



Secretaria Municipal de Saúde

Relatório de Gestão de 2015



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

Alessandra Alvim Moraes

Alexandre Mendes

Alexandre Sampaio Moura

Alexia Valle de Freitas

Amália Virgínia Fróes Fonseca

Amanda Arantes Perez

Ana Carolina Diniz Oliveira

Ana Cristina de Carvalho Fernandez Fonseca

Ana Emília de Oliveira Ahouagi

Ana Lúcia Henriques Cannan

Ana Maria Coelho

Ana Paula Silva Leão

Ana Pitchon

Anita Aquino Fernandes

Anna Christina da Cunha Martins Pinheiro

Anne Marielle Girodo

Anthero Drummond Jr.

Argus Leão Araújo

Arlindo Gonçalves Pereira

Arnor José Trintade Filho

Beatriz Soares Silva

Bianca Guimarães Veloso

Bruna Walker Ferreira de Faria

Camila Marciana da Costa

Carla Andrea Ribeiro

Carla Cecília de Freitas Emediato

Carla de Castro Moura Reis

Caroline Schilling Soares

Célia Cristina Duarte Starling
Christine Ferretti Santiago
Cláudia Maria Lima Caetano Fares
Claudia Prass Santos
Corina Toscano Sad
Cristina Maria Sartini
Denise Pacis Gomes Pinto
Eduardo Vieira Viana Gusmão
Eliana Maria de Oliveira Sá
Eliane Abreu Fraga Beraldo
Eliete Guizilini Moreira de Carvalho
Elisabete Costa Reis Dutra
Estela de Cássia Pereira
Ester Cardozo Dias
Fabiane Scalabrini Pinto
Fátima Luzia Morelli
Fernanda de Souza Vanni Rocha
Fernando de Araújo Medeiros
Fernando Libânio Coutinho
Gisele Cláudia Duarte
Gisele Lúcia Nacur Vianna
Gislaine Rodrigues da Silva
Glaucia de Fátima Batista
Helen Maria Ramos de Oliveira Lopes
Ione Lima Magalhães
Isabela Dias Lauar
Jandira Aparecida Campos Lemos
Janete dos Reis Coimbra
Jaqueline Aparecida da Silva
Jaqueline Camilo de Sousa Felício
Julia Marcia Maluf Lopes
Juliana Dias Pereira dos Santos

Juliana Veiga Costa Rabelo
Juliano Rener Ferreira Mendes
Julieta Maria de Paiva
Jussara de Medeiros Silva
Klébio Ribeiro Silva
Leandro Cruz Ramires da Silva
Lilian Souto
Lívia Fulgêncio da Cunha Melo
Luana Queiroga Mendes Ramos
Lúcia Maria Miana de Mattos Paixão
Luciana Cordeiro Duarte
Luciana de Melo Borges
Luzia Toyoko Hanashiro
Márcia Arabe da Silva
Márcia Faria Moraes Silva
Márcia Rocha Parizzi
Maria Andrea de Oliveira Brasil Gontijo
Maria das Graças de Oliveira
Maria das Graças Silva Garcia
Maria do Carmo Freitas da Costa
Maria do Socorro Alves Lemos
Maria Elisa Carvalho Barbosa
Maria Fernanda Camarano
Maria Inez Ribeiro Oliveira
Maria Núbia Alves Cruz
Maria Tereza da Costa Oliveira
Maria Tereza de Freitas Lima Araújo
Maria Vitória Assumpção Mourão
Mariana Angélica Peixoto de Souza
Mariana Gadiolli Soares
Marina Marques Soares
Marina Oliveira Rocha Braz

Marua Bittar Musse
Mayara Sousa Vianna
Michelly Possidônio
Mirian Vanessa Costa Pacheco
Natália Simões
Nayara Figueiredo Vieira
Nelci Muller Xavier
Nieves Cibelys Cabaleiro Cortizo de Paula Lima
Paola Tavares Moreira
Patrícia Alves Evangelista
Patrícia Carla Gomes
Patrícia Dias da Silva
Patrícia Guimaraens
Patricia Pereira Rodrigues Magalhães
Paula Vieira Pacheco
Paulo César Machado Pereira
Pedro Daibert Navarro
Quesia Tamara Mirante Ferreira
Rejane Ferreira dos Reis
Renata Coimbra Prates
Romilda Euzébio Araujo
Rony Carlos Las casas Rodrigues
Rúbia Mácia Xavier
Salime Cristina Hadad
Sandra Haueisen Freire Pimenta
Sidney Maciel dos Santos Rosa
Silvana Tecles Brandão
Simone de Castro e Santos
Simone Silveira de Castro
Sonia Lanski
Suzana Mara dos Santos
Taciana Malheiros Lima Carvalho

Tatiane Felicia dos Santos Luciano
Tatiani Oliveira Fereguetti
Valdirene Pereira G Souza
Vanessa de Oliveira Pires Fiuza
Vanessa Ferreira de Souza
Vânia Elizabeth Simões Duarte
Vera Regina Guimarães
Virgílio José de Queiroz
Virgílio Queiróz
Walmisson Antônio de Almeida
Wanessa Ferreira da Rocha
Webert Silva Gaioffato
Zeila de Fátima Abrão Marques
Zélia Vasconcelos Cardoso
Zila Menezes de Santana

RELAÇÃO DE SIGLAS

ABRASEL - Associação Brasileira de Bares e Restaurantes
ACE - Agente de Combate a Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AHMG - Associação de Hospitais de Minas Gerais
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
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
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
CES - Centro de Educação em Saúde
CGP - Centro Geral de Pediatria
CIAAS - Comissão de Controle de Infecção Associada à Atenção à Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
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
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIVP - *Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia*
CMC - Central de Marcação de Consultas

CMI - Centro Municipal de Imagem
CMO - Centro Municipal de Oftalmologia
COMCIAAS - Comissão Municipal de Controle de Infecção Associada à Atenção à Saúde
CREAB - Centro de Reabilitação Sagrada Família
CRIE - Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI - Centro de Terapia Intensiva
CTR - Centro de Referência e Treinamento Orestes Diniz
CTRDIP Orestes Diniz – Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-parasitárias
CV - Centro de Convivência
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DISACS - Distrito Sanitário Centro-Sul
DISAL - Distrito Sanitário Leste
DISANE - Distrito Sanitário Nordeste
DISANO - Distrito Sanitário Noroeste
DOM - Diário Oficial do Município
DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DS - Distrito Sanitário
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ECG - Eletrocardiograma
ECO - Ecocardiograma
EDA - Endoscopia Digestiva Alta
EPS - Educação permanente em saúde
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
FMS - Fundo Municipal de Saúde
GAL - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GEAR - Grupo Executivo da Área de Risco
GEAS - Gerência de Assistência
GEEPI - Gerência de Epidemiologia e Informação
GEPE - Grupo de Estudos dos Profissionais Enfermeiros

GERASA - Gerência Distrital de Assistência à Saúde
GEREPI - Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia
GGTE - Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
GPLD - Gerência de Planejamento e Desenvolvimento
GTIS - Gerência de Tecnologia em Informação em Saúde
GVSI - Gerência de Vigilância em Saúde e Informação
HC - Hospital das Clínicas
HEM - Hospital Eduardo de Menezes
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HOB - Hospital Odilon Behrens
HTLV - Vírus T Linfotrófico Humano
IAAS - Infecção Associada à Atenção à Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI - Instituição de Longa Permanência de Idosos
ILPI - Instituto de Longa Permanência para Idosos
IVS - Índice de Vulnerabilidade da Saúde
JUCOF - Junta de Coordenação Orçamentária e Financeira
LBGT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
LER - Lesão por Esforço Repetitivo
LIRAA – Levantamento de Índice Rápido de Aedes aegypti
LV - Leishmaniose visceral
MRC - Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal contra o Sarampo
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHE - Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
NUPAD - Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico
OMS - Organização Mundial de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização não governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
ONU - Organização das Nações Unidas
PA - Pressão Arterial

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

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

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

PRODABEL - Empresa de Informática do Município de Belo Horizonte

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

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

PROGVISA - Programa de Monitoramento da Qualidade de Alimentos

PROVEME - Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos

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

SES - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

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

SIEA - Sistema Informatizado de Identificação e Esterilização Animal

SIGEST - Sistema de Gestão de Terceiros da PBH

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

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

SINDSORVETE - Sindicato Intermunicipal da Indústria de Sorvetes

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

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

SISREDE - Sistema de Informações Saúde em Rede

SISVE - Sistema de Informação sobre Vigilância Epidemiológica

SISVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária

SLPC - Sistema de Laboratórios de Patologia Clínica

SMARH - Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos de Belo Horizonte

SMED - Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUDECAP - Superintendência de Desenvolvimento da Capital

SUS - Sistema Único de Saúde

SVO - Sistema de Verificação de Óbitos

TB - tuberculose

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBV - Ultra baixo-volume

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UME - Unidade Móvel de Esterilização

UMEI - Unidade Municipal de Educação Infantil

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

URS - Unidade de Referência Secundária

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

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

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

VISA - Vigilância Sanitária

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

PNAR - Pré Natal de Alto Risco

PPL - População Privada de Liberdade

PRHOAMA - Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica

PSE – Programa de Saúde na Escola

SEDS - Secretaria Estadual da Defesa Social

SES MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SF - Saúde da Família

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISREDE - Sistema de Informações Saúde em Rede

SISREG - Sistema de Regulação

SMAAS - Secretaria Municipal Adjunta da Assistência Social

SMPS - Secretaria Municipal de Políticas Sociais

SMSA BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

SUS BH - Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

TB - Tuberculose

TCI - Terapia Comunitária Integrativa

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UMEI- Unidade Municipal de Educação Infantil

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
2.1. DIRETRIZ DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE “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”	28
2.1.1. <i>Ampliações de Estrutura: Centros de Saúde, Equipes e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família</i>	28
2.1.2. <i>Aprimoramento dos sistemas de informação da APS: Implantação do E-SUS e integração de outros sistemas de informação.....</i>	30
2.1.3. <i>Qualificação e Integração dos Processos de Trabalho nos Centros de Saúde</i>	31
2.1.4. <i>Atenção às Condições Crônicas</i>	33
2.1.5. <i>Atenção à Saúde do Idoso.....</i>	41
2.1.6. <i>Atenção à Demanda Espontânea</i>	45
2.1.7. <i>Atenção à Saúde Bucal</i>	47
2.1.8. <i>Atenção às Doenças Epidêmicas</i>	52
2.1.9. <i>Atenção à Saúde Sexual, DST/Aids e hepatites virais.....</i>	53
2.1.10. <i>Ações do “Posso Ajudar?”: Amigos da Saúde</i>	58
2.1.11. <i>Ações dos Agentes Comunitários de Saúde.....</i>	59
2.1.12. <i>Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)</i>	60
2.1.13. <i>Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde</i>	65
2.2. DIRETRIZ DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA, COM ÊNFASE NAS ÁREAS E POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE”. ...	66
2.2.1. <i>Saúde da Mulher.....</i>	69
2.2.2 <i>Saúde da Criança e do Adolescente.....</i>	72
2.2.3. <i>Atenção às crianças e adolescentes em situação de violência.....</i>	77
2.3. DIRETRIZ DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: “FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUS-BH, INCLUINDO AS ATIVIDADES RELATIVAS AOS USUÁRIOS EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”	78
2.4. DIRETRIZ DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: “ARTICULAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO SUS-BH, INTRA E INTERSETORIALMENTE, PARA AÇÕES DE FORTALECIMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL.”	81
2.4.1. <i>Academias da Cidade</i>	83

2.4.2. <i>Lian Gong</i>	86
2.4.3. <i>Tabagismo</i>	88
2.4.4. <i>População privada de liberdade</i>	90
2.4.5. <i>Bolsa Família</i>	92
2.4.6. <i>População em Situação de Rua</i>	94
2.4.7 <i>Terapia Comunitária Integrativa</i>	95
2.4.8. <i>Promoção da Igualdade de Raça e Cor</i>	97
3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	98
3.1. VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS	98
3.1.1. <i>Dengue, Chikungunya e Zika</i>	98
3.1.2. <i>Leishmaniose visceral</i>	107
3.1.4 <i>Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)</i>	109
3.1.5 <i>Vigilância da Tuberculose</i>	110
3.1.6. <i>Vigilância da Hanseníase</i>	110
3.1.7. <i>Outras Atividades da Gerência de Epidemiologia e Informação</i>	111
3.1.8 <i>Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-BH)</i>	111
3.1.9. <i>Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Mortalidade</i>	112
3.1.10. <i>Projeto Vida no Trânsito</i>	114
3.1.11. <i>Vigilância de Óbitos</i>	115
3.1.12. <i>Saúde do Viajante</i>	117
3.1.13. <i>Material Informativo</i>	117
3.1.14. <i>Imunização</i>	119
3.1.15. <i>Vigilância Sanitária</i>	120
3.1.16. <i>Controle de Zoonoses</i>	126
3.1.17. <i>Saúde do Trabalhador</i>	132
4. REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS E COMPLEMENTARES À SAÚDE	138
4.1. CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	143
4.2. CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO	144
4.3. OFICINA REABILITAÇÃO.....	145

4.4. ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA	145
4.5 .APOIO DIAGNÓSTICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	146
5.MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO	152
5.1 REGULÇÃO ASSISTENCIAL	152
5.1.1. <i>Projetos impactantes para a garantia de acesso da população à rede:</i>	153
5.1.1. <i>Aperfeiçoamento do sistema de regulação do acesso à assistência ambulatorial:</i>	157
5.1.2. <i>Novo processo de trabalho no controle e avaliação ambulatorial</i>	166
5.1.3. <i>Avanços na alta complexidade de forma geral</i>	166
5.1.4. <i>Avanços na Comissão Municipal de Nefrologia e Transplante</i>	167
5.1.5. <i>Avanços na Comissão Municipal de Oncologia</i>	170
5.1.6. <i>Comissão Municipal de Cardiologia</i>	171
5.1.7. <i>Comissão Municipal de Propedêutica</i>	171
5.1.8. <i>Integração e evolução do processo de trabalho da supervisão hospitalar</i>	172
5.1.8. <i>Projeto de atenção aos pacientes em cuidados prolongados</i>	172
5.1.9. <i>Criação do núcleo de qualidade da SMSA</i>	173
5.1.11. <i>Projeto de monitoramento da qualidade das Unidades de Terapia Intensiva</i>	173
5.1.12. <i>Projeto de monitoramento dos casos de usuários do SUS internados em hospitais de Belo Horizonte, embora estejam com alta hospitalar.</i>	174
5.1.13. <i>Programa Alta Responsável</i>	174
5.1.14. <i>Evolução dos Sistemas informatizados das Centrais reguladoras</i>	175
5.1.15 <i>Construção de propostas de trabalho integrado entre a gerência de Controle e Avaliação e a gerência de Auditoria Assistencial</i>	175
5.1.6. <i>Tratamento Fora do Domicílio</i>	176
5.1.17 <i>Projeto de Implantação de Serviço para Tratamento de tumores intra oculares</i>	177
5.2. AUDITORIA ASSISTENCIAL	179
5.3. REDE DE URGÊNCIA	183
6. GESTÃO DO SUS	186
6.1. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PEP).....	186
6.2. RESIDÊNCIA NO SUS BH.....	187
6.2.1. <i>Residência Multiprofissional</i>	187

6.2.2. <i>Residência Médica</i>	188
6.3. GESTÃO DO TRABALHO.....	206
6.3.1. <i>Gestão dos postos de trabalho da SMSA</i>	206
6.3.2. <i>Estratégias de fixação dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH</i>	210
6.3.3. <i>Modernização da GGTE</i>	211
6.3.4. <i>Gestão do Trabalho nos Distritos e Nível Central SMSA</i>	211
6.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	212
7. INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE	216
8. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FÍSICA.....	221
EIXO I: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	221
EIXO II: VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	238
EIXO III: REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARES À SAÚDE	248
EIXO IV: MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO.....	253
EIXO V: GESTÃO DO SUS.....	256
9. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA.....	270
REFERÊNCIAS	273

Lista de Gráficos

Número e Descrição dos gráficos	Página
Gráfico 1 - Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período de 2008 a 2015, em Belo Horizonte.	34
Gráfico 2 - Média mensal da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte no período de janeiro a outubro de 2015.	35
Gráfico 3 - Total de Centros de Saúde de Belo Horizonte com profissionais capacitados por alinhamento da gestão clínica no período de 2010 a 2015.	42
Gráfico 4 - Avaliação da proporção de cura e abandono dos casos novos de Tuberculose Bacilífera em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2001 a 2014.	44
Gráfico 5 - Total de atendimentos na especialidade de geriatria no Centro Mais Vida, no período de 2010 a 2015.	49
Gráfico 6 - Percentual de usuários acamados, por faixa etária avaliados pela Equipe de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2015.	52
Gráfico 7 - Percentual de aumento de 1ª consulta odontológica por distrito sanitário entre o primeiro e segundo ciclo de aferição dos indicadores em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.	54
Gráfico 8 - Proporção de usuários classificados com Código 3 em relação ao total de primeiras consultas por distrito sanitário entre o primeiro e segundo ciclo de aferição dos indicadores em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.	54
Gráfico 9 - Evolução da resolutividade em saúde bucal por distrito sanitário entre o primeiro e segundo ciclo de aferição dos indicadores em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.	55
Gráfico 10 - Total de usuários examinados na campanha de prevenção do Câncer de Boca na rodoviária de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.	57
Gráfico 11 - Total de casos novos e taxa de incidência de Aids por ano, no período de 2001 a 2015*em Belo Horizonte.	61
Gráfico 12 - Total de óbitos e taxa de mortalidade por Aids em residentes de Belo Horizonte no período de 2001 a 2015*. Belo Horizonte, 2015.	62
Gráfico 13 - Resultados alcançados em 2015 junto às pessoas de Belo Horizonte vivendo com HIV, com vistas à meta 90-90-90 UnAids: 90% de pessoas testadas; destas, 90% tratadas; e destas, 90% com carga viral indetectável até 2020.	63

Número e Descrição dos gráficos	Página
Gráfico 14 - Total de visitas domiciliares realizadas pelos ACS à população cadastrada de Belo Horizonte nos anos de 2014 e 2015.	65
Gráfico 15 - Evolução do número de consultas de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica na rede SUS BH, no período de 2010 a 2015*	69
Gráfico 16 - Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária dos residentes de Belo Horizonte no período de 2008 a 2015*	70
Gráfico 17 – Razão da Mortalidade Materna, no período de 1998 a 2015, em Belo Horizonte.	73
Gráfico 18 – Taxa de Mortalidade Infantil em Belo Horizonte, por componente, no período de 1993 a 2014.	74
Gráfico 19 - Proporção de gestantes captadas até o final do primeiro quadrimestre no período de 2010 a 2015 na Atenção Primária em Saúde. Belo Horizonte, 2015.	75
Gráfico 20 - Taxa de internações por Pneumonia em crianças e adolescentes, por faixa etária, residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014.	81
Gráfico 21 - Evolução do número de Academias da Cidade em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015.	89
Gráfico 22 - Número de usuários da Academias da Cidade de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015. Belo Horizonte, 2015.	90
Gráfico 23 - Notificações de dengue e outras DNC, Belo Horizonte, 2007-2015	103
Gráfico 24 - Casos confirmados de dengue, FHD, DCC e óbitos, Belo Horizonte, 1996-2015	104
Gráfico 25 - Incidência e letalidade por leishmaniose visceral humana, Belo Horizonte, 1999-2015*	112
Gráfico 26 - Vírus respiratórios identificados em pacientes com SRAG por SE de notificação, Belo Horizonte, 2015	114
Gráfico 27 - Número de cirurgias de esterilização animal, 2005 a 2015	136
Gráfico 28 – Oferta e demanda média mensal de consultas e exames especializados, BH, 2009- 2015	144
Gráfico 29 – Percentual de Adequações no Controle Externo da Qualidade dos Laboratórios	153
Gráfico 30 – Produção dos laboratórios Distritais e Municipal – 2008 a 2015.	155
Gráfico 31 – Produção laboratorial das UPA – 2008 a 2015.	155

Número e Descrição dos gráficos	Página
Gráfico 32 - Evolução de leitos no SUS-BH – 2005 a 2015	183
Gráfico 33- Cirurgias Eletivas no SUS-BH – 2000 a 2015	183
Gráfico 34 – Número de dispensações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, por Distrito Sanitário. Belo Horizonte, 2015	218
Gráfico 35 – Número de dispensações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, por mês. Belo Horizonte, 2015.	218
Gráfico 36 - Número de itens distribuídos por farmácia distrital – Belo Horizonte, 2015.	219
Gráfico 37 - Entrada de medicamentos, em reais, por Farmácia Distrital, em 2015.	220
Gráfico 38 – Gastos da PBH com ações e serviços de saúde, 2004 – 2015.	275

