades com mais frequência.

Diretriz 10: Contribuição à adequada alocação, qualificação, desenvolvimento profissional, valorização e democratização das relações de trabalho no SUS/BH.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer as relações de trabalho através do acompanhamento sócio funcional, com a incorporação de diretrizes da Política Nacional de Humanização, propiciando relações mais saudáveis entre trabalhadores, gestores e usuários do sistema único de Saúde de BH	Realizar 12 Oficinas para consolidação do acompanhamento sócio funcional (ASF) nos 09 Distritos Sanitários da SMSA até 2015.	Número de oficinas sobre acompanhamento sócio-funcional realizadas.	3	9	Foi realizada 01 oficina por Distrito Sanitário diante da necessidade apresentada pelas GERGETRs.
	Promover 09 Seminários Distritais sobre Acompanhamento Sócio Funcional para os Gerentes das Unidades de Saúde até 2016.	Número de Seminários sobre Acompanhamento Sócio Funcional promovidos.	1	2	Foi identificada a necessidade de realização de mais um Seminário, além do programado para 2014.
	Realizar 06 Oficinas para ampliar o conhecimento da Política de Humanização/ Humaniza SUS na SMSA até 2016.	Número de Oficinas sobre o tema Política de Humanização/ Humaniza SUS realizadas.	2	4	Diante da amplitude do tema Gestão Participativa houve necessidade de aumentar a carga horária para reflexão dos participantes.
Qualificar as informações da gestão do trabalho para melhoria contínua dos processos	Criar proposta de desenvolvimento da base única de Recursos Humanos da SMSA para subsidiar a gestão dos postos de trabalho até 2014.	Proposta de desenvolvimento da base única de Recursos Humanos da SMSA criada.	1	0	Proposta em fase de interação com a SMARH. A reunião foi desmarcada e nova data ainda será agendada.

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar as estratégias de fixação dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH	Criar proposta de Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais da categoria médica da SMSA, junto à comissão de estudo das estratégias institucionais para adesão e fixação de médicos, até 2014.	Proposta de PCCS para categoria médica na SMSA criada.	1	0	Estudo parcialmente concluído, dependendo das tabelas que serão elaboradas pela SMARH, para apresentação à Comissão de Estudo e em seguida ao Secretário Municipal de Saúde.
	Apresentar estudo para reavaliação da classificação de 100% das unidades de saúde da SMSA quanto ao abono de fixação dos profissionais até 2014.	Estudo da revisão da classificação das unidades de saúde quanto ao abono de fixação apresentado.	1	1	Estudo concluído, em fase de cálculo do impacto financeiro.

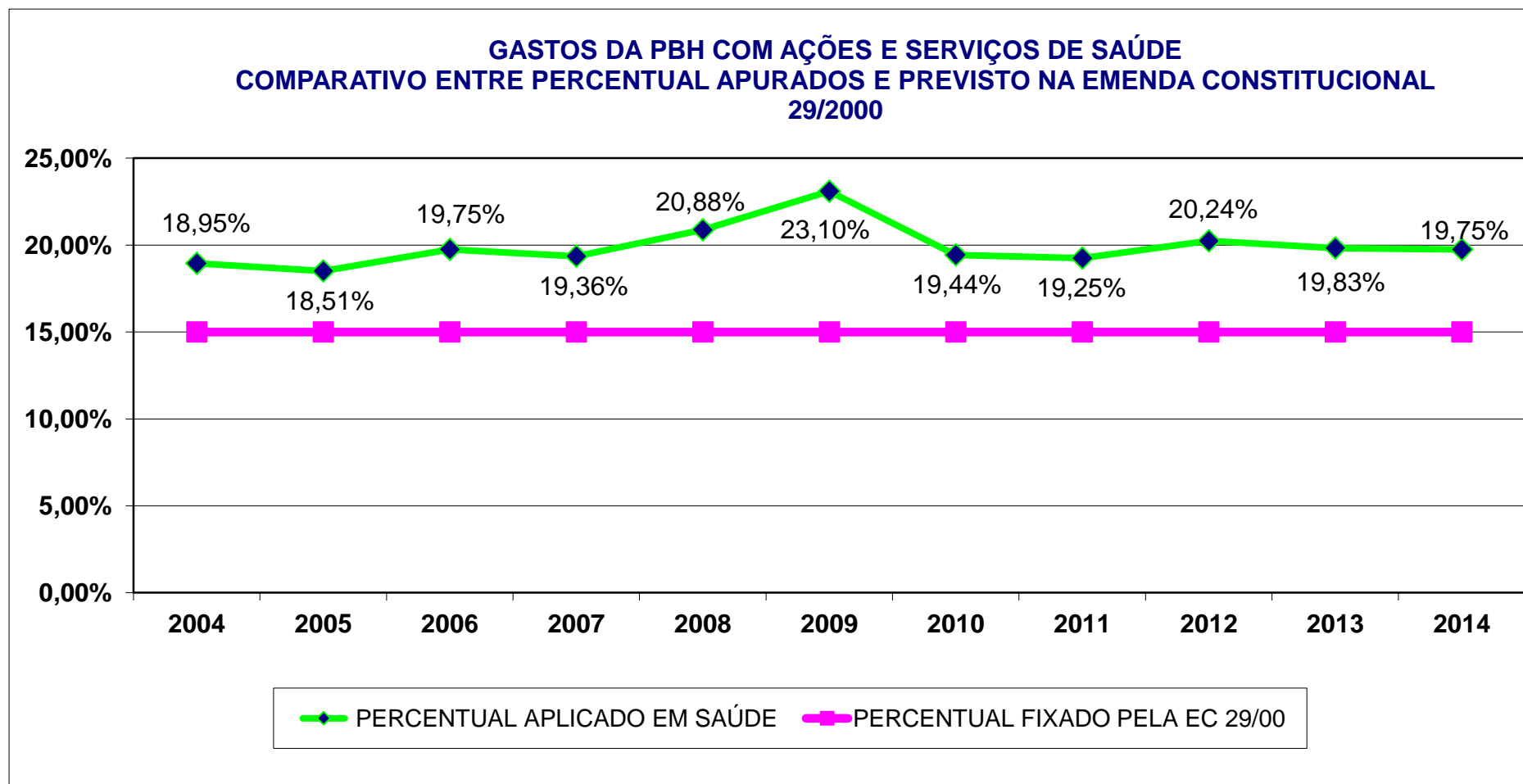
9. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<u>CUSTEIO:</u>	500.634.614,33	567.958.200,82	571.476.660,48	661.985.202,75	760.973.727,91	796.621.106,42	862.832.032,08
PESSOAL E ENCARGOS	480.912.940,83	553.467.651,60	556.874.393,72	596.025.634,86	644.764.260,86	688.945.135,77	706.714.430,63
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	19.712.443,41	14.490.549,22	14.602.266,76	65.959.567,89	116.209.467,05	107.675.970,65	156.117.601,45
OUTRAS DESPESAS CORRENTES (ORÇAMENTO PARTICIPATIVO)	9.230,09	-	-	-	-	-	-
<u>INVESTIMENTOS:</u>	10.147.567,37	15.809.212,41	12.906.473,45	6.349.145,54	14.183.761,07	28.539.868,98	38.363.343,31
INVESTIMENTOS	523.960,62	5.123.910,78	8.886.331,95	4.140.037,73	14.183.761,07	16.440.301,60	24.212.307,47
INVESTIMENTOS (ORÇAMENTO PARTICIPATIVO)	9.623.606,75	10.685.301,63	4.020.141,50	2.209.107,81	-	12.099.567,38	14.151.035,84
1 = TOTAL DE DESPESAS	510.782.181,70	583.767.413,23	584.383.133,93	668.334.348,29	775.157.488,98	825.160.975,40	901.195.375,39

RECEITAS DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IMPOSTOS	1.202.105.947,18	1.300.921.602,99	1.564.955.882,16	1.832.774.373,17	2.080.506.861,18	2.261.811.534,86	2.601.356.649,72
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	1.131.177.964,67	1.120.350.285,85	1.290.318.916,14	1.470.039.865,68	1.570.059.567,30	1.680.838.280,42	1.783.608.983,75
OUTRAS RECEITAS CORRENTES	113.258.717,30	106.031.524,59	151.376.288,46	169.138.748,09	195.671.760,81	219.563.563,12	176.919.493,86
2 = TOTAL DE RECEITAS DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS	2.446.542.629,15	2.527.303.413,43	3.006.651.086,76	3.471.952.986,94	3.846.238.189,29	4.162.213.378,40	4.561.885.127,33

A partir de 2013, o gasto com saúde da PBH está sendo apurado conforme determinações da LC 141/12, ou seja, a despesa considerada é a despesa liquidada, sendo que, anteriormente, era considerado a despesa empenhada.

Gráfico 51 – Gastos da PBH com ações e serviços de saúde, 2004 – 2014.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em 19/01/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

TOSTES, M.L, REIS, J.C, PITCHON, A. *A coordenação do cuidado pela Atenção Primária no SUS BH*. In: O coletivo de uma construção: O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte / Organizadores: Marcelo Gouvêa Teixeira, Susana Maria Moreira Rates, Janete Maria Ferreira. Volume I. Belo Horizonte: Rona, 2012