Lista de Tabelas

Número e Descrição das Tabelas	Página
Tabela 1 - Vigilância de contatos intra domiciliares dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos de 2008 a 2015* em residentes de Belo Horizonte.	45
Tabela 2 - Resultados da rede de apoio ao aleitamento materno e doação de leite humano em Belo Horizonte, no período de 2011 a 2015. Belo Horizonte, 2016	79
Tabela 3: Principais resultados alcançados em Saúde Mental na rede de atenção psicossocial do SUS-BH no período de 2010 a 2015.	86
Tabela 4 - Total de unidades, de espaços, grupos, instrutores e de alunos inscritos na prática de Lian Gong no período de 2008 a 2015. Belo Horizonte, 2015	93
Tabela 5 - Principais resultados do controle do tabagismo na rede SUS BH no período de 2010 a 2015. Belo Horizonte, 2015.	94
Tabela 6 - Relação das Unidades Prisionais de Belo Horizonte segundo capacidade e lotação.	96
Tabela 7 - Casos confirmados, óbitos e incidência de dengue, Belo Horizonte, 1996-2015	105
Tabela 8 - Classificação final dos casos de dengue por DS de residência, Belo Horizonte, 2015	106
Tabela 9 – Casos Confirmados Importados de Chikungunya 2015	109
Tabela 10 – Casos notificados por suspeita de Zika, Belo Horizonte 2015.	111
Tabela 11 - Testes rápidos realizados em Belo Horizonte para diagnóstico de leishmaniose visceral, maio 2010 a 2015	113

Número e Descrição das Tabelas	Página
Tabela 12 - Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral por Distrito Sanitário e Ano de Ocorrência. Belo Horizonte, 2008 a 2015	113
Tabela 13 - Distribuição dos óbitos ocorridos em BH por fonte de investigação, 2008-2014	121
Tabela 14 – Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRC), Belo Horizonte, 2015	125
Tabela 15 – Análise indicador de desempenho do Controle Externo da Qualidade na rede de laboratórios. Belo Horizonte, 2015.	152
Tabela 16 – Laboratórios nas Unidades de Pronto Atendimento	153
Tabela 17 - Produção laboratorial na rede SUS- BH - 2008 a 2015.	154
Tabela 18 - Consultas e procedimentos agendados através das Centrais de Regulação do SUS-BH, janeiro a dezembro de 201.	163
Tabela 19 - Nº de agendamentos na Central CMC por município de origem, 2015.	164
Tabela 20 - Agendamento de consultas e procedimentos na Central CMC no ano de 2015, por Distrito Sanitário – Belo Horizonte.	165
Tabela 21 – Auditoria Assistencial – 1º Quadrimestre de 2015: atividades encerradas.	
Tabela 22 – Auditoria Assistencial - 2º Quadrimestre 2015: atividades encerradas.	186
Tabela 23 - Auditoria Assistencial - 2º Quadrimestre 2015: atividades encerradas.	
Tabela 24 - Número de atendimentos telefônicos recebidos, atendimentos realizados com deslocamento de ambulância e número de veículos disponíveis.	189
Tabela 25 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte, 2009 a 2015.	189
Tabela 26 – Procedimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar- 2009 a 2015.	
Tabela 27 - Síntese do TCG 008 CADM na SMSA	213

Lista de Quadros

Número e Descrição dos Quadros	Página
Quadro 1 - Visitas realizadas para o controle da Dengue - 2006 a 2015	131
Quadro 2 - Atividades realizadas para controle da Leishmaniose Visceral, 2009 – 2015	133
Quadro 3 - Casos humanos e óbitos por Leishmaniose Visceral em BH, 2009 a 2015	133
Quadro 4 - Solicitações para controle de roedores atendidas e recebidas, Belo Horizonte, 2015	134
Quadro 5 - Animais peçonhentos, solicitações atendidas e recebidas, Belo Horizonte, 2015	134

Quadro 6 - Vacinação antirrábica de cães e gatos, 2009 a 2015	135
Quadro 7 - Doações de animais realizadas nas feiras de adoção no CCZ e nos convênios com as ONG's, 2009 a 2015	136
Quadro 8 - Distribuição dos agravos de saúde do trabalhador notificados por Belo Horizonte	139
Quadro 9 – Apresenta as VAPTs realizadas, por profissional no ano de 2015	140
Quadro 10- atendimentos realizados pelo Centros de Referência Regional de Saúde do Trabalhador do Barreiro e Centro Sul	140
Quadro 11 - Atividades de Definição de Conhecimento em Saúde do Trabalhador, 2015	141
Quadro 12 - Número de agendamentos, por especialidade, nas Centrais de Marcação de Consultas nas 9 Centrais distritais, Central Oftalmologia e Central Reabilitação – Belo Horizonte, 2015.	165
Quadro 13 – Consultas pré-transplante. Belo Horizonte, 2015.	174
Quadro 14 – APACs autorizadas para tratamento oncológico em 2015	175
Quadro 15 - Projeto de Cirurgias Eletivas do SUS-BH - junho de 2009 a dezembro de 2015	184
Quadro 16 - Quantitativo das unidades de suporte do SAMU, BH – 2008 a 2014	189
Quadro 17 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte – 2015.	190
Quadro 18 - Ações educacionais realizadas, por tipo de curso. Belo Horizonte, 2015.	194
Quadro 19 - Postos de Trabalho de Profissionais em Unidades e Serviços da SMSA	211
Quadro 20 - Nomeações do Concurso SMSA – Edital 002 de 2011	212
Quadro 21 – Número de Terceirizados e Conveniados na SMSA, 2015.	214

Lista de Figuras

Número e Descrição das Figuras	Página
Figura 1 – Boletins informativos da Vigilância em Saúde - 2015	123
Figura 2 - Fluxo para Síndrome Coronariana Aguda:	160

1. INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) vem trabalhando na implementação de uma cultura de planejamento ancorada na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 e na resolução/MS nº 459, de 10 de outubro de 2012, as quais determinam como os principais instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) -e o Relatório de Gestão do exercício anterior.

Considerando o planejamento um processo contínuo e articulado, tais instrumentos possibilitam a formulação de políticas e a programação de metas, assim como, o seu monitoramento e intervenção, no momento oportuno.

Nesse sentido, o Relatório de Gestão apresenta os resultados alcançados no exercício anterior de acordo com as metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS).

Esse relatório demonstra a execução no segundo 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 (ESF), com 588 Equipes de Saúde da Família (EqSF). O aumento do número de EqSF refletiu na cobertura da ESF, passando de 79,06% em 2008, para 85,64% em 2015. Na APS, é importante destacar a taxa de mortalidade infantil que passou de 34,6 para 9,9 por mil nascidos vivos, entre 1993 e 2014 e a razão da mortalidade materna que vem apresentando uma tendência de queda, passando de 92,5 em 1998, para 31,64 em 2015.

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. Ressalta-se a situação epidemiológica da Dengue, Chikungunya e Zica que vem exigindo uma reorganização dos serviços de saúde, para atendimento à população.

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 consultas e exames especializados agendados em até 60 dias foi de 50,30% em 2015.

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. 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 2015. O capítulo 8 consiste na execução física da Programação Anual de Saúde de 2015, organizada por eixos de programação.

A execução dos recursos financeiros, no período de 2009 a 2015 e o comparativo dos recursos aplicados na execução de serviços e ações de saúde, com o percentual previsto na Emenda Constitucional 29/2000 estão demonstrados no capítulo 9.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A sequência das ações descritas neste capítulo segue a mesma estrutura organizacional do Plano Municipal de Saúde, destacando as 4 diretrizes que compõem o eixo da Atenção Primária a Saúde, sendo elas:

- 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;
- Promoção da atenção integral à saúde da mulher, criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade;
- Fortalecimento da rede de atenção psicossocial do SUS-BH, incluindo as atividades relativas aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Articulação da Promoção da Saúde do SUS-BH, intra e intersetorialmente, para ações de fortalecimento e desenvolvimento humano sustentável.

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, a APS se estrutura 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 se dá 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 cidade conta com 148 centros de saúde em funcionamento e 2 centros de saúde já concluídos, e, em planejamento para iniciar o atendimento à população em 2016, chegando ao total de 150 centros de saúde.

São 588 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 300 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM), 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 Academias da Cidade. Em 2015, a cobertura da ESF foi de 85,6% da população da cidade.

A partir de 2002, um conjunto de estratégias está sendo utilizadas 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 se expressam em diversas modalidades. Em 2011 o município fez adesão ao “Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ), criado pelo governo federal, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. Esse programa visa um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações de governo direcionadas a este nível de atenção. Isto se dá por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Em 2015, o município de Belo Horizonte renovou a adesão ao PMAQ, em seu 3º ciclo, tendo a recontratação ocorrida em outubro e novembro de 2015. A SMSA-BH, junto ao Conselho Municipal de Saúde, recomendou a assinatura do termo de adesão dos profissionais a esse programa de melhoria da qualidade (BELO HORIZONTE, 2015). Este ciclo está composto por 3 (três) fases: adesão e recontratação, avaliação externa e certificação, e recontratação. Além disso é composto por um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que ocorrerá durante os 24 meses que compõe cada ciclo.

O eixo estratégico contará com os seguintes elementos: auto avaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (presencial e/ou virtual).

A Gerência de Assistência (GEAS) da SMSA possui grande amplitude assistencial na rede SUS-BH e desenvolve ações complexas e diversificadas. Em 2015 foram ampliadas as iniciativas que fomentam o trabalho integrado e horizontal entre as diversas coordenações presentes na GEAS, preservando as especificidades de cada área temática, mas buscando integrar os processos comuns. Esse movimento de melhoria dos processos de trabalho, através da aplicabilidade de ferramentas de gestão, objetivam os avanços dos resultados, a otimização de recursos, a interação da equipe, ampliação do diálogo e melhora da ambiência no espaço de trabalho.

Neste contexto, a divulgação das informações em forma de cartazes, cartilhas, guias, protocolos e folders é uma ação importante para socializar e favorecer a adoção de medidas adequadas e de controle de agravos. Em 2015 foram feitas novas publicações de material

gráfico relacionadas às temáticas da APS. A Figura 1 ilustra 16 novos informativos publicados e distribuídos na rede SUS BH.

Figura 1: Informativos da APS distribuídos na rede SUS BH no ano de 2015





2.1. Diretriz do Plano Municipal de Saúde “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”

Para melhor acesso dos usuários aos Centros de Saúde e qualificar as ações já realizadas, diversas estratégias foram implementadas em 2015, conforme serão descritas na sequência.

2.1.1. Ampliações de Estrutura: Centros de Saúde, Equipes e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família

Em 2015, houve a criação de três novos Centros de Saúde no município: CS Trevo e CS Padre Tiago no Distrito Sanitário Pampulha, e o CS Camargos, no Distrito Sanitário Oeste. O CS Trevo (antigo anexo do CS Itamarati) possui sede própria na Rua José Simplicio 1141, bairro Trevo. A sua criação foi publicada no Diário Oficial do Município (DOM) em 22/5/2015, 4 (quatro) equipes da ESF e um anexo. A publicação do CS Padre Tiago no DOM foi no do dia 15/12/2015 e o início de suas atividades está planejado para 2016. Duas equipes do CS São José e uma equipe do CS Ouro Preto serão transferidas para o CS Padre Tiago. A publicação do CS Camargos está no DOM do dia 10/07/2015 e o início de suas atividades

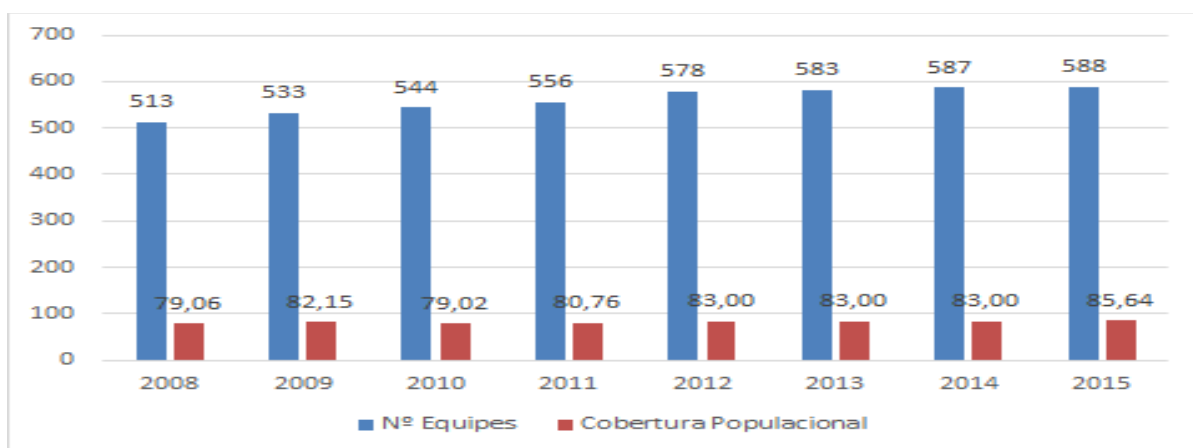
dará em 2016. Duas equipes do CS Santa Maria serão transferidas para o CS Camargos.

Com o objetivo de ampliar o acesso à população e melhorar o atendimento, houve o incremento de 1(uma) equipe da ESF no CS Marivanda Baleeiro, no Distrito Nordeste e alteração da equipe Transitória do CS Paraíso, Distrito Leste, em equipe de ESF.

Dentro desta perspectiva de melhoria e ampliação do acesso, serão construídos novos centros de saúde por meio da Parceria Público Privado (PPP), o que facilitará o redimensionamento e incremento de novas equipes.

O Gráfico 1 apresenta a evolução do número de Equipes de Saúde da Família (EqSF), em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015. O aumento do número de equipes refletiu na cobertura da ESF, passando de 79,06%, em 2008, para 85,64%, em 2015.

Gráfico 1 - Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período de 2008 a 2015, em Belo Horizonte.



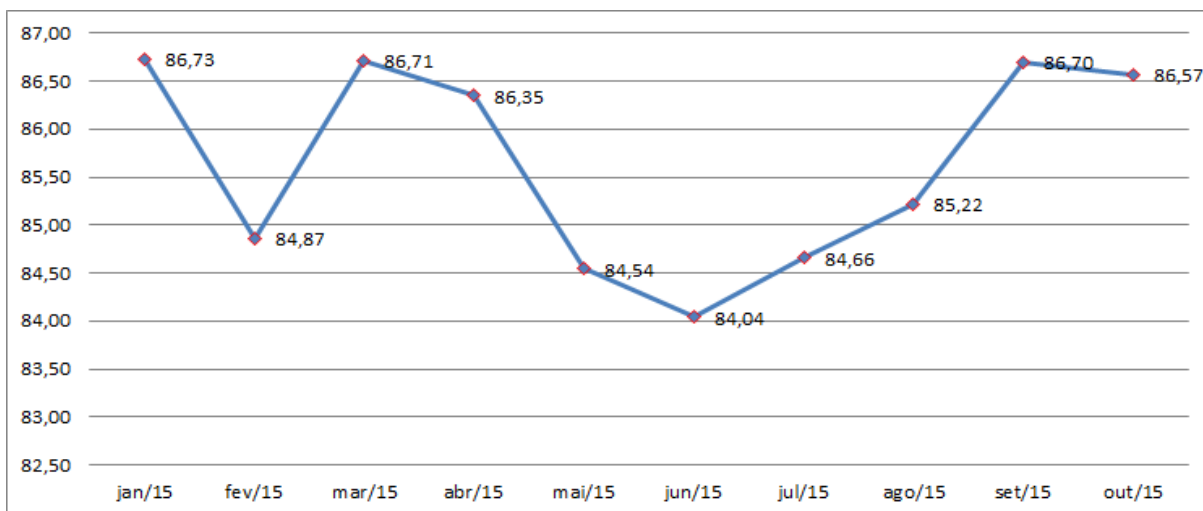
Fonte: PBH/SMSA/GEAS/Assessoria/ janeiro 2016

Cabe salientar que, em 2014, ocorreram mudanças na forma de calcular o indicador de cobertura da ESF, conforme Portaria do Ministério da Saúde 2488/11, resultando em problemas nos cadastros de algumas equipes no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2015, observou-se grande melhoria no saneamento dos problemas nos cadastros, e verificou-se reflexo desse impacto, considerando a média de cobertura da ESF, de janeiro a outubro/2015, de 85,64%.

O Gráfico 2 ilustra as oscilações de cobertura da ESF ao longo de 2015. Essas oscilações ocorreram devido a rotatividade de profissionais nas equipes. As equipes são

desativadas após 59 dias de ausência de pelo menos um profissional da EqSF.

Gráfico 2 - Média mensal da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte no período de janeiro a outubro de 2015.



Fonte: PBH/SMSA/GEAS- janeiro 2016

No que diz respeito aos recursos humanos, é importante destacar que, em 2015, observou-se uma relativa estabilidade dos profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família. A adesão do município ao Programa Mais Médicos colaborou com esse resultado observado, nos últimos anos. A assistência de 39 centros de saúde em 7 Distritos Sanitários recebeu apoio através da atuação desses profissionais. Essas unidades contaram, nesse período, com boa fixação de profissional médico generalista que já atuam há mais de dois anos na mesma unidade. A presença desses médicos, de forma continuada, proporcionou assistência adequada à comunidades que, historicamente, tinham seu acompanhamento médico de forma irregular.

2.1.2. Aprimoramento dos sistemas de informação da APS: Implantação do E-SUS e integração de outros sistemas de informação.

A SMSA, em 2015, teve um grande desafio na implantação do novo sistema do Ministério da Saúde, e-SUS atenção básica (e- SUS AB). Trata-se de uma estratégia do departamento da atenção básica do Ministério da Saúde que visa a qualificação da informação

em todo o país e conseqüentemente o aprimoramento da atenção primária.

O propósito do e- SUS é melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2016).

O ponto de partida dessa reestruturação é o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de todo profissional da APS. Outro ponto importante é a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na APS, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), otimizando o trabalho dos profissionais e o uso da informação para a gestão e qualificação do cuidado em saúde.

Ao longo de 2015, a Gerência de Assistência participou ativamente da implantação do e-SUS AB em Belo Horizonte, adequando o novo formato de registro ao processo de trabalho das EqSF, dos profissionais do NASF, da Academia da Cidade, do Consultório de Rua, do Programa Saúde na Escola e da equipe de saúde que atende a população privada de liberdade. Além disso, apoiou a Gerência de Tecnologia e Informação em Saúde (GTIS) na realização das modificações necessárias no SISREDE e SISREDEWEB para a migração adequada dos dados para o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o SIAB e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da APS.

Também nesse ano, foi realizada a primeira fase de integração do sistema de teleconsultoria com o SISREDE, facilitando a realização de teleconsultas entre profissionais da Atenção Primária à Saúde e profissionais de referência, médicos especialistas.

2.1.3. Qualificação e Integração dos Processos de Trabalho nos Centros de Saúde

As ações de qualificação dos processos de trabalho nos centros de saúde são diversas, e variam, desde a oferta de educação permanente dos profissionais, até a elaboração e revisão de protocolos e notas técnicas que subsidiam o melhor atendimento e fluxo do

usuário na rede. Além disso, a GEAS também atua realizando interfaces com diversos outros pontos de atenção (locais de prestação de serviço) da rede, contribuindo para a continuidade e integralidade do cuidado, para além da Atenção Primária.

Visando apoiar a gestão e as equipes dos centros de saúde no planejamento e organização das diferentes ações oferecidas, a Gerência de Assistência iniciou, em 2015, o Projeto “Gestão do Cuidado no Território” (GCT), que visa qualificar o atendimento da Atenção Primária, de forma integral, a partir das necessidades da população. Esse projeto tem apoiado as unidades na identificação dos problemas de saúde ou de processos de trabalho mais relevantes, e, na realização de ciclos de melhoria, para seu enfrentamento. Essa qualificação da assistência é baseada em princípios da gestão participativa, equidade, trabalho em equipe, integralidade e outros. Utiliza, ainda, ferramentas da Estratégia Gestão Clínica, já conhecidas pela rede.

Essa proposta prevê o apoio matricial às equipes e gerências dos centros de saúde, compartilhado com os distritos sanitários, na organização dos macroprocessos da atenção primária. As equipes dos centros de saúde são apoiadas pelo distrito sanitário e pelos técnicos do nível central da SMSA BH, buscando a melhoria dos processos e dos indicadores selecionados.

Dentre os desafios que se pretende enfrentar com essa proposta, estão: elaborar uma agenda capaz de considerar as vulnerabilidades individuais, as recomendações dos protocolos, de diferentes condições ou doenças crônicas, e, ao mesmo tempo, promover um cuidado centrado na pessoa e adequado para a comunidade. Para isso, o Projeto prevê também integrar o conhecimento das diretrizes institucionais, tais como, as contidas no documento “Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local” e atender a todos os tipos de necessidades apresentadas, sejam elas, urgentes, programadas ou não.

Em 2015, foi elaborado documento que detalha o projeto e estabelece metodologia inicial de trabalho para esse apoio que visa a qualificação das ações organizacionais necessárias para responder às necessidades da população, de um determinado território sanitário, de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde.

Assim, se pretende, por meio do projeto gestão do cuidado no território, que as múltiplas demandas das populações locais possam ser melhor atendidas, pela adoção rotineira e sustentada de práticas assistenciais melhor dimensionadas, baseadas em evidências

científicas, no conhecimento do território e das , e organizadas de forma mais eficiente para atingir tais objetivos.

Outras ações foram realizadas para melhor atendimento dos usuários. Dentre elas, destacam-se algumas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, conforme segue abaixo.

2.1.4. Atenção às Condições Crônicas

“As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias” (MENDES, 2012).

Neste item, serão apontadas algumas ações realizadas para organizar e qualificar a atenção a usuários que apresentam essas condições. Serão abordadas a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade, tuberculose ou hanseníase, e ações realizadas pela Estratégia Gestão Clínica com o objetivo de qualificar os cuidados necessários para esses usuários.

As doenças crônicas não transmissíveis são representadas, principalmente, pelas doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus. 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, dentre outros) e por ações coletivas.

São vários os fatores determinantes dessas doenças, desde os socioeconômicos até os relacionados aos hábitos de vida. Os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009).

Sendo assim, além das consultas, 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 tais como alimentação saudável e exercícios físicos. Na APS, são desenvolvidas várias ações visando o controle dos vários fatores de risco vasculares como a

pressão arterial, diabetes, colesterol, triglicérides, doenças cardíacas, além da cessação do tabagismo. A maioria das abordagens a esses fatores de risco modificáveis serão abordados no item 5 deste documento. Neste item, o enfoque será nos demais cuidados necessários a esses usuários, além das mudanças no estilo de vida.

A mais prevalente doença crônica é a Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em média em 32,5% da população acima de 30 anos e apresentando baixas taxas de controle. Sua prevalência aumenta com a idade. Apesar de ser influenciada por fatores de risco modificáveis é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

O cenário do aumento crescente da obesidade também traz grandes desafios para a rede de atenção à saúde do SUS, em especial para a Atenção Primária. Em 2014, Belo Horizonte apresentava cerca de 17% da população com obesidade e 49% com sobrepeso. Por sua proximidade ao cotidiano das pessoas, as equipes da ESF têm maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território. Isto torna a APS local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população.

Em 2015, foram desenvolvidas muitas ações voltadas ao combate do sobrepeso e obesidade no SUS/BH. Houve a avaliação dos usuários obesos que aguardavam consulta para a especialidade de Endocrinologia/Obesidade grave e vinculação dos mesmos aos Centros de Saúde. A atualização das filas propiciou otimização do uso das vagas de especialistas.

Foi constituído um grupo de trabalho para Obesidade, com a participação de profissionais de diferentes áreas e de vários setores da SMSA. Como produto deste grupo, houve a criação da linha de cuidado do usuário obeso, adequada à Portaria 425 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Houve a padronização da abordagem individual do usuário, bem como o desenvolvimento de metodologias de trabalho em grupo para abordagem das pessoas obesas. Trata-se de uma forma de trabalho que permite interação e troca entre os participantes, caracterizando-se como espaço de acolhimento às angústias frente a um quadro clínico severo. A abordagem da obesidade infantil e o envolvimento de outras secretarias neste processo têm conferido maiores possibilidades de enfrentamento ao problema do sobrepeso/obesidade.

Outra ação, em 2015, foi a qualificação das ações coletivas de alimentação e nutrição para promoção da alimentação adequada e saudável, por meio da publicação e disponibilização de um caderno impresso para os profissionais nutricionistas da APS apoiando na organização dos grupos na área de alimentação e nutrição. O documento denominado “Diretrizes para realização de atividades em grupo” apresenta os objetivos dos grupos, duração, frequência, um cardápio mínimo de temas e metodologias, e instrumentos de avaliação no início e término da atividade coletiva para avaliar a efetividade e satisfação dos usuários. O público das ações coletivas são usuários em todos os ciclos de vida e algumas condições sistêmicas (adultos/idosos, crianças e adolescentes), grupos de gestantes, puericultura, diabetes e hipertensão. Houve maior entrosamento com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tendo em vista a implantação para 2016-2017 do Projeto “Ações Coletivas de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Atenção Básica à Saúde” nos centros de saúde, relacionado à estruturação dos grupos de nutrição. Neste ano, houve também o aumento da interface do NASF com as demais ações de Promoção da Saúde. Isto se deu através da participação de gestores, técnicos e profissionais do NASF nas oficinas de implantação das Unidades Promotoras de Saúde.

A busca pela qualidade do atendimento dos diabéticos foi uma das ênfases nos trabalhos realizados em 2015. Estima-se que 5,9% da população de Belo Horizonte sejam portadoras de Diabetes Mellitus. No Sistema de Informação de Saúde em Rede (SISREDE) de Belo Horizonte estão cadastradas aproximadamente 94 mil pessoas acima de 15 anos com Diabetes Mellitus .

Avanços significativos foram alcançados na propedêutica e tratamento do diabetes, com a disponibilização de recursos terapêuticos em qualidade e quantidade adequada. Houve reorganização dos fluxos de distribuição de insumos para as pessoas com diabetes tipo 2 em uso de insulina, diabetes tipo1, diabetes autoimune latente do adulto (tipo LADA) e gestantes com diabetes. O propósito é garantir a utilização racional dos insumos de diabetes, a equidade no acesso, incentivar o auto monitoramento e autocuidado, buscar maior controle na distribuição dos insumos de diabetes 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 das Farmácias dos centros de saúde. Todas as solicitações de insumos são atendidas de acordo com o protocolo, através de prescrição do profissional assistente. As prescrições são realizadas para 200 dias e

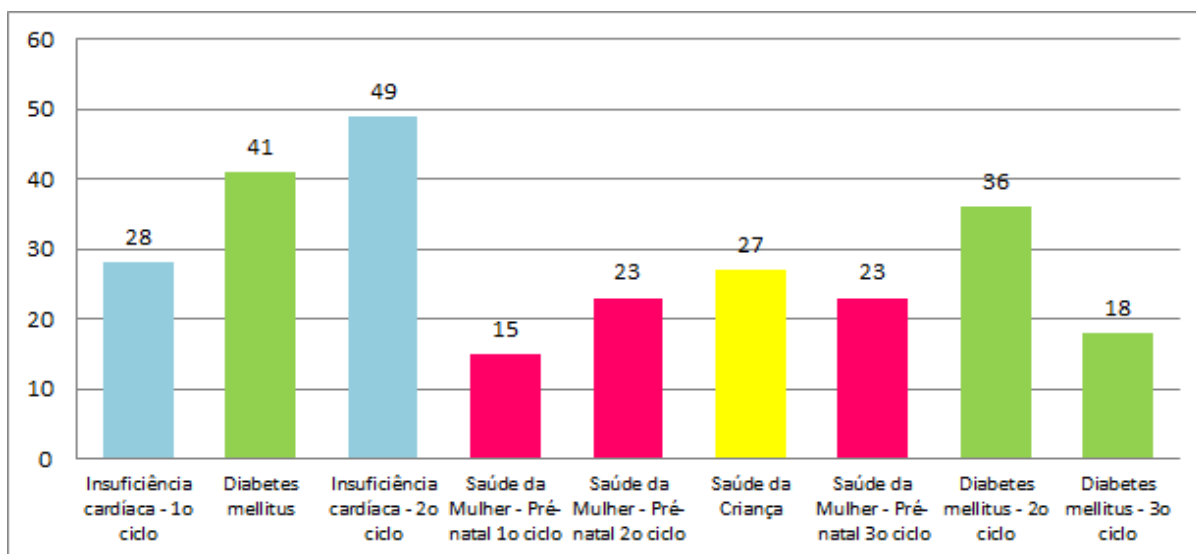
os insumos são entregues aos usuários nas farmácias dos centros de saúde a cada 100 dias. Os insumos de diabetes disponibilizados são: Glicosímetro, fitas de glicemia capilar (fornecidos pela SES) , lancetador, lancetas, seringas com agulha acoplada de 6 mm e agulhas de 4 mm a 6 mm (para insulina Lispro, de acordo com o tamanho disponível na rede).

No dia 14 de novembro de 2015, Dia Mundial de Controle do Diabetes, houve um grande evento de sensibilização da população. Todos os anos esse evento é realizado na rodoviária de Belo Horizonte, porém, neste ano o local do evento foi o Parque Municipal de Belo Horizonte. O intuito foi ampliar a participação da população, bem como inserir atividades de promoção da saúde. Foram atendidas mais 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 convite para a prática de exercício físico. Para as pessoas que sabem possuir diabetes, houve orientações sobre uso correto da insulina, avaliação dos pés, avaliação em saúde bucal e exame do fundo de olho, com devido encaminhamento para tratamento dos casos indicados.

Em 2015, o trabalho do Projeto “Gestão Clínica” manteve seu foco na qualificação da assistência aos portadores de condições crônicas, com enfoque em diabetes. Em fevereiro e março foram realizados dois encontros para finalizar o Alinhamento Municipal da Gestão Clínica para Condições Crônicas – Diabetes Mellitus 2º ciclo, que havia sido iniciado em 2014. Nesses encontros foram apresentadas as experiências das equipes participantes com as ferramentas da Auditoria Clínica e do Atendimento Compartilhado. Nas Auditorias Clínicas realizadas em 33 dos centros de saúde, com representantes dos nove distritos sanitários, foram levantados dados assistenciais do cuidado de uma amostra de 2.634 prontuários de usuários portadores de Diabetes Mellitus .

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. O atual ciclo do Alinhamento Municipal tem término previsto para abril de 2016, com as apresentações das Auditorias Clínicas e Atendimentos Compartilhados, que estão em fase de planejamento e levantamento dos dados assistenciais. O Gráfico 3 mostra o número de centros de saúde com profissionais capacitados, para cada tema de Alinhamento da Gestão Clínica, no período de 2010 a 2015.

Gráfico 3 - Total de Centros de Saúde de Belo Horizonte com profissionais capacitados por alinhamento da gestão clínica no período de 2010 a 2015.



Fonte: Gestão Clínica /GEAS / SMSA BH

Sendo, a hipertensão arterial e o diabetes, os principais fatores de risco da insuficiência renal crônica, a atenção primária é o ponto de atenção com maior potencial para evitar a progressão dessa doença. A detecção precoce da doença renal crônica, bem como, condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão são também desafios da APS e foi iniciado, no final de 2015, um grupo de trabalho no Distrito Noroeste ,ara aprofundar esse tema.

A gestão da APS, juntamente com a Rede Complementar e Alta Complexidade estão elaborando, em parceria, uma linha de cuidado ao portador de doença renal crônica, visando reduzir a prevalência e incidência deste sério problema de saúde pública. Todas estas medidas visam a avaliação e cuidado integrado às pessoas com doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares, com enfoque em Diabetes Mellitus e obesidade.

A tuberculose (TB) é também considerada uma condição crônica, sendo uma doença infecto contagiosa com profundas raízes sociais. O controle da doença exige interfaces de trabalho com vários setores desta Secretaria: Gerência de Epidemiologia e Informação, Coordenação de Saúde Mental (Consultórios na Rua e Centros 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

eixos estratégicos, mantendo a doença como pauta prioritária e monitorando as atividades realizadas pelos centros de Saúde. As reuniões periódicas de planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos Comitês continuam sendo realizadas.

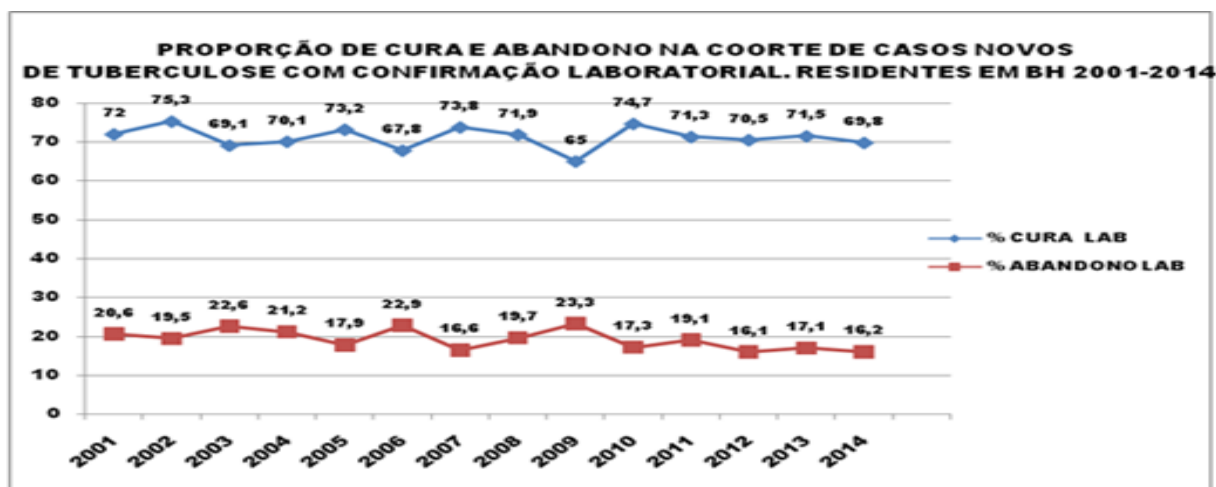
Em 2015, as capacitações em TB ocorreram em caráter permanente, totalizando 161 profissionais de nível superior e 45 de nível médio. O cuidado às pessoas com TB é protagonizado pelos profissionais das ESF e monitorado mensalmente nos centros de saúde, pelos farmacêuticos do NASF, que atuam como “gestores dos casos”. No final de 2015, foi iniciado grupo de trabalho para revisão o Protocolo de Atendimento à Pessoa com TB, pelos profissionais farmacêuticos.

Em 2015, foi implantado o Teste Rápido Molecular para Tuberculose, uma nova tecnologia para o diagnóstico da doença. Este exame está disponível para todos os centros de saúde do município. Seu objetivo é aumentar a qualidade do diagnóstico e identificar , precocemente, os casos de resistência à Rifampicina, principal droga do esquema terapêutico atualmente usado.

Uma estratégia que tem sido usada para estimular a adesão ao tratamento para alguns casos complexos de tuberculose, com história de múltiplos abandonos, são os atendimentos compartilhados. Desses momentos, participam as referências técnicas dos níveis central e distrital, profissionais da ESF, NASF e os gerentes dos centros de saúde. Foi iniciado, em 2015, o processo seletivo para contratação de profissionais para o “Projeto de Ações Contingenciais para Enfrentamento da TB em Municípios Selecionados” que apoiará equipes de saúde da família na qualificação e coordenação do cuidado aos usuários. Os repasses financeiros são do Ministério da Saúde.

Na série histórica (Gráfico 4), de casos novos de TB com confirmação laboratorial, os dados do período de 2001 a 2014 apontam uma tendência linear dos indicadores de cura e de abandono.

Gráfico 4 - Avaliação da proporção de cura e abandono dos casos novos de Tuberculose Bacilífera em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2001 a 2014.



Fonte: GVSI/GEEPI/SINAN/SMSA/PBH/. Dados até 29/12/15.

Observa-se tendência de queda na taxa de abandono, entretanto, o resultado ainda está aquém dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde (mais de 85% de cura e menos de 5% de abandono).

Em 2015, o controle dos casos de Hanseníase na rede SUS-BH continuou através da realização de reuniões para discussões e pactuações de ações com os distritos sanitários e serviços de referência. Também ocorreram contatos permanentes para a discussão de casos e encaminhamentos em rede. No início do ano, foi pactuado com a Gerência de Epidemiologia, a realização de busca ativa, proposta pela SES-MG, preconizada pelo MS, com o objetivo de melhorar o indicador - proporção de contatos examinados. Tal atividade desencadeou ações de capacitação a fim de habilitar profissionais para o exame de contatos.

Os distritos Pampulha, Noroeste e Barreiro, realizaram por iniciativa própria e com sucesso, ações pontuais de sensibilização quanto à doença. 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. Foram realizadas reuniões do Comitê de Hanseníase nos distritos Norte, Centro Sul, Nordeste e Venda Nova. Houve incentivo à participação no curso *online* de Hanseníase para Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

No final do ano de 2015, foi realizada a capacitação para profissionais da APS com

instrutores do Hospital Eduardo de Menezes. O objetivo foi atualizar os profissionais quanto às diretrizes do controle da Hanseníase (diagnóstico e tratamento). Essas capacitações ocorrem em caráter permanente e são realizadas anualmente.

No início do ano, quando foi comemorado a Semana Mundial de Combate à Hanseníase, foram afixadas faixas alusivas à doença em todos os CS, panfletagem de folders e afixação de cartazes. Está em fase de finalização a revisão do Protocolo de Atendimento em Hanseníase e foi construída uma cartilha para os ACS, em parceria com a equipe de referência em Hanseníase do Hospital das Clínicas. A cartilha está em fase de impressão.

O Ministério da Saúde estabelece como parâmetro a ser alcançado, um percentual de cura igual ou superior a 90% dos casos diagnosticados. Desde 2012, o município de BH tem atingido as metas pactuadas. Em 2014 esse percentual foi de 90,6% e em 2015 foi de 78,4%, sendo esse último dado parcial.

Outro indicador importante a ser avaliado é o percentual de contatos examinados. O Ministério da Saúde preconiza que 80% dos contatos registrados sejam examinados. Desde 2008, o município atinge as metas pactuadas. Os dados de 2015 são parciais. Esses resultados apontam para um bom desempenho do município em relação ao Controle da Hanseníase.

A Tabela 1 apresenta a série histórica da vigilância de contatos intra domiciliares dos casos novos de Hanseníase.

Tabela 1 - Vigilância de contatos intra domiciliares dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos de 2008 a 2015* em residentes de Belo Horizonte.

Ano Diagnóstico	Contato Registrado	Contato Examinado	% de Contatos Examinados
2008	271	222	81,92
2009	228	192	84,21
2010	225	193	85,78
2011	342	274	80,12
2012	198	180	90,91
2013	190	176	92,63
2014	141	134	95,04
2015	141	112	79,43

Fonte: GVSJ/GEEPI/SMSA/SINAN (*).

Porém outros indicadores mostram que é importante o aprimoramento, ampliação das ações de vigilância ao agravo e o monitoramento e acompanhamento dos serviços assistenciais no controle da doença, além da necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde.

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 seqüelas e reações apresentadas pelas pessoas e busca e avaliação de contatos.

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. O mesmo se repete com a tuberculose. Sendo assim, apesar dos esforços no sentido de melhorar os indicadores do controle dessas doenças, é fato conhecido que este controle não depende apenas de fatores intrínsecos da assistência e da organização dos serviços de saúde. Por se tratar de doenças com profundas raízes sociais, são necessárias ações intersetoriais, que visem a melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo assim os determinantes sociais da doença.

Com o intuito de contribuir na organização da assistência a diferentes condições clínicas, também houve, em 2015, o aperfeiçoamento e divulgação do “Documento Orientador de Fluxo e Acesso aos tratamentos prestados na Atenção Primária” por meio do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica/PRHOAMA do SUS-BH (PRHOAMA).

2.1.5. Atenção à Saúde do Idoso

O idoso além de apresentar uma maior prevalência de doenças crônicas, apresenta também outras vulnerabilidades.

Na APS, em relação às ações voltadas para esse público, destacamos quatro estratégias: práticas de atividade física e grupos de prevenção de quedas, Projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, Programa Maior Cuidado e a articulação da APS com o Centro Mais Vida.

A APS desenvolve um conjunto de ações coletivas que abordam o público idoso. Além das práticas de exercícios físicos, na Academia da Cidade e do Lian Gong, são

realizados grupos para a prevenção de quedas em idosos que acontece com a participação dos profissionais do NASF. Para esses grupos, o público alvo são as pessoas com mais de 75 anos, que tem um risco 14 vezes maior de cair e fraturar o fêmur. Os grupos de apoio profissional atuam de acordo com a demanda do território. Atualmente pessoas acima de 60 anos também participam das atividades, com o intuito de aumentar o alcance das ações. Outros grupos passaram a ser realizados em conjunto com outras ações da saúde ou da Assistência Social, como por exemplo, em conjunto com grupos de estimulação cognitiva do próprio NASF ou dentro dos grupos de convivência de idosos.

A Projeto de “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”. Essa é uma das ações da política de atenção à saúde da pessoa idosa desenvolvidas pela SMSA BH, numa interface entre a GEAS e o CES. É financiada pelo Ministério da Saúde, e também uma parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, instituição de ensino contratada para operacionalização da etapa de capacitação. Este projeto, além de capacitar os profissionais da rede em conteúdos sobre o cuidado ao idoso, inclui ainda, como estratégia de qualificação, o apoio aos grupos de cuidadores familiares. Em 2015, as turmas de capacitação foram finalizadas em maio, duas turmas de Agentes Comunitários de Saúde e cinco turmas de nível médio de enfermagem contemplando 57 e 64 alunos respectivamente, num total de 121 profissionais qualificados, meta parcialmente cumprida.

Em junho, houve a finalização do contrato com a Escola de Saúde Pública, ocasião em que foi possível rever o formato da capacitação que, doravante, pretende-se que seja ofertada com corpo técnico da própria SMSA por meio de processo seletivo (Decreto 10.864/2015) para instrutoria interna. Em agosto, foi realizada reunião de profissionais da rede para compor curso próprio para o segundo semestre. No entanto, as novas turmas planejadas não foram formadas porque outros cursos de capacitação foram disponibilizados, concomitantemente, para o mesmo público, gerando esvaziamento na demanda por capacitação do cuidado ao idoso frágil. Aliado a isso, houve paralisação dos servidores no período planejado para o início e parte importante das atividades. Desse modo, a realização das novas turmas foi adiada para o primeiro semestre de 2016.

A estrutura descentralizada nos distritos sanitários a ser implementada poderá favorecer o cumprimento da meta, tendo em vista que aproximará o público-alvo do local de realização do curso, além de permitir a gestão compartilhada dessa ação com os distritos sanitários. Outra iniciativa positiva, trata-se da previsão de produção de material gráfico e

audiovisual relativos ao Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil para utilização do saldo dos recursos previstos.

O recurso para o projeto é garantido por meio do 6º Termo Aditivo do contrato, publicado no DOU de 15/01/2015 que prorroga a vigência do Convênio para 30.06.2016A meta para 2016 é alcançar o total de 7.755 pessoas capacitadas (profissionais da saúde e da assistência social, profissionais de ILPI da rede conveniada e cuidadores familiares).

Os grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis continuam acontecendo nos centros de saúde, de acordo com demanda e necessidades dos usuários, tendo em vista o propósito de, cada vez mais, apoiar as famílias nesse cuidado. Até o momento, 1.250 cuidadores familiares participaram dos grupos.

A terceira e quarta atividades destacadas na Atenção Primária da SMSA/BH estão relacionadas ao apoio no cuidado aos idosos que apresentam condições de manejo mais complexo, são esses o Centro Mais Vida (CMV) e o Programa Maior Cuidado.

A SMSA-BH, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, implementou, a partir de setembro de 2010, o Centro Mais Vida (CMV). Os critérios de encaminhamento dos usuários dos Centros de Saúde para o CMV são: idoso com 80 anos ou mais, pessoas com 60 anos ou mais que possuam polipatologias (≥5), faça uso de polifármacos (≥5 medicamentos), tenha síndrome demencial, doença de Parkinson, sequelas neurológicas e internações recorrentes. Também devem ser encaminhados ao CMV os idosos residentes em áreas de alta vulnerabilidade social.

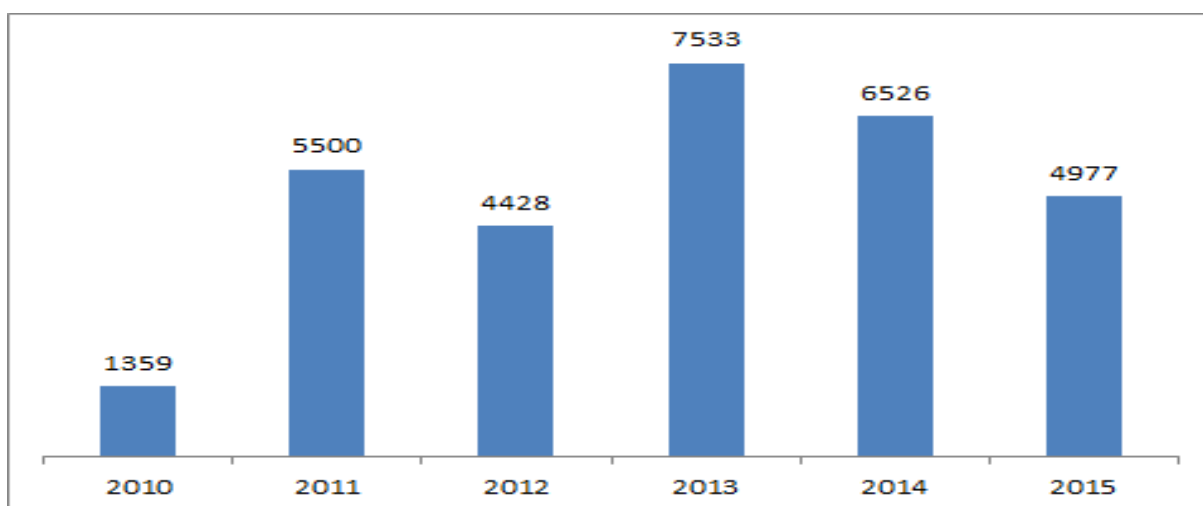
O CMV atua conforme a linha de cuidado para a pessoa idosa proposta pela SMSA BH. O Centro visa fortalecer e otimizar o fluxo de atendimento aos idosos frágeis, bem como oferecer apoio especial às equipes da ESF/NASF. No CMV são elaborados os planos de cuidados dos idosos, com orientações e sugestões 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. Já no ano de 2015 houve diminuição do número de consultas ofertadas pelo CMV em virtude da transição, com

a saída de profissionais e entrada de novos através do concurso público da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Algumas estratégias se mantêm junto aos distritos e Centros de Saúde, com o objetivo de diminuir o absenteísmo e aumentar a captação dos idosos frágeis na rede.

O Gráfico 5 demonstra as oscilações no número de atendimentos em geriatria realizadas no CMV no período de 2010 a 2015.

Gráfico 5 - Total de atendimentos na especialidade de geriatria no Centro Mais Vida, no período de 2010 a 2015.



Fonte: CMC/ Planilha mensal de atendimento CMV/SES

O Programa Maior Cuidado oferece atendimento domiciliar pelas equipes da ESF/NASF, aos idosos frágeis e em situação de vulnerabilidade social, residentes em áreas de alto risco adscritas aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Trata-se de um projeto intersetorial, idealizado pela coordenação de Atenção à Saúde do Idoso, com ações convergentes e concentração de esforços. Participam 53 centros de saúde e 26 CRAS.

A fragilidade tem alta prevalência entre a população idosa, tornando o atendimento a esse público, especialmente aqueles em situação de alta vulnerabilidade social, mais um dos grandes desafios para as políticas públicas. O aumento da expectativa de vida, também tem contribuído para um crescimento do número de pessoas privadas de sua independência e sem autonomia, ou seja, dependentes de outros para a execução das Atividades de Vida Diária básicas ou de autocuidado. A entrada do profissional cuidador de idosos nas residências tem

evidenciado várias situações de risco. São elas: a dependência, a insuficiência familiar, a negligência no cuidado, internações recorrentes e institucionalizações com perda dos vínculos familiares. Além disto, o profissional consegue identificar graves situações de violência contra os mais velhos, exigindo do Poder Público, estratégias urgentes para o enfrentamento à violência, que garantam a proteção e os direitos, sobretudo o direito à vida.

Apesar da redução do número de cuidadores para 116 profissionais, em 2015 foram atendidos 651 idosos, sendo que, 397 (60,9%) pessoas eram semidependentes e 254 (39%), dependentes para o autocuidado. Estes resultados mostram a manutenção do perfil da população assistida, a fragilidade clínica dos idosos e a importância do cuidado no domicílio. A proporção de idosos por cada profissional cuidador é de 3 a 5, considerando a situação e a necessidade de proteção de cada idoso.

Em 2015, a coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso apresentou o Programa Maior Cuidado em seminário internacional em Brasília, a convite da Organização Pan Americana de Saúde e do Ministério Saúde.

Os idosos institucionalizados representam menos de 1,0% da população geral. Em levantamento feito pela Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso em março de 2015, a população de residentes em 26 Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) filantrópicas era de 836 pessoas. Desde 2003 foram estabelecidas visitas dos profissionais da ESF de referência às instituições filantrópicas sem médico próprio, avaliando bimestralmente os idosos dependentes e os demais, a cada seis meses. A periodicidade das visitas dos centros de saúde é variável, algumas equipes visitam as instituições com maior assiduidade, dependendo das características e/ou necessidades de cada uma.

Os ACS visitam, quinzenalmente, as ILPI filantrópicas, notificando à Promotoria do Idoso e à Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso/SMSA. Em 2014 foram realizadas 144 visitas. Em 2015, foram feitos aproximadamente 318 atendimentos nas 26 ILPI filantrópicas.

Nos centros de saúde, em 2015, os médicos do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica realizaram 2.368 atendimentos a idosos.

2.1.6. Atenção à Demanda Espontânea

As unidades da APS são a porta de entrada preferencial para todo o sistema de saúde (BELO HORIZONTE, 2014) sendo indispensável a organização e a qualificação do

atendimento à demanda espontânea.

Em 2011, a SMSA-BH, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde, iniciou a implantação da classificação de risco na APS utilizando o Protocolo de Manchester para atendimento de usuários com queixa clínica. Essa ferramenta foi definida por permitir uma avaliação rápida, objetiva e possuir linguagem padronizada nos vários pontos de atenção à saúde e entre os profissionais das unidades, além de ser seguro por ter alta precisão e tender a superestimar o risco clínico.

A implantação da classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester ocorreu em 41 centros de saúde até o final do ano de 2014. Nesse período, a Secretaria de Estado apoiou o município fornecendo equipamentos, insumos e treinamentos, além de incentivo financeiro através do Programa Saúde em Casa. Em 2015, o indicador Manchester foi excluído do Programa Saúde em Casa pela Resolução 4786, de 20/05/2015 da Superintendência de Atenção Primária, sendo suspenso o incentivo financeiro. Mesmo com esse cenário, em 2015, a implantação teve continuidade no distrito Nordeste, sendo a classificação de risco do Protocolo de Manchester implantada em 06 centros de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste (Alcides Lins, Conjunto Paulo VI, Gentil Gomes, Goiânia, Leopoldo Crisóstomo, Olavo Albino), totalizando 47 centros de saúde com profissionais capacitados. Porém, a meta de 22% de implantação, em 2015, não foi atingida, sendo alcançado 4%.

O principal dificultador para atingir a meta de implantação foi a falta do incentivo financeiro da SES que impacta diretamente na ampliação do projeto incluindo o acesso a cursos de Classificador do Protocolo de Manchester que visa treinar enfermeiros e médicos dos centros de saúde. Entretanto, após articulação com o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, foi disponibilizado para a rede um Curso de Classificador do Protocolo de Manchester na modalidade de Educação à Distância. Porém, o curso foi oferecido com participação de 74 enfermeiros dos centros de saúde.

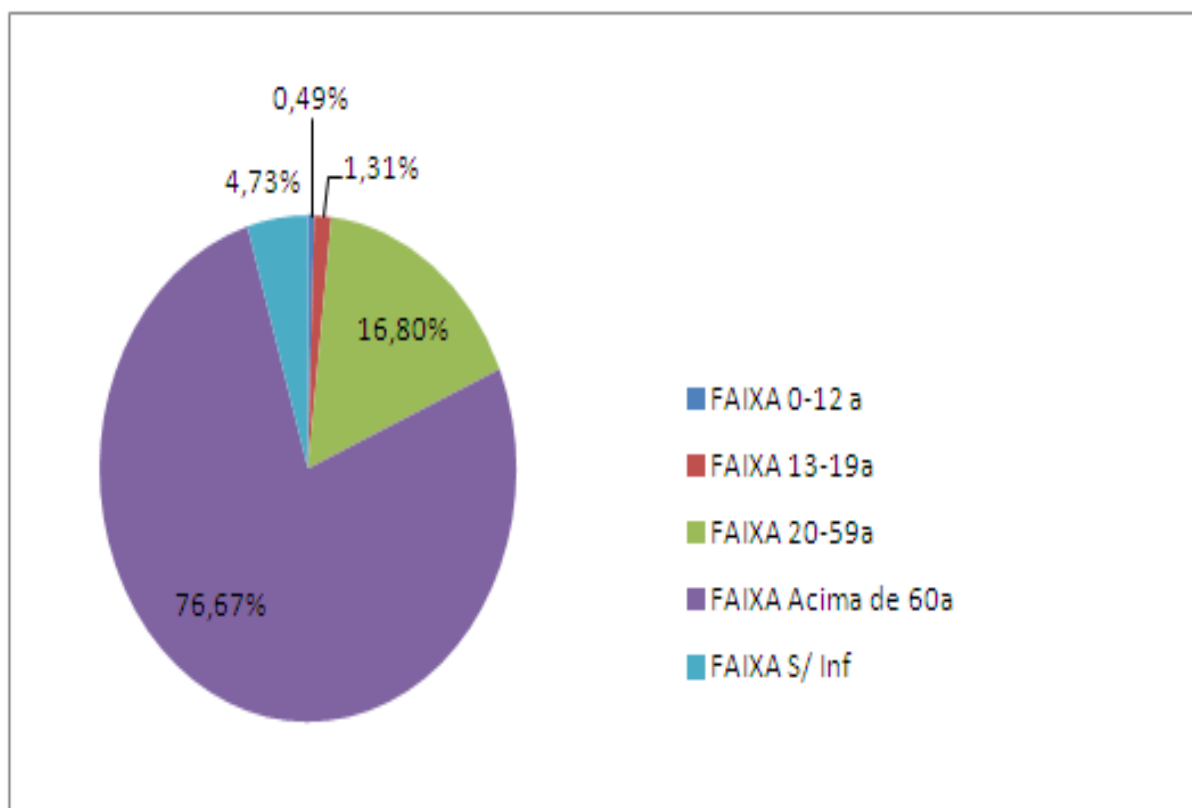
Apesar disso, diversas ações foram realizadas com o objetivo de qualificar o atendimento à demanda espontânea na APS. Foram feitas auditorias de classificações de risco e visitas de devolutivas desse processo junto aos profissionais dos centros de saúde. Na oportunidade, foram feitos os esclarecimentos de dúvidas e orientações junto aos profissionais que realizam as classificações. Houve o apoio aos níveis distritais e locais para qualificar a demanda espontânea e o processo de trabalho nos centros de saúde.

2.1.7. Atenção à Saúde Bucal

Entre os anos de 2012 a 2015, o número de Equipes de Saúde Bucal manteve estável, com trezentas equipes. Foi elaborado o Protocolo de Visitas Domiciliares em Saúde Bucal com capacitação de profissionais de 11 centros de saúde. As Equipes de Saúde Bucal destas unidades identificaram os usuários acamados e restritos ao domicílio de suas áreas de abrangência, e iniciaram o processo de reconhecimento de necessidades odontológicas dos mesmos, sendo que, dos 613 usuários identificados, 76,7% são idosos. A meta de capacitar as equipes de 20 centros de saúde, não foi atingida devido à greve de servidores que paralisou parte das atividades das unidades.

O Gráfico 6 demonstra a faixa etária dos usuários acamados avaliados pelas equipes de saúde bucal.

Gráfico 6 - Percentual de usuários acamados, por faixa etária avaliados pela Equipe de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: Coordenação de Saúde Bucal, GEAS, 2015.

No Programa Saúde na Escola, os profissionais da saúde bucal realizaram ações de promoção, prevenção, levantamento de necessidades e reabilitação para os escolares de zero a 14 anos, das escolas da rede municipal de educação. A articulação das Secretarias de Saúde, Educação, Políticas Sociais e Abastecimento, por meio dos GT de Educação Infantil e GT do PSE contribuem para o fortalecimento da política intersetorial para o cuidado integral aos escolares.

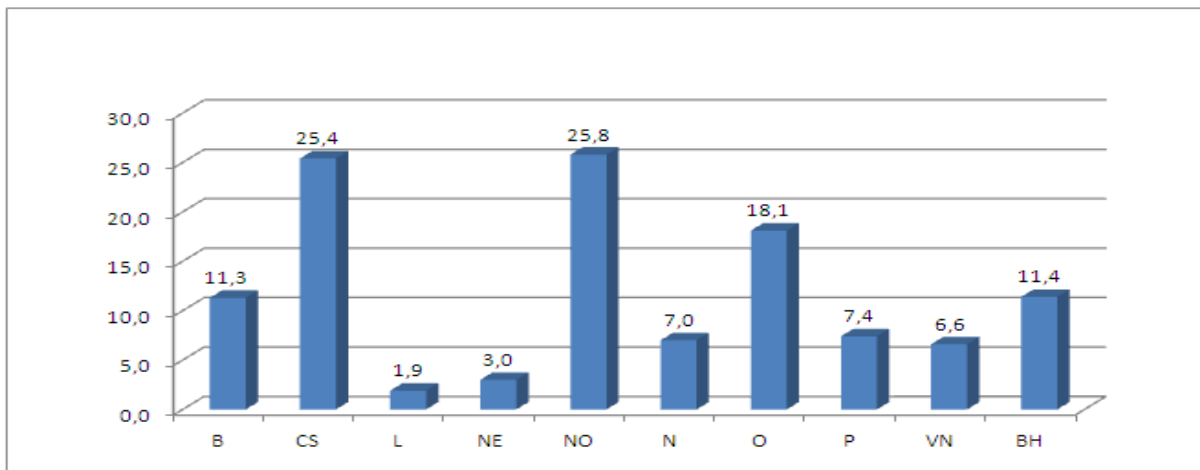
Foram realizadas capacitações em saúde bucal para diretoras e profissionais de Unidade Municipal de Educação Infantil, Escola Municipal de Educação Infantil e creches conveniadas à PBH, com o objetivo de orientar os profissionais quanto a importância de uma boa saúde bucal e a qualificação para a realização da escovação diária nestas unidades. Esse movimento contou com ampla participação dos técnicos das secretarias de saúde e educação 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.

Em relação aos adolescentes em conflito com a lei, a Coordenação de Saúde Bucal participou ativamente das discussões para melhoria da atenção à saúde desta população, em parceria com a Coordenação da Criança e Adolescente e a SES MG, sobre os fluxos para atendimento. Houve capacitação dos dentistas do sistema sócio-educativo.

Desde 2014, é utilizada metodologia para acompanhamento, monitoramento e planejamento local das equipes de saúde bucal possibilitando o desenvolvimento de ações para a melhoria do acesso e qualidade da atenção em saúde bucal no município. Essa análise demonstrou sua efetividade diante de alguns avanços observados no 2º ciclo de aferição dos 18 indicadores da saúde bucal, em relação ao 1º ciclo (a saber: 1º Ciclo de Julho de 2013 a junho de 2014; 2º Ciclo de Julho de 2014 a junho de 2015).

Comparando o 2º ciclo com o 1º, foi observada ampliação do acesso de usuários à saúde bucal, com aumento de 11,4% nas primeiras consultas odontológicas no 2º Ciclo em relação ao 1º Ciclo, em todos os distritos, mas de forma heterogênea entre as regiões, como demonstrado no Gráfico 7.

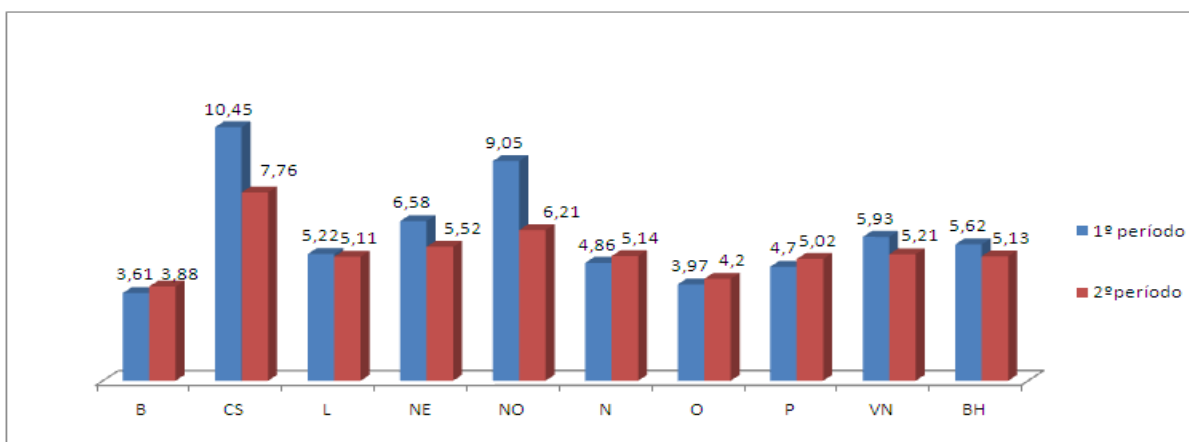
Gráfico 7 - Percentual de aumento de 1ª consulta odontológica por distrito sanitário entre o primeiro e segundo ciclo de aferição dos indicadores em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: SISREDE, GTIS, 2015.

É necessário melhorar a equidade no acesso à saúde bucal, como demonstrado no acompanhamento do Indicador de Monitoramento Quadrimestral. Este indicador reflete a proporção de usuários com maiores necessidades (código 3) que ingressaram para tratamento odontológico no período avaliado, como demonstrado no Gráfico 8.

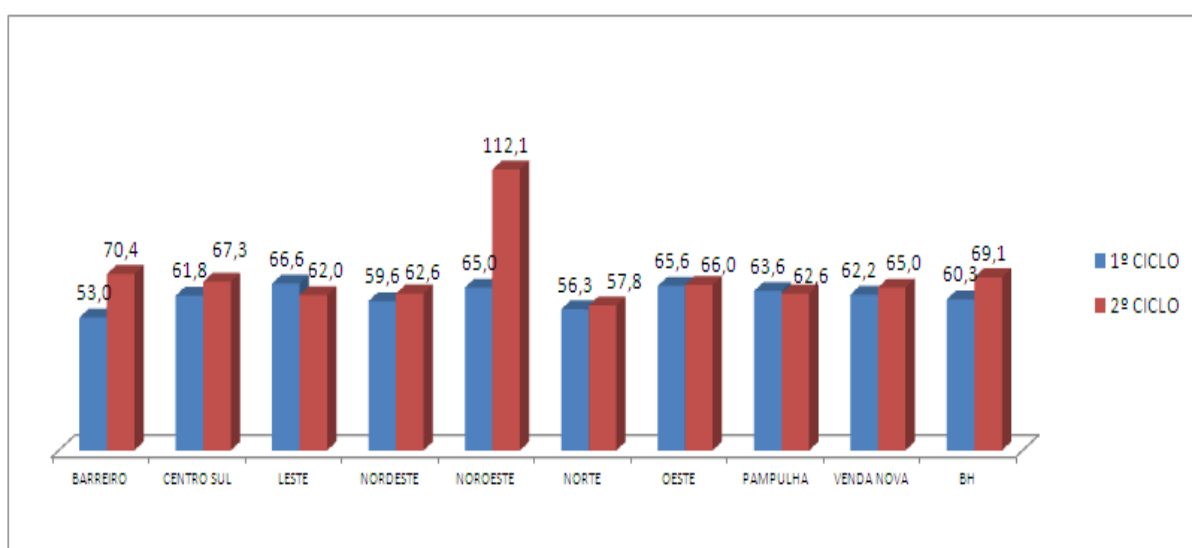
Gráfico 8 - Proporção de usuários classificados com Código 3 em relação ao total de primeiras consultas por distrito sanitário entre o primeiro e segundo ciclo de aferição dos indicadores em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: SISREDE, GTIS, 2015.

Houve melhoria no percentual de tratamentos completados (resolutividade) de 60% para 69%. A resolutividade dos tratamentos odontológicos é medida pelo percentual de usuários que iniciaram e concluíram o tratamento, no período avaliado. O Gráfico 9, demonstra a evolução da resolutividade, em cada distrito e no município, nos ciclos avaliados.

Gráfico 9 - Evolução da resolutividade em saúde bucal por distrito sanitário entre o primeiro e segundo ciclo de aferição dos indicadores em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: SISREDE, GTIS, 2015.

Foi realizado estudo sobre a oferta de prótese na APS que subsidiou o planejamento para aperfeiçoamento técnico, para as capacitações profissionais realizadas, para a melhoria da qualidade e acesso às próteses, bem como a rediscussão da estratégia de tutoria aumentando sua efetividade. Foram realizadas reuniões periódicas de avaliação com os laboratórios contratados, estabelecimento de fluxos e aprimorando da qualidade dos serviços prestados. Estas iniciativas culminaram com aumento de 8% no número de instalações de próteses, passando de 5.520 no 1º Ciclo para 5.939 próteses no 2º Ciclo avaliativo.

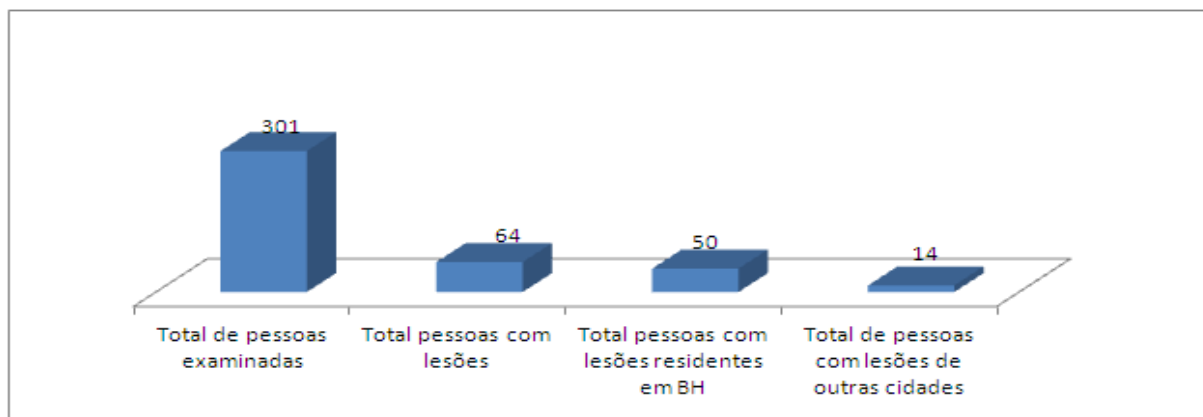
A informatização do atendimento das equipes de saúde bucal, a partir do segundo semestre de 2015, criou condições para potencializar a integração das equipes de saúde bucal com os outros profissionais da ESF. Espera-se a padronização de condutas e processos de trabalho, bem como a maior transparência aos critérios de acesso e agendamento realizado

pelas equipes.

Belo Horizonte conquistou o primeiro lugar na fase estadual de qualidade em atendimento odontológico do Prêmio Brasil Sorridente 2015. O prêmio é um reconhecimento ao trabalho que a rede SUS-BH vem desenvolvendo, investindo na qualificação do serviço e na ampliação do acesso da população ao atendimento. O prêmio é uma iniciativa do Conselho Federal de Odontologia, em parceria com o Ministério da Saúde, e é concedido a municípios que se destacam na implantação e na efetivação de políticas públicas de saúde bucal. A avaliação é feita pelos Conselhos Regionais de Odontologia, seguindo critérios que analisam investimentos em saúde bucal, percentagem de cobertura das ações realizadas e o planejamento de metas que promovam a educação permanente da população a respeito do tema. A premiação, que completa uma década neste ano, é dividida em três categorias: cidades de até 50 mil habitantes, cidades de 51 mil a 300 mil habitantes e cidades acima de 300 mil habitantes. A rede SUS-BH conta com 1.192 profissionais trabalhando no setor de Saúde Bucal, sendo 516 cirurgiões dentistas, 451 Auxiliares e 223 Técnicos em Saúde Bucal, distribuídos por todos os centros de saúde e nos quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A conquista do Prêmio foi compartilhada com todos os profissionais, por meio de um diploma de reconhecimento assinado pelo Secretário de Saúde. O link oficial do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais com o resultado está disponível em: <http://cromg.org.br/resultado-brasil-sorridente-estadual-4/>

O tabagismo é um importante fator de risco para o desencadeamento e/ou agravamento de doenças bucais, como cárie dentária, doença periodontal, câncer de boca e várias outras doenças crônicas. Por isso, a importância do engajamento da equipe de saúde bucal na luta contra o tabagismo. No segundo semestre de 2015, foi realizada a capacitação de cerca de 70 Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal na abordagem breve ao tabagismo. Agregou-se à Campanha de Prevenção ao Câncer de Boca a estratégia de abordagem breve ao tabagismo, realizando atividades conjuntas nas unidades de saúde, Academias da Cidade, culminando com a Campanha realizada na Rodoviária de Belo Horizonte em 21 de outubro de 2015. Foram examinadas no evento, 301 pessoas, sendo 21% delas identificadas com algum tipo de lesão (Gráfico 10). Todos os usuários identificados com alterações foram encaminhados para os centros de saúde de referência, e os usuários do interior para os municípios de origem.

Gráfico 10 - Total de usuários examinados na campanha de prevenção do Câncer de Boca na rodoviária de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: CTSB, GEAS, 2015.

Em 2015 teve início a construção da linha do cuidado de Disfunção Temporomandibular (DTM). Sendo assim, foi revisto o protocolo para o encaminhamento de usuários para a atenção secundária e terciária, bem como a inclusão da terapêutica por acupuntura no tratamento desta disfunção. A Coordenação do PRHOAMA integra este movimento de abordagem das DTM.

2.1.8. Atenção às Doenças Epidêmicas

As ações de enfrentamento das doenças epidêmicas são realizadas durante todo o ano, de forma conjunta e intersetorial, envolvendo a Gerência de Assistência, a Gerência de Vigilância em Saúde e Epidemiologia, a Gerência de Controle de Zoonoses, a Gerência de Comunicação Social e a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Em 2015 foram realizadas reuniões com periodicidade, minimamente ,quinzenal.

O Grupo de Controle e Combate à Dengue, Chikungunya e Zika é composto por membros das gerências citadas, membros da Gerência de Apoio Diagnóstico, das Gerências de Regulação, Epidemiologia e Informação distritais, das Gerências de Atenção à Saúde distritais e das Gerências de Controle de Zoonoses distritais. São realizadas reuniões periódicas para análise epidemiológica das doenças e planejamento de ações integradas de enfrentamento. Em períodos de sazonalidade a influenza é abordada, e também outras doenças emergentes/reemergentes quando há risco de introdução no território. Os planos de

contingência do município para o enfrentamento das doenças são revisados ou construídos uma vez ao ano em conformidade com a circulação das doenças no contexto municipal, estadual e nacional. Essa construção também é integrada entre os vários setores envolvidos.

No ano de 2015 foi elaborado um plano de contingência integrado para enfrentamento da Dengue, febre do Chikungunya e Zika. O plano foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, pelo Secretário de Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e repassado à Secretaria Estadual de Saúde. No plano de contingência são apresentados os indicadores de monitoramento das doenças e as respectivas ações a serem desencadeadas conforme fase de circulação das doenças.

A Gerência de Assistência apoia as unidades de saúde no enfrentamento das epidemias juntamente com a Gerência de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Controle de Zoonoses e Gerência de Apoio Diagnóstico realizando diversas ações como: revisão ou construção dos protocolos clínicos e informes técnicos; elaboração de notas técnicas e de fluxos de atendimentos; previsão, provisão e distribuição de materiais técnicos para os profissionais de saúde, além de apoio e suporte às capacitações desses profissionais; ampliação da capacidade assistencial dos centros de Saúde, quando necessário.

Ainda, em relação às doenças epidêmicas, médicos homeopatas do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) atenderam usuários com suspeita de Dengue, aplicaram a técnica do gênio epidêmico, determinaram o medicamento homeopático mais adequado ao surto de 2015 e fizeram a prescrição.

2.1.9. Atenção à Saúde Sexual, DST/Aids e hepatites virais

A saúde sexual e atenção à pessoa vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Hepatites Virais da SMSA atua na perspectiva da promoção da saúde da prevenção, diagnóstico e assistência. Em todas essas áreas destacam-se os avanços alcançados em 2015.

Foram ofertadas no Centro de Educação e Saúde (CES) 22 capacitações em testagem rápida e formação de 496 profissionais de saúde de todos os Centros de Saúde da rede SUS-BH. Foram feitas três capacitações em abordagem sindrômica para o diagnóstico e tratamento das DST das quais participaram 93 médicos e enfermeiros. Nas sensibilizações

multiprofissionais para atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, foram abordados temas como prevenção, diagnóstico e implicações éticas relacionadas ao diagnóstico da infecção pelo HIV, com a participação de 237 ACS e auxiliares de enfermagem dos 9 distritos sanitários.

Através da estratégia “BH de mãos dadas contra a Aids” foram realizadas 27 capacitações em sexualidade contemplando profissionais de saúde, estagiários do “Posso Ajudar”, adolescentes, adultas, idosas, profissionais do CRAS, Residência Multiprofissional e profissionais das Unidades de Acolhimento Institucional/abrigos. Também, foram feitas 19 oficinas de saúde sexual e sexualidade contemplando professores e outros profissionais que atuam na Educação de Jovens e Adultos, Fórum de Idosos da regional Norte e Unidade de Acolhimento Casa das Meninas (profissionais da unidade e do centro de saúde de referência). E ainda houve a capacitação de 100% dos multiplicadores de campo em redução de danos.

Foi realizada a seleção pública por meio do Edital de Colaboração 001/2015, para a execução do projeto “Prevenção às DST/Aids de Belo Horizonte: BH de mãos dadas contra a Aids”.

Outro destaque, foi a concretização do I Seminário de Prevenção às DST/Aids e Hepatites Virais em comemoração aos 15 anos de execução da estratégia “BH de mãos dadas contra a Aids”, com ampla participação de trabalhadores da saúde, usuários do SUS e movimento social. A continuidade das atividades executadas na prevenção às DST/Aids de Belo Horizonte, “BH de mãos dadas contra a Aids” favorece a discussão permanente sobre a adolescência, sexualidade e saúde reprodutiva, gênero, raça e etnia, direitos humanos, diversidade sexual, maternidade e paternidade responsáveis, prevenção das DST como aids, sífilis e hepatites virais e a prevenção e redução de danos no uso álcool e outras drogas. Foi mantido o trabalho de prevenção em campo, entre pares, através de multiplicadores de informações em saúde sexual e redutores de danos. O fortalecimento do vínculo com os movimentos sociais possui continuidade por meio das reuniões mensais da Comissão Municipal de Aids. O fortalecimento da parceria com o centro de referência para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (LGBT) favoreceu o aumento do acesso deste público aos serviços de saúde.

Houve a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos para diagnóstico das DST e para as pessoas vivendo com HIV/Aids e hepatites virais. Fortaleceu-se o acesso aos testes rápidos, com a capacitação de 100% dos profissionais dos centros de saúde para a execução

dos testes e a realização de grandes campanhas de testagem rápida e prevenção em locais públicos. Foram realizados 5 mil testes rápidos, além de 48 ações de testagem rápida realizadas, aos sábados, nos centros de saúde, em parceria com a equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento Itinerante. Um total de 3.021 testes rápidos foram executados, incluindo testes para HIV, sífilis e hepatites virais B e C.

Foram mantidos os dispensadores self-service de preservativos em todos os centros de saúde e em outras instituições públicas parceiras, como os dispositivos das políticas sociais, CRAS e Centro de Referência Especializado da Assistência Social. Também, foi mantida a descentralização da área de abrangência dos centros de saúde, para dispensação dos preservativos. O usuário pode solicitar e retirar preservativo em qualquer um dos centros de saúde de Belo Horizonte. Foi mantida a parceria com empresas privadas que realizam campanhas de prevenção à HIV, DST e Hepatites Virais.

Continua sendo 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.

Em 2015 houve a revisão e implantação do novo protocolo de biossegurança e profilaxia pós-exposição ocupacional, acidental e sexual ao HIV e hepatites virais, com capacitação presencial da Rede de Urgência, CEREST, Rede de Apoio Diagnóstico e Serviços de Atenção Especializada. A implantação pioneira no território nacional do esquema 3 em 1 para tratamento da infecção pelo HIV, facilitou a posologia e adesão ao tratamento antirretroviral. Foi ampliada a cobertura pactuada de antirretrovirais para o atendimento às maternidades, rede de atendimento à violência sexual e UPA.

A manutenção do fornecimento de fórmula infantil até 18 meses para filhos de mães HIV positivas permanece garantido, além do fornecimento de inibidor da lactação. Visando a otimização e racionalização da assistência, foi feita a revisão e atualização das solicitações de marcadores sorológicos de hepatites virais no SISREDE. Foi viabilizada a disponibilização dos resultados da testagem anti-HIV para os usuários, via web à semelhança dos demais exames realizados pela Rede-SUS BH.

Está em andamento o projeto piloto para a implantação da Comissão de Investigação de Óbitos por HIV/Aids em BH em parceria com a Gerência de Epidemiologia. Foi

consolidado o fluxo assistencial aos portadores de Vírus T-linfotrópico humano (HTLV) na rede básica e rede complementar, com divulgação do Manual na internet, folder e interação com o Centro de Referência e Treinamento (CTR) Orestes Diniz e Hemominas.

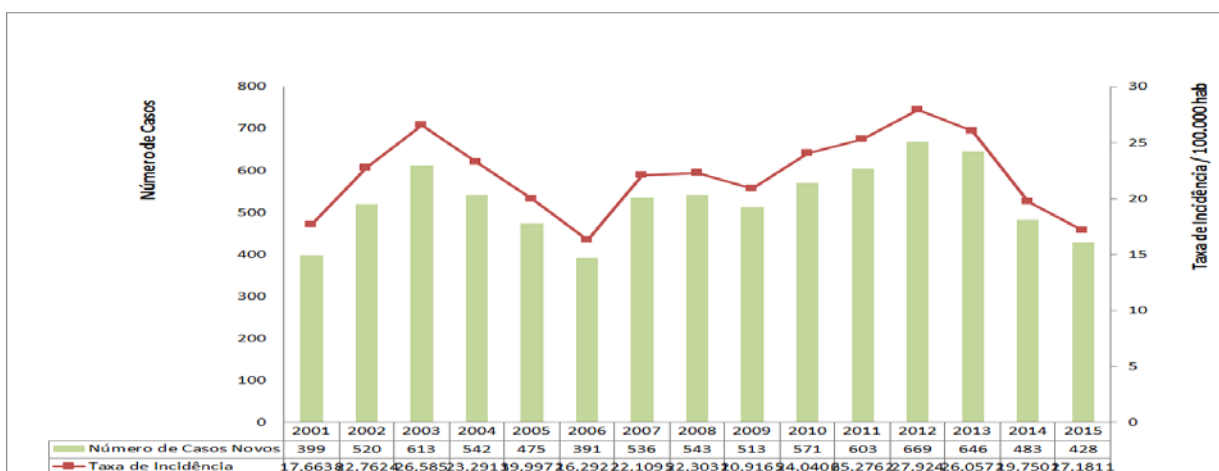
Foram mantidas as duas casas de apoio para acolhimento aos pacientes vivendo com HIV/Aids, que são monitoradas mensalmente. Essas casas são credenciadas com repasses de incentivo de custeio oriundos do Ministério da Saúde. Também, as parcerias para a efetivação e garantia do cumprimento das ações do “Projeto Nascer”, prevenindo a transmissão materno infantil da infecção pelo HIV e da sífilis.

Dentre as ações para o combate e controle da sífilis congênita e adquirida, destaca-se a criação e instituição do Comitê de Investigação de Transmissões Verticais, regularização de reuniões mensais para investigação e acompanhamento de todos os casos notificados de crianças expostas ao HIV, sífilis e demais doenças transmissíveis verticalmente. Foi garantida a ampliação da liberação de benzilpenicilina para todos os casos notificados de sífilis.

A implantação do ambulatório de atendimento à população transexual foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde em 2014. Em 2015 foi identificado o espaço físico, turno de funcionamento, identificação e dimensionamento da equipe multiprofissional para o atendimento ambulatorial ao processo transexualizador.

O Gráfico 11 mostra o número de Casos Novos e Taxa e Incidência de Aids por anos de diagnóstico em Belo Horizonte de 2001 a 2015.

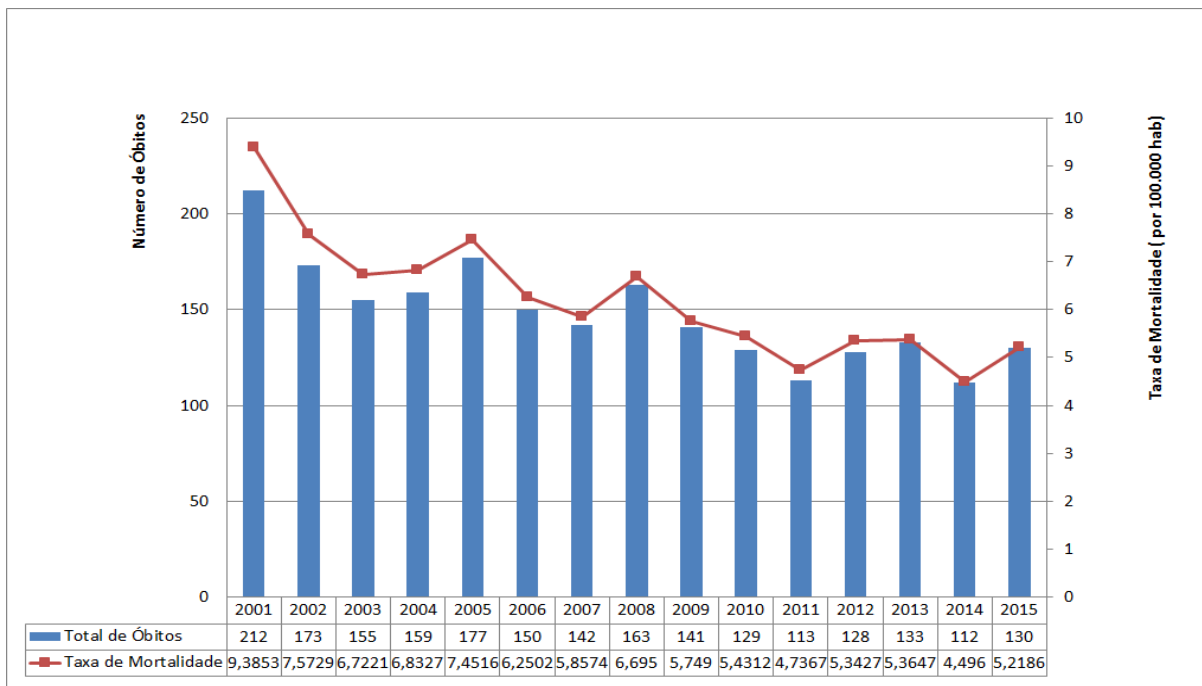
Gráfico 11 - Total de casos novos e taxa de incidência de Aids por ano, no período de 2001 a 2015*em Belo Horizonte.



Fonte: SINAN *Dados parciais de 2015

O Gráfico 12 demonstra o número de óbitos e taxa de mortalidade por Aids em residentes de Belo Horizonte no período de 2001 a 2014.

Gráfico 12 - Total de óbitos e taxa de mortalidade por Aids em residentes de Belo Horizonte no período de 2001 a 2015*. Belo Horizonte, 2015.

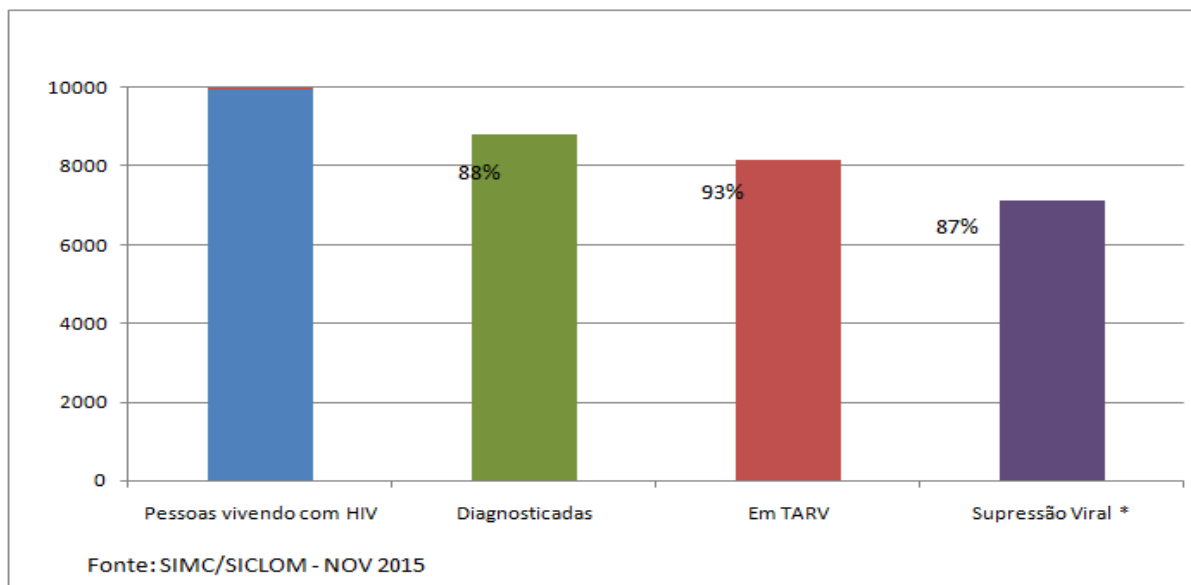


Fonte: SINAN. *Dados parciais de 2015

Em 2015 o Brasil passou a ser signatário das metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) para controle da epidemia de HIV/Aids até 2020.

A meta 90-90-90 propõe que 90% das pessoas que vivem com HIV sejam diagnosticadas. Dessas, espera-se que 90% estejam em tratamento, das quais espera-se 90% em supressão viral. Considerando-se a prevalência nacional da infecção pelo HIV de 0,05% da população geral estima-se que em Belo Horizonte cerca de 10 mil pessoas vivam com HIV. Dessa forma, destacam-se, também, os dados alcançados, para esta meta, em Belo Horizonte, até 2015, onde 88% das pessoas infectadas pelo HIV já receberam o diagnóstico. Dessas pessoas que conhecem seu diagnóstico 93% já iniciaram a terapia antirretroviral, das quais, 87% encontram-se com boa adesão ao tratamento e em supressão viral, como observado no Gráfico 13.

Gráfico 13 - Resultados alcançados em 2015 junto às pessoas de Belo Horizonte vivendo com HIV, com vistas à meta 90-90-90 Unaid: 90% de pessoas testadas; destas, 90% tratadas; e destas, 90% com carga viral indetectável até 2020.



2.1.10. Ações do “Posso Ajudar?”: Amigos da Saúde

O programa “Posso Ajudar? Amigos da Saúde” implantado na rede SUS-BH por meio de estágio extra-curricular, não obrigatório, de cursos superiores da área da saúde e do serviço social. O propósito é qualificar o contato dos usuários com os serviços de saúde. A qualificação da escuta aos usuários, a humanização do atendimento, o acesso a informações em tempo oportuno, a prevenção de conflitos e o encaminhamento ágil das demandas são resultados da importante contribuição do programa “Posso Ajudar?”.

Os estagiários realizam uma abordagem humanizada na porta de entrada nas unidades de saúde, de forma acolhedora, esclarecedora e com direcionalidade, conforme as demandas dos usuários. Os estagiários realizam ainda atividades educativas de prevenção aos agravos e promoção à saúde nas salas de espera das unidades. A GEAS, em conjunto com os supervisores distritais do programa, estabelece temas de relevância em saúde pública e os estudantes são capacitados para realizarem as abordagens junto aos usuários. Os materiais utilizados nesse tipo de atividade são folders, cartazes e álbuns seriados disponibilizados pela rede SUS-BH. Outras atividades e materiais criativos são desenvolvidos pelos estagiários nos

vários territórios. Em 2015, destacam-se os temas abordados como a Dengue, Chikungunya, Zika, sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), diabetes, câncer colorretal, outubro rosa, novembro azul e combate ao tabagismo. Em 2015, os estagiários do “Posso Ajudar?” foram capacitados em diversos temas, totalizando 780 estagiários capacitados durante o ano.

A “Sexualidade e Afetividade” foi uma ação educacional promovida em parceria com a Coordenação de Saúde Sexual, que proporciona a formação de multiplicadores para a abordagem em saúde sexual e reprodutiva e a distribuição e incentivo ao uso dos preservativos. Na abordagem dos temas “Dengue, Chikungunya e Zika” os estagiários foram estimulados a realizarem atividades educativas em sala de espera sobre a prevenção das doenças, alertas relacionados e as principais sintomatologias destas doenças. Em relação ao tema tabagismo, 100 estagiários participaram da capacitação sobre abordagem breve para os usuários tabagistas e a partir disso contribuíram na proposta do Controle do Tabagismo na rede SUS-BH para a redução ou cessação do uso do tabaco.

2.1.11. Ações dos Agentes Comunitários de Saúde

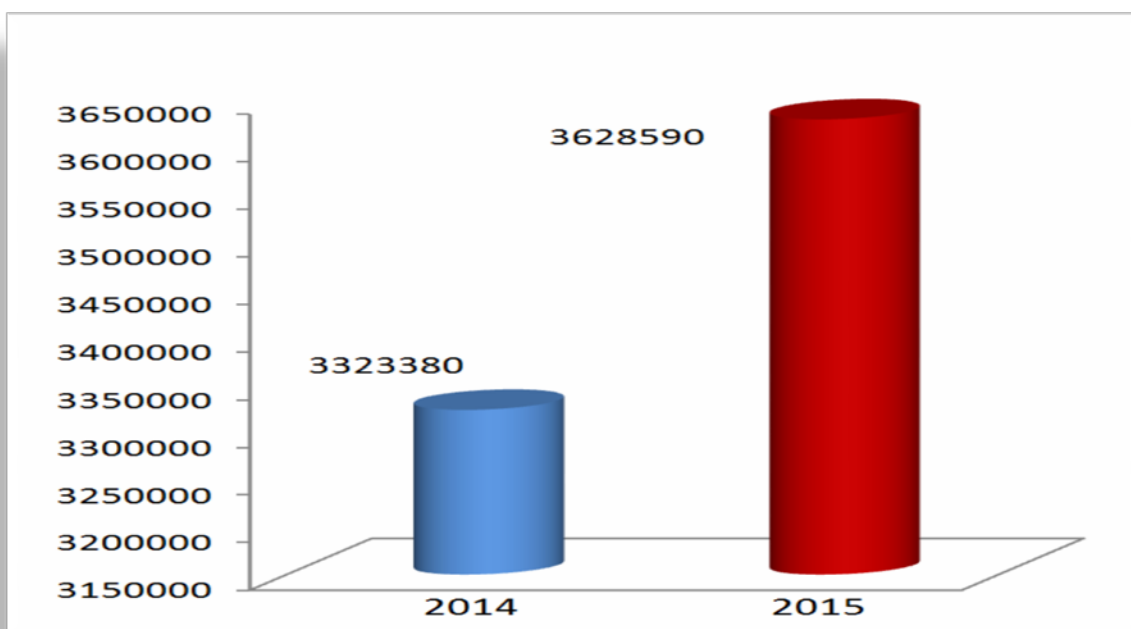
A ampliação do acesso à atenção primária está também relacionada ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A prática deste profissional no território é indutora de cidadania e o seu papel é ampliado em direção a um novo olhar de busca dos direitos de equidade, gerando novas interfaces. O ACS representa “o olhar vigilante da ESF” dentro das residências, através da visita domiciliar, pois realiza uma observação sistematizada da dinâmica familiar e da comunidade. Ao término da visita é possível realizar uma síntese do que foi ofertado para a família, como intervenções, procedimentos, orientações, encaminhamentos, cadastro, alteração no cadastro etc. Os ACS através de instrumentos de trabalho levam as informações colhidas no domicílio para os enfermeiros responsáveis pela supervisão, cabendo ao mesmo o destaque dos casos mais críticos para discussão ampliada.

Diante do importante papel desse profissional na rede de atenção primária a saúde, em 2014 houve a elaboração e publicação do Edital do Processo Seletivo Público dos ACS, com a aplicação da prova escrita no mês maio de 2015 tendo publicada a homologação em 27 de janeiro de 2016 (DOM, Ano XXII, Edição N. 4976). A capacitação para os ACS no curso “Caminhos do Cuidado”, reunindo um conjunto de estratégias e conhecimentos em saúde

mental. O curso possibilitou aos ACS's ampliação do conhecimento visando acolher e cuidar do usuário de forma integral.

O Gráfico 14 ilustra o aumento do número de visitas domiciliares dos ACS em 2015, em comparação ao ano de 2014. Esta conquista foi resultado de vários esforços realizados pela SMSA, pode-se citar a melhoria dos registros das visitas domiciliares dos ACS, e ainda a greve dos trabalhadores ACS que ocorreu no ano de 2014.

Gráfico 14 - Total de visitas domiciliares realizadas pelos ACS à população cadastrada de Belo Horizonte nos anos de 2014 e 2015.



Fonte: Intranet/Indicadores Gerais, GEAS/GTIS, 2016.

2.1.12. Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

As equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Belo Horizonte fazem parte da APS e têm a missão de apoiar a EqSF na abordagem do processo de saúde e doença da população. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as EqSF envolve principalmente as ações de promoção da saúde, alimentação e nutrição, cuidados aos usuários com condições crônicas e a reabilitação de pessoas com limitações na

funcionalidade e deficiências. 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.

A proposta de ampliação do número de equipes NASF pelo município foi apresentada à Secretaria de Estado da Saúde em 2014. Belo Horizonte conta, atualmente, com 60 equipes NASF em atividade, sendo 58 habilitadas pelo Ministério da Saúde e 2 mantidas pelo município. A intenção seria passar de 58 para 82 equipes habilitadas em 2015. Com este objetivo 24 projetos de ampliação foram aprovados junto à Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (Deliberação nº 1.759, de 18 de fevereiro de 2014) e encaminhados ao Ministério da Saúde. Entretanto, até dezembro de 2015, a habilitação não havia sido publicada, acarretando o cumprimento parcial da meta. Apesar disso o município conta com um número complementar e significativo de profissionais de apoio à APS, e que mesmo não vinculados diretamente às equipes NASF, garantem a ampliação do escopo das ações e a qualidade da assistência prestada.

Outra meta proposta para 2015 foi a de composição de pelo menos 80% das equipes ou polos de NASF com 20 horas das categorias profissionais de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em novembro de 2015, foi possível atingir 80% dos polos com essas categorias. Neste ano, 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%.

Na área da integração do NASF com outros pontos da rede em 2015, destaca-se a realização de reuniões mensais chamadas de “Fóruns de Integração” entre gestores e representantes de trabalhadores dos NASF e Centros Especializados de Reabilitação (CREAB). Também acontecem as reuniões técnicas para profissionais de categorias específicas dos diversos serviços da rede SUS-BH para troca de experiências e reorganização de processos de trabalho (fonoaudiólogos, psicólogos e nutricionistas).

Ainda no sentido de fortalecer os processos de interface e apoio matricial, foram realizadas reuniões técnicas com os médicos do PRHOAMA. Os profissionais participaram de reuniões de matriciamento da EqSF em cinco Distritos Sanitários. Foi realizada webconferência específica com participação das equipes da ESF.

A meta de realização de um plano de ação na área de Atenção Nutricional no SUS-BH até 2017 foi precedida em 2015 por algumas ações. São elas: integração entre as coordenações de Reabilitação/NASF, Atenção à Saúde do Adulto, Idoso, Criança e Adolescente para padronizar o fornecimento de fórmulas alimentares industrializadas; revisão dos Protocolos de Dispensação de Dietas Industrializadas e reuniões técnicas com os profissionais e gestores para adequação dos fluxos e pactuações.

Outra iniciativa importante foi a realização de estudo e apresentação de proposta de reorganização do processo de trabalho do nutricionista no NASF. Este estudo culminou em um documento contendo os critérios de prioridade para a atenção na área de alimentação e nutrição na APS, a organização da agenda dos profissionais nutricionistas e as diretrizes para realização de atividades em grupo. Ainda como apoio ao trabalho nesta área de conhecimento, a SMSA BH elaborou uma cartilha baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado pelo Ministério da Saúde. A cartilha foi distribuída à população nas atividades em grupo.

Destaca-se a participação da SMSA -BH através do Decreto nº 15.970, de 28 de maio de 2015 que cria a Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional de Belo Horizonte. Esta câmara visa articular as ações entre as Secretarias para a elaboração da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional em 2016, que contribuirá para a integração das ações de alimentação no município.

Em 2015 a GEAS realizou, conjuntamente com a Gerência de Rede Complementar, um conjunto de oficinas visando à continuidade de ações para a implementação de um novo modelo de reabilitação na rede SUS-BH. Trata-se de uma nova etapa do processo iniciado em 2013 numa parceria com a UFMG, em fase de conclusão. Foi disponibilizado Caderno de Apoio e Reorientação do Modelo Assistencial da Rede de Reabilitação SUS-BH.

As demais oficinas estão programadas para o primeiro semestre de 2016 e terão como produto um documento com as diretrizes da política municipal de saúde de atenção à pessoa com deficiência.

Outra importante atuação do NASF está no campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que contempla sistemas médicos complexos (como a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Homeopática, a Medicina Antroposófica e outras) e recursos terapêuticos (fitoterapia, práticas corporais como o Lian Gong em 18 Terapias, práticas mentais como meditação e outros), os quais são também denominados pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o ambiente e a sociedade.

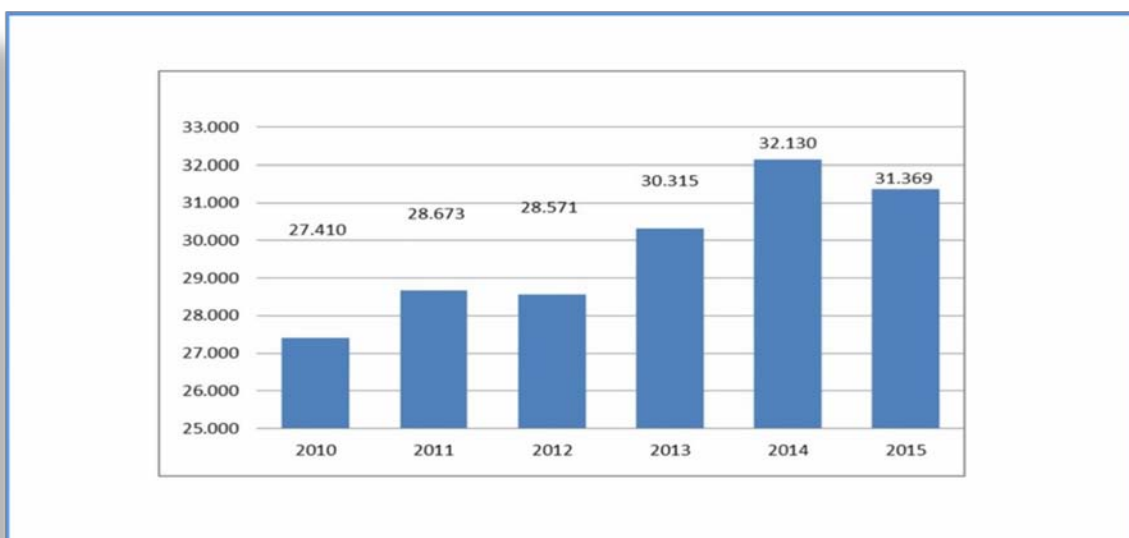
Em 1994 teve início, na APS do SUS-BH o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA). Houve evolução com número crescente de consultas a cada ano. Com a implantação da ESF, os médicos homeopatas, acupunturistas e antroposóficos passaram a compor as equipes de apoio dos CS e CREAB. Por meio do PRHOAMA são oferecidos atendimentos em homeopatia (21 médicos), acupuntura (12 médicos) e medicina antroposófica (3 médicas), em 23 CS dos 9 Distritos Sanitários. Em três unidades secundárias (CREAB Sagrada Família, Unidade de Referência Secundária Padre Eustáquio e Centro Geral de Reabilitação do Distrito Centro Sul) também existem profissionais do PRHOAMA.

A homeopatia, a acupuntura e a medicina antroposófica têm em comum a avaliação e o acompanhamento da totalidade do indivíduo enfermo. Na anamnese são pesquisadas as características mentais, psíquicas e físicas, a susceptibilidade e suas reações. É nesta perspectiva que a enfermidade é entendida: como um desequilíbrio vital, dinâmico, manifesto por sensações e funções perturbadas. As intervenções terapêuticas buscam estimular as forças curativas naturais a recuperar a harmonia física, afetiva, espiritual e social; em síntese, a restabelecer a saúde.

Ao completar a maioria, em 2015, foi realizado o Seminário PRHOAMA 21 anos no SUS-BH, com a publicação “Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica – Um Verdadeiro Encontro Com a Saúde”.

Em 2015 foram realizadas mais de 31.000 consultas de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica, como mostra o Gráfico 15. Entretanto, nesse mesmo ano houve a redução de 2 profissionais, que deixaram o atendimento devido a aposentadoria o que refletiu no total de consultas realizadas durante o ano. A recomposição da equipe, visando substituir esses profissionais médicos, está em andamento.

Gráfico 15 - Evolução do número de consultas de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica na rede SUS BH, no período de 2010 a 2015*



Fonte: SISREDE-SMSA-BH - Dados parciais em 2015

Em outubro de 2015 foi aprovado, através do edital SCTIE/MS nº2/201 do Ministério da Saúde, a proposta para implantação da Fitoterapia na rede SUS BH, no valor de R\$ 270.000,00. A proposta contempla a aquisição de equipamentos, serviços, materiais para controle de qualidade e produção, sistema informatizado, capacitação e outros para a farmácia de manipulação (Farmácia Viva) já construída na Avenida Risoleta Neves, 274, regional Norte.

Com vistas a ter mais profissionais prescrevendo fitoterapia na APS, foi aplicado um questionário de avaliação diagnóstica dirigido aos médicos, enfermeiros e odontólogos para identificar aqueles que possuem formação ou interesse em se capacitar em plantas medicinais. Foi também realizada uma webconferência sobre a Fitoterapia no SUS-BH.

Numa ação intersetorial, a médica antroposófica do CREAB Leste participa do Grupo de Trabalho de Dificuldades de Aprendizagem. Neste GT participam profissionais da saúde e da educação, incluindo educação especial, atendimento educacional especializado e setores de apoio à inclusão. Desta forma, a abordagem da Medicina Antroposófica, assim como da Salutogênese se integra à educação, enquanto potencialidade de cura e saúde. Recentemente foram iniciados encontros com a Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais, com objetivo de ampliar as discussões sobre o tema. A cada discussão sobre a

proposta de estruturação do fluxo de atendimento, se amplia a visão do contexto geral (social, familiar, escolar), sem perder a visão individual de cada criança, buscando formas de perceber, através de suas características e história, os desafios de cada uma.

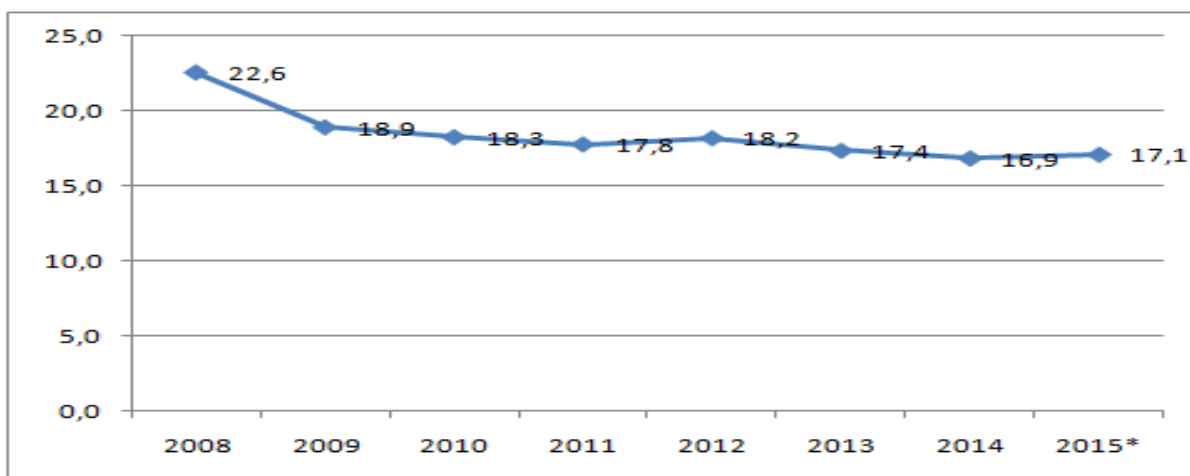
2.1.13. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

As internações por condições sensíveis à atenção primária são consideradas um indicador de efetividade. Este grupo de agravos é caracterizado por situações de saúde nas quais cuidados efetivos e no tempo correto podem reduzir ou extinguir o risco de hospitalizações ou mesmo prevenir o surgimento da doença. Um sistema de saúde em nível de efetividade adequado consegue manter controladas as doenças passíveis de atendimento e acompanhamento ambulatorial.

As condições sensíveis são um conjunto de problemas de saúde que respondem bem aos cuidados relacionados à diabetes, hipertensão, problemas renais, sífilis, entre outros. Quando são oferecidos na APS acesso no momento adequado, com serviço de qualidade e resolutivo, os riscos de internação por essas condições são reduzidos.

O Gráfico 16 demonstra o declínio das internações por condições sensíveis à APS em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015.

Gráfico 16 - Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária dos residentes de Belo Horizonte no período de 2008 a 2015*



Fonte: SIH/GEEPI/GVSI/SMSA-PBH - Competência novembro de 2015

A tabulação dos dados foi feita de acordo com a listagem do conjunto de doenças preconizado pela SES-MG para o cálculo do indicador. Os dados de 2015 ainda não estão fechados, daí a diferença de valor quando comparado a 2014. O ano só será totalmente encerrado em junho de 2016.

A queda das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no município não foi casual. Explica-se pela complexidade das ações de controle das doenças empregadas, com as mudanças geradas e pelos modelos de gestão adotados. A tendência de redução da internação por condições sensíveis sugere maior efetividade do cuidado à saúde na atenção primária, contribuindo para a redução das hospitalizações evitáveis.

2.2. Diretriz do Plano Municipal de Saúde: “Atenção integral à saúde da mulher, criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade”.

A linha de cuidado integral para a atenção em saúde da gestante, puérpera e recém-nascido em Belo Horizonte vem sendo desenvolvida desde 1994 e, a partir de 2011, integra a Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Na atenção primária, os direitos, o acesso, a qualidade e equidade em saúde para as mulheres e crianças são viabilizados pelas equipes da ESF dos Centros de Saúde. Na atenção especializada, o pré-natal de alto risco é realizado em maternidades e centros especializados de forma regionalizada, com marcação pela Central de Marcação de Consultas. A atenção ao parto e o nascimento de qualidade conta com 7 maternidades e 2 Centros de Parto Normal, que garantem os princípios éticos de vinculação da gestante desde o pré-natal e o acolhimento - “vaga sempre” - da gestante, puérpera e bebê para o parto e as intercorrências pós-parto. Além da organização da rede de atenção perinatal, destaca-se a implementação das práticas baseadas em evidências científicas nas maternidades do SUS BH. Estas práticas se referem ao direito ao acompanhante durante a internação para o parto, a inserção das Doulas e da enfermagem obstétrica na assistência, a introdução dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, da suíte de parto individualizada e demais tecnologias apropriadas para favorecer a evolução do trabalho de parto, o contato pele a pele efetivo entre a mãe e bebê, imediatamente após o nascimento, e o aleitamento materno na primeira hora de vida. Os leitos obstétricos são suficientes para toda a população de belo

Horizonte e atendem, também, em média, 40% de partos de residentes em outros municípios, em especial os leitos de alto risco para a mulher e o bebê. Além disso, o cuidado Canguru está implementado em todas as maternidades. Atualmente, a cidade conta com 4 Casas da Gestante, Puérpera e Bebê, que possibilitam o cuidado integral às gestantes com complicações durante a gravidez e aos bebês de risco que precisam de acompanhamento. A continuidade do cuidado é garantida com a alta responsável e o acompanhamento da puérpera e do bebê pela atenção primária, com a puericultura e o seguimento em saúde da mulher e o planejamento reprodutivo.

A Comissão Perinatal (Fórum Perinatal da Rede Cegonha) intensificou suas atividades dirigida à descentralização e fortalecimento dos Fóruns Perinatais Distritais. Há o envolvimento com corresponsabilização e solidariedade entre a APS, a rede especializada, regulação e a maternidade de referência, articulando e integrando cada vez mais os pontos da rede de atenção perinatal para a produção de um cuidado mais efetivo, para os trabalhadores, gestores e a população.

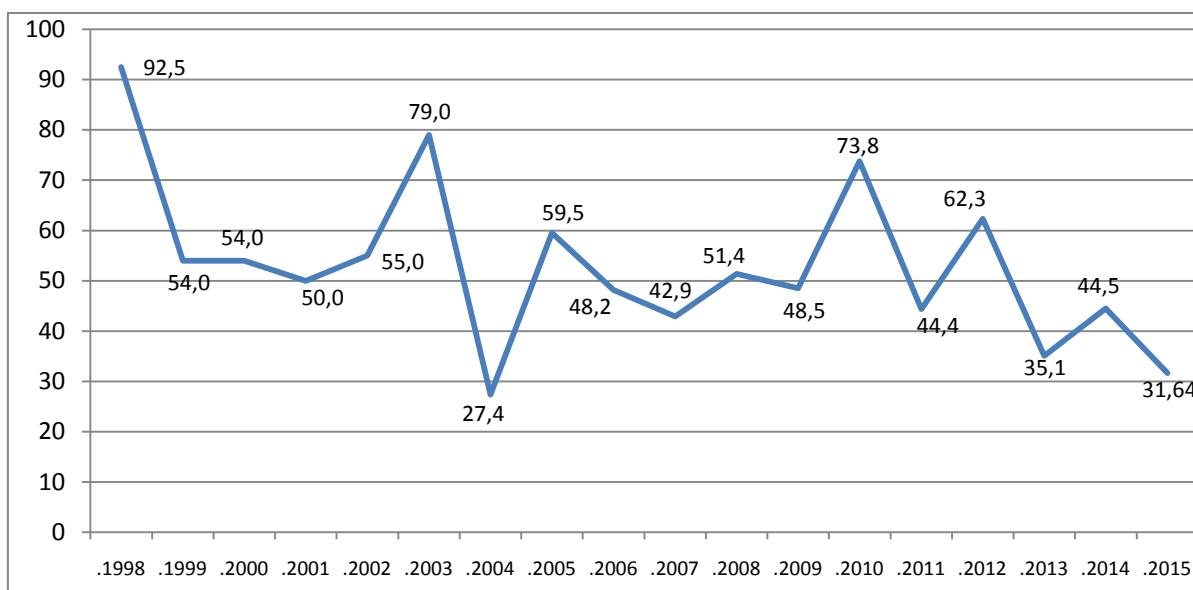
Foi ainda fortalecido o processo avaliativo das maternidades de acordo com o plano de ação para implementação das boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, através do monitoramento pelo contrato de gestão das maternidades da SMSA-BH. Novos indicadores foram incorporados, com a vigilância de práticas não recomendadas e não seguras como a manobra de Kristeller.

Está em curso a elaboração da Portaria Municipal de Segurança do Paciente na Atenção Obstétrica e Neonatal em parceria com a Vigilância Sanitária. Esta iniciativa segue a recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O intuito é fortalecer os Núcleo Hospitalares de Segurança e as práticas seguras na atenção da saúde, incluindo a redução de cesarianas desnecessárias, bem como intervenções abusivas na assistência ao parto vaginal.

Houve aprimoramento e agilização do processo de investigação de óbitos maternos, fetais e infantis com a descentralização da investigação e fortalecimento dos Comitês Distritais. Isto resultou em alcance das metas de investigação de óbito em tempo oportuno, com discussão dos casos com os serviços envolvidos (Centros de Saúde, especialidades e maternidades), para o aprimoramento do cuidado e prevenção de óbitos evitáveis.

A razão da mortalidade materna em Belo Horizonte vem apresentando uma tendência de queda, passando de 92,5 em 1998, para 31,64 em 2015, conforme Gráfico 17.

Gráfico 17 – Razão da Mortalidade Materna, no período de 1998 a 2015, em Belo Horizonte.



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)

O movimento BH pelo Parto Normal mobiliza a comunidade, profissionais e gestores para informar e divulgar os benefícios do parto normal. Também visa assegurar as práticas baseadas em evidências para incentivar a redução dos índices de cesarianas desnecessárias e da morbimortalidade materna e infantil no município.

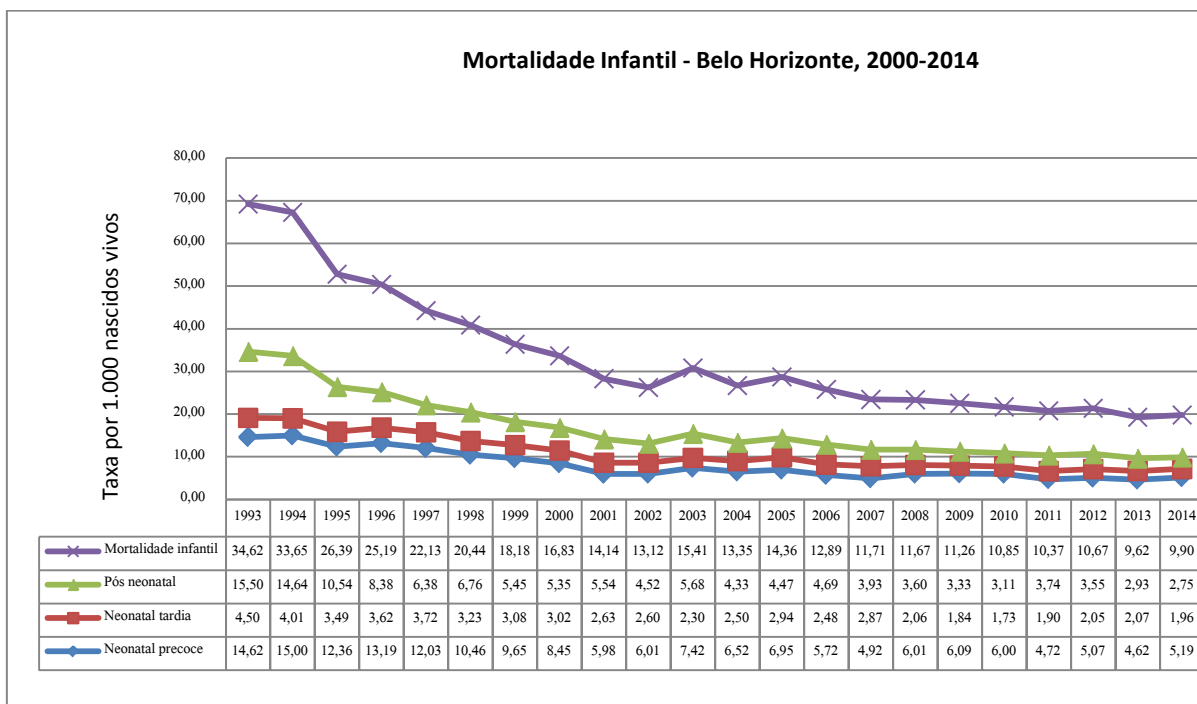
Em 2015 foram realizados curso de Doulas para o SUS-BH e curso de multiplicadores para os Distritos Sanitários. Houve a participação em três “Feiras da Gestante”, por onde passam cerca de 8.000 gestantes a cada evento. Outra importante ação foi a exposição “Sentidos do Nascer” que é uma parceria da SMSA-BH com a UFMG, com financiamento do Ministério da Saúde, CNPq e Fundação Bill e Melinda Gates. Foi estruturada com o objetivo de valorizar o parto normal e contribuir para a mudança de cultura da sociedade. Trata-se da estratégia de divulgação, informação e empoderamento da mulher e da família para as boas práticas na assistência ao parto normal. Foi montada em 3 locais diferentes da cidade: Campus da UFMG, Parque Municipal e Shopping Boulevard, de modo a diversificar o acesso dos diferentes segmentos da população. A exposição recebeu 11.800 visitantes da rede de saúde, estudantes do ensino fundamental, médio e universidades, além do público em geral e cerca de 600 gestantes. A exposição “Sentidos do Nascer” seguiu na sua

proposta itinerante para o Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia e Brasília. Na capital federal, fez parte da 15ª Conferência Nacional de Saúde, e recebeu 28.000 visitantes. Seu alcance foi ainda impulsionado pelas redes sociais e site.

A perspectiva é manter o caráter itinerante da exposição no Brasil e, para a cidade de Belo Horizonte, temos a proposta de parceria com o CES na montagem de uma réplica permanente da exposição “Sentidos do Nascer”, como um espaço de educação em saúde.

A mortalidade infantil passou de 34,6 para 9,9 por mil nascidos vivos, entre 1993 e 2014 (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Taxa de Mortalidade Infantil em Belo Horizonte, por componente, no período de 1993 a 2014.



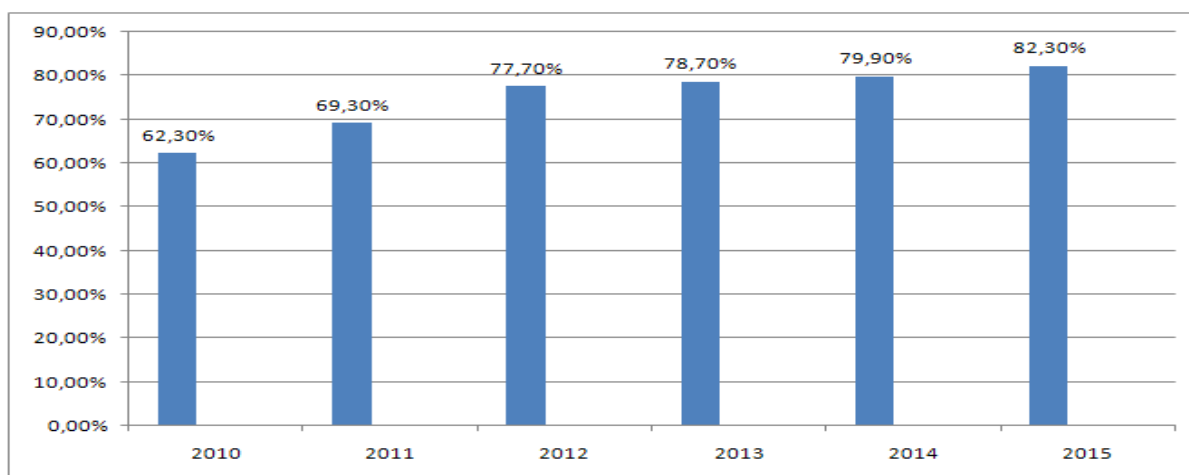
Fonte: GEEPI/SIMBH/SINASC
*2013 e 2014 dados preliminares

2.2.1. Saúde da Mulher

O cuidado integral para a atenção à Saúde da Mulher em Belo Horizonte alcançou resultados importantes em 2015, com a consolidação das estratégias da Gestão da Clínica na Saúde da Mulher, Sexual e Reprodutiva. Visando a redução da morbimortalidade materna e

infantil, principalmente com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, foram instituídas ações para a captação precoce das gestantes para a realização do pré-natal na APS. O Gráfico 17 demonstra a evolução da proporção de gestantes captadas precocemente ao longo dos últimos anos.

Gráfico 19 - Proporção de gestantes captadas até o final do primeiro quadrimestre no período de 2010 a 2015 na Atenção Primária em Saúde. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: SISREDE, GTIS, 2015.

Nas abordagens individuais e coletivas da APS houve estímulo para redução do número de cesarianas, bem como, foi estabelecido a prioridade das visitas domiciliares aos recém-nascidos e puérperas na primeira semana após a alta hospitalar com referência à visita do 5º dia de vida. Esta medida permite a identificação precoce de agravos importantes à mãe e ao recém-nascido. Para atingir esta finalidade, foram feitas capacitações para os profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e pessoas da própria comunidade. A continuidade do cuidado da mulher após a alta é garantida com a alta responsável e o acompanhamento da puérpera e do bebê pela APS, isso se traduz nas consultas de puericultura, no seguimento em saúde da mulher e no planejamento familiar. Muitas ações educativas também acontecem na APS reforçando a importância do aleitamento materno.

Nos casos de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), o agendamento de consultas é feito considerando a proximidade dos locais existentes, com trabalho integrado em rede. O propósito é 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 EqSF como coordenadora do cuidado desta mulher/criança/família.

Simultaneamente ao movimento da regionalização e do monitoramento do PNAR, houve a atualização e repactuação dos fluxos (encaminhamento/referência e contra referência/glicosímetro e fitas para glicemia / medicamentos, como por exemplo a heparina).

Ainda em 2015, foi feita a revisão dos fluxos e critérios de priorização para o agendamento das ultrassonografias obstétricas e ginecológicas. A partir desta atualização estão sendo realizadas revisões de fila por Centro de Saúde com apoio distrital e matriciamento junto aos profissionais que realizam o atendimento às gestantes na APS. Para a regulação assistencial foi usado o protocolo com a estratificação por prioridade (baixa, média, alta, sob regulação e em situação de urgência).

Outra ação importante, foi o estabelecimento da 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 gera oportunidade de oferta de maior número de exames para as gestantes susceptíveis. Isto se aproxima de um protocolo ideal para a prevenção da toxoplasmose congênita, com a realização de um exame mensal, em média. Com isso, visualiza-se significativa melhoria do monitoramento da toxoplasmose nas gestantes.

Dentro das propostas da Rede Cegonha e com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna, fetal e neonatal, foram implantados os testes de proteinúria 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.

Destaca-se ainda a maior disponibilização do teste rápido de HIV para as gestantes, o acesso das gestantes à maternidade de referência por aproximação, o que facilita a sua entrada na porta de atendimento. Entre outras ações, incluem-se a ênfase ao planejamento familiar com a maior disponibilização do “Teste Rápido de Gravidez”, o que facilita o início precoce do pré-natal, assim como o momento para orientações de métodos contraceptivos disponíveis na rede.

Ações importantes, com várias iniciativas de combate à violência contra a mulher e a

criança, tem sido realizadas em conjunto com a Atenção à Criança e Adolescente. Muitas ações envolvem os profissionais da saúde, os Conselhos Tutelares, Promotoria da Infância e Juventude, Delegacia de Mulheres e os demais órgãos do cidadão.

Em relação à saúde bucal, por meio do acompanhamento dos indicadores de primeira consulta odontológica e tratamento concluído às gestantes, buscou-se estratégias locais para melhoria da adesão e captação das gestantes ao tratamento odontológico, evidenciando-se a necessidade do trabalho integrado das equipes de Saúde Bucal e EqSF. A reflexão e o trabalho realizado junto às equipes de saúde bucal refletiram na melhoria do percentual dos tratamentos odontológicos completados das gestantes, passando de 53% no 1º Ciclo para 60%, no 2º Ciclo de acompanhamento dos indicadores da saúde bucal.

2.2.2 Saúde da Criança e do Adolescente

A população de crianças e adolescentes do município de Belo Horizonte é de 690.049 habitantes e corresponde a 28,7% de toda a população. Considera-se adolescência o período de vida definido pela Organização Mundial de Saúde de 10 a 19 anos de idade. Crianças e adolescentes, de acordo com a Constituição Federal e Estatuto da Criança e Adolescente, “têm direito a proteção, a vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde, vem trabalhando para ampliar e qualificar a atenção à saúde das crianças e adolescentes. A atenção à saúde vem sendo desenvolvida no sentido de se reconhecer os principais problemas e agravos que afetam à saúde, bem como atuar na sua prevenção e promoção. Isto começa pela atenção à saúde sexual e reprodutiva, atenção ao pré-natal, parto e nascimento, nos desafios de prestar cuidado na “Primeira semana, Saúde Integral” e da atenção do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Importante, também, 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. A priorização da Intersetorialidade, e sua articulação com as políticas sociais relacionadas à infância, sobretudo com a Assistência Social e Educação apoiando as mães, famílias e redes sociais no fortalecimento do vínculo com as crianças,

constitui-se uma premissa para o desenvolvimento infantil, físico e emocional, pleno e saudável.

Muitos avanços foram obtidos em 2015. Em 05 de agosto de 2015, foi promulgada a Portaria Nº 1.130, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS. O objetivo desta política é “promover o aleitamento materno e a saúde da criança, a partir da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, e em situação de rua”.

Para alcançar e fortalecer estes objetivos a SMSA BH lançou, em 2013, a Estratégia “*Você Nasceu a Saúde te Abraça*”, que visa qualificar a atenção à saúde da criança na primeira infância (menores de seis anos). Esta estratégia pretende promover e proteger a saúde da criança, mediante qualificação da atenção e cuidados integrados, da gestação aos seis primeiros anos de vida, com fortalecimento do Plano de Redução da Mortalidade Infantil e de ambiente facilitador à vida, que ofereça às crianças condições dignas de existência e desenvolvimento pleno.

Para tal, a puericultura, que é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente até 19 anos, é fundamental, sobretudo nos primeiros seis anos de vida, período de grande crescimento pômbero-estatural e de formação da estrutura psíquica da criança.

Deve ser prioridade à promoção da saúde, a intervenção tempo adequado, a prevenção de agravos e a identificação de situações de risco e vulnerabilidades, a imunização, nutrição, e a vigilância em saúde. Dentre as ações do quinto dia, saúde integral, deve-se também agendar as consultas de acompanhamento do crescimento do bebê no primeiro ano de vida e de puerpério da mãe. Ser acompanhada significa que a criança até 11 meses e 29 dias teve 7 consultas e, de 12 meses até completar 23 meses e 29 dias, mais duas consultas médicas.

Em 2015 houve a ampliação das Unidades de coleta de leite Humano nos Centros de Saúde (da Rede de Apoio ao Aleitamento Materno e coleta de leite humano na Atenção Primária), uma ação coordenada pela URS Saudade e Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (GEAS). Esta coordenação possibilita não somente a qualificação da assistência às mães no aleitamento materno, mas também o aumento da oferta de Leite Humano para os prematuros internados nas Unidades de Internação Neonatais. Ações

sistemáticas de incentivo ao aleitamento materno e de doação de leite humano são fundamentais para a 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 em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais propicia redução da morbimortalidade e proteção à saúde desses bebês. Os profissionais dos Centros de Saúde com unidades de coleta de leite humano recebem capacitação, suporte e orientações técnico-assistenciais coordenados pela gerência da URS Saudade/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.

A Tabela 2 mostra os resultados alcançados na rede SUS BH.

Tabela 2 - Resultados da rede de apoio ao aleitamento materno e doação de leite humano em Belo Horizonte, no período de 2011 a 2015. Belo Horizonte, 2016

Unidades	2011	2012	2013	2014	2015
Posto de Coleta da SMSA	1	1	1	1	1
Unidades de Coleta de Leite Humano (Centro de Saúde)	7	0	3	14	15
Volume Anual de Leite Doado	134 litros	69 litros	80 litros	200 litros	217 litros

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

Dando ênfase a capacitação, em 2015, foi realizada a formação de tutores da Estratégia Amamenta, Alimenta Brasil. A atuação de 42 tutores será nos nove Distritos Sanitários, contribuindo para a qualificação do cuidado no pré-natal e na puericultura, principalmente nos dois primeiros anos de vida, reforçando e incentivando a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças e suas famílias.

A priorização da estratégia Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) neonatal persistiu em 2015 para a qualificação da atenção ao bebê e puérpera. A Estratégia AIDPI neonatal é uma das ações para redução da mortalidade neonatal e materna no município. Oferece formação permanente para profissionais na triagem e reconhecimento precoce de situações de risco que acometem a mulher antes da gravidez, durante a gestação,

no momento do parto, e do recém-nato e lactentes até 2 meses de vida, na Atenção Primária. Em 2015, foram realizadas 3 das 4 formações programadas em AIDPI neonatal, sendo capacitados 90 enfermeiros e médicos de família e comunidade. Não foi possível completar as 4 formações programadas no ano de 2015, em decorrência do atraso para a entrega do material didático (Manual de Quadros) pelo Ministério da Saúde.

Com objetivo de implantar o Programa Estadual de Prevenção de Toxoplasmose Congênita aconteceu no segundo trimestre de 2015 uma capacitação de 73 enfermeiros de Centros de Saúde pelo Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD). Esse Núcleo é responsável pela execução técnica da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) e do Programa de Prevenção de Toxoplasmose Congênita em Minas Gerais. Em Belo Horizonte, a prevenção da toxoplasmose foi implantada com um grande avanço. Será garantido a todas as gestantes do município o direito de realizar os três exames previstos para o diagnóstico precoce da toxoplasmose e os três exames que já eram realizados pela SMSA. Assim, aumentam as chances de detecção precoce da Toxoplasmose nas gestantes susceptíveis e o início do tratamento dos casos identificados de forma mais rápida possível. As gestantes com risco de adquirir a infecção por toxoplasmose são identificadas e com isso, se difunde na rede assistencial as medidas de prevenção. Desde agosto, os Centros de Saúde estão realizando seis exames para cada gestante ao longo do pré-natal para detecção de toxoplasmose na gestante, o que representou um grande avanço. A capacitação qualificou também a triagem neonatal. Com isso, espera-se reduzir o número de casos de bebês com toxoplasmose congênita no município.

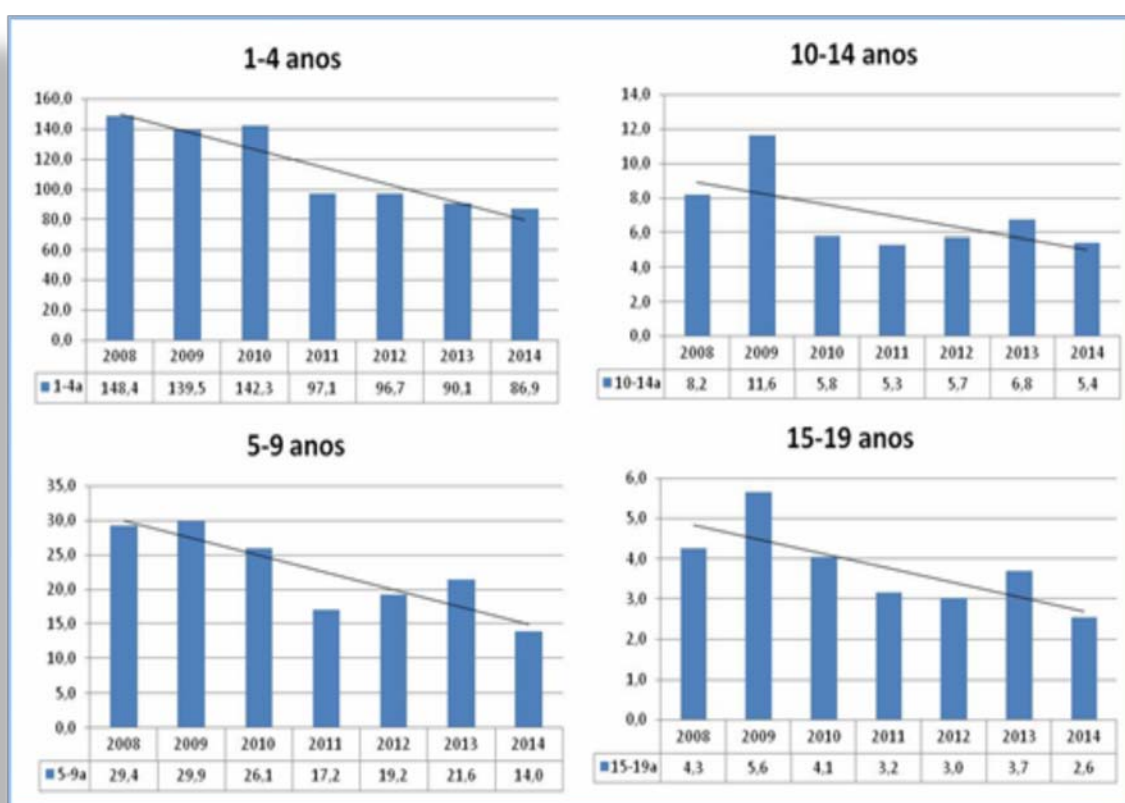
Na primeira semana de vida do bebê, do 3º ao 5º dia de vida, é realizado o exame de triagem neonatal, conhecido como Teste do Pezinho. O exame visa o diagnóstico em tempo oportuno de doenças de origem genética e outras que se desenvolvem no período fetal e acompanhamento clínico e tratamento de todos os casos identificados. As doenças identificadas são: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme, fibrose cística, deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita. Em Belo Horizonte, 80% da Triagem Neonatal é realizada no NUPAD e o restante nos Laboratórios da Rede Complementar e Saúde Suplementar. A coleta de sangue do pezinho para realização da triagem no NUPAD é feita no Centro de Saúde. Em 2015, foram realizados 26.584 Testes do Pezinho analisados pelo NUPAD, em Belo Horizonte.

Outras importantes considerações a serem feitas com relação à saúde da criança e do

adolescente são os casos de asma e pneumonia com frequentes hospitalizações e 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. A estratégia “Criança que Chia” busca qualificar a assistência às crianças e adolescentes com asma na atenção primária e rede complementar, por meio de monitoramento, vigilância em saúde, oferta de acompanhamento em rede e tratamento adequados, além de educação continuada para os profissionais de saúde.

As taxas de internação por Pneumonia em crianças e adolescentes estão demonstradas no Gráfico 18. O declínio ocorreu em todas as faixas etárias. Os dados de internação de 2015 não estão disponíveis.

Gráfico 20 - Taxa de internações por Pneumonia em crianças e adolescentes, por faixa etária, residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2014.



Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação/GVSI/SMSA-PBH

Com relação à atenção integral à Saúde do Adolescente houve muitos avanços em

Belo Horizonte. A Portaria Nº 128, de 11 de fevereiro de 2015, habilitou o município a receber o incentivo para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Para isso, houve aprovação prévia, no Ministério da Saúde, do segundo Plano Municipal de Atenção à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei cumprindo medida socioeducativa em meio aberto e fechado. O plano foi construído a partir da Portaria 1082, de 23 de maio de 2014 e implementado em 2015 nos centros de saúde que possuem em sua área de abrangência Unidades Socioeducativas de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade. Neste mesmo ano, iniciou-se o processo seletivo para incremento de 20 técnicos que atuaram nos Distritos Sanitários com a responsabilidade de qualificar a atenção aos adolescentes em situação de grande vulnerabilidade, sobretudo em Conflito com a Lei.

Outro importante avanço foi o lançamento do Protocolo de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, impresso, fruto de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, que norteia as diretrizes técnico-assistenciais no cuidado deste sujeito na Atenção Primária. Trata-se de módulo inicial que aborda o conceito de puberdade e adolescência, a organização do processo de trabalho nos Centros de Saúde, a consulta do adolescente, a construção do vínculo, a saúde sexual e reprodutiva, os aspectos éticos e os cenários e desafios desta atenção. É um documento muito importante para o profissional de saúde se sentir mais seguro para lidar com a clínica do adolescente.

Em 2015, também, foram realizados pelo PRHOAMA, 792 atendimentos de crianças e adolescentes com doenças crônicas.

2.2.3. Atenção às crianças e adolescentes em situação de violência

Com relação à qualificação da linha de cuidado de atenção à criança e adolescente vítima de violência muitas ações foram desenvolvidas em 2015. Para abordagem à violência doméstica e sexual o Guia de Atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de Violências vem sendo amplamente divulgado entre os profissionais de saúde da Atenção Primária. Em 2015, foram realizados seminários abordando o tema violência com ênfase na prevenção e tratamento das vítimas de violência doméstica contra (criança, mulher e idoso), nos Distritos Sanitários Barreiro, Venda Nova, Nordeste. Houve discussão também sobre o tema nos Distritos Leste e Oeste. Outros seminários estão previstos para 2016. O fluxo de atenção às vítimas de violência de todos os ciclos de vida também foi divulgado amplamente em toda

Rede-SUS por meio de cartazes impressos em abril de 2015.

Para obtermos maior abrangência sobre o tema, em 2015, em todos os distritos sanitários foram organizadas discussões de casos clínicos complexos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas, em conflito com a lei, vítimas de violência, com intuito de qualificar esta atenção. Foi constituído Grupo de Trabalho com objetivo de articulação do conjunto de profissionais de nível central e distrital que atuam nos diversos ciclos de vida com a temática da violência, que abarque a condução das ações e práticas necessárias para a atenção a pessoa vítima de violência, no âmbito do SUS-BH.

2.3. Diretriz do Plano Municipal de Saúde: “Fortalecimento da rede de atenção psicossocial do SUS-BH, incluindo as atividades relativas aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas”

No cenário brasileiro, a política de Saúde Mental do SUS BH destacou-se com a lógica antimanicomial, que valoriza o cuidado em liberdade, a conquista da cidadania e a reinserção social. Em 2015, acompanhando a tendência dos últimos anos, houve uma crescente atenção dirigida às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Paralelamente, outras questões relevantes se colocaram de forma mais pungente neste ano, tais como: a situação dos usuários oriundos de internação em longa permanência, sobretudo dos Serviço Residencial Terapêutico (SRT), a questão das gestantes em uso abusivo de drogas, os adolescentes em uso abusivo de drogas e em conflito com a lei, os acumuladores de coisas e animais, a população em situação de rua, o número crescente e recorrente de processos judiciais, sobretudo para internação compulsória, dentre outros. Cabe destacar o aumento da demanda assistencial, impactando de forma significativa os serviços e dispositivos existentes.

Em resposta a esses desafios, foram desenvolvidas várias ações. Houve uma maior organização e estruturação do processo de acompanhamento das SRT, com ampliação de 100% da carga horária dos supervisores das casas e a definição de três profissionais para fazer o gerenciamento mais próximo do processo de trabalho das SRT.

A partir de um diagnóstico sobre os principais impasses da rede de atenção às gestantes em uso abusivo de álcool e outras drogas, foi construído e divulgado um fluxo para

qualificar a atenção em rede a estas gestantes, juntamente com a Coordenação de Atenção à Criança, Coordenação de Atenção à Mulher e Comissão Perinatal e Maternidades do SUS. Para implantação do fluxo foram realizados fóruns ampliados, oficinas e diversas discussões intersetoriais de casos com a participação de Maternidades, Centros de Saúde e gestores de nível distrital e central.

No campo de atenção à criança e do adolescente, houve avanço na discussão do acompanhamento dos casos oriundos do Sistema Sócio Educativo, articulando com os distritos o acompanhamento dos adolescentes que estavam cadastrados.

Além disso, foi feito encontro de formação para os monitores do Arte da Saúde e projeto para a ampliação de oficinas com foco nos adolescentes.

No final do ano, foi implantado o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI) Nordeste. A criação do serviço foi publicado e está em fase de seleção do gerente e da equipe profissional.

Em conjunto com as gerências de Vigilância Sanitária e Zoonoses, iniciou-se a criação de um protocolo e de um fluxo para atender os casos de acumuladores de lixo e de animais (Síndrome de Diógenes e Síndrome de Noé), de forma a garantir o cuidado em Saúde Mental para pessoas nessa situação que apresentem sofrimento mental.

Em relação ao atendimento às pessoas em situação de rua, ocorreram capacitações para as equipes de Consultório de Rua. Foi definida referência técnica para acompanhamento próximo do processo de trabalho das equipes, sendo que o mesmo foi rediscutido e reordenado. Outros profissionais foram incluídos para fazerem os registros no SISREDE. Os profissionais redutores de danos e arte educadores iniciaram o lançamento de dados no e-SUS.

Para dar respostas mais efetivas às demandas judiciais, foi designada uma profissional para acompanhar de perto os processos, mantendo maior interlocução da Coordenação de Saúde Mental/GEAS com a Assessoria Jurídica. Considerando sua importância, há um movimento com o propósito de percorrer os Distritos discutindo os impasses da judicialização em Saúde Mental.

Como resposta à grande demanda assistencial dos serviços de saúde mental, algumas ações foram efetivadas para ampliar a cobertura assistencial. No CERSAMI Nordeste, o prédio está reformado, em condições de receber o serviço. Como informado anteriormente, a portaria de implantação foi publicada e está em processo a seleção de gerente e demais

profissionais para atuar no dispositivo.

No CERSAM Álcool e outras Drogas (AD) Noroeste, houve um período de interrupção da obra, mas no momento está com cerca de 95% concluída.

Os leitos do CERSAM AD Pampulha foram ampliados em 50% e no CERSAM Norte houve a abertura de 4 leitos noturnos. Com relação aos SRT, houve a implantação de três novas casas, com a inclusão de 16 usuários que estavam no Hospital Sofia Feldman.

No primeiro semestre de 2015 houve ainda a inauguração da Unidade de Acolhimento, que está em pleno funcionamento.

Visando melhorar a qualidade da assistência, vários eventos de qualificação e formação profissional foram promovidos.

O Seminário de Atenção a Gestantes em uso de Drogas, citado anteriormente, ocorreu em junho de 2015. Participaram cerca de 150 pessoas, dos CERSAM, Centros de Saúde, maternidades e de serviços da Assistência Social.

A capacitação dos profissionais do Consultório de Rua foi iniciada em agosto, com Seminário de dois dias. Esta ação educacional desdobrou em oficinas posteriores, discutindo o processo de trabalho e a clínica. Também aconteceram as oficinas das Unidade Promotoras de Saúde.

Com o apoio do Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde, as oficinas 05, 06, 07 e 08 foram desenvolvidas em todos os Centros de Saúde, abordando o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

A Oficina de Atenção à Crise foi realizada em novembro, com participação de cerca de 80 trabalhadores e gestores de vários dispositivos da Saúde Mental.

A capacitação de profissionais das SRT se deu por meio de roda de conversa com os supervisores no dia 23 de novembro, com cuidadores no dia 30 de novembro e 01 de dezembro. Também houve a roda de conversa com os estagiários nos dias 08 de outubro (projeto terapêutico), 16 e 17 de dezembro. Foi estabelecida a parceria com o *Hospital Nacional en Red*, de Buenos Aires, por meio de um convênio com a Escola Franco Basaglia, da Itália, para o intercâmbio entre profissionais e residentes. A tabela 3 demonstra os principais resultados da Saúde Mental da rede SUS BH nos últimos seis anos.

Tabela 3 - Principais resultados alcançados em Saúde Mental na rede de atenção psicossocial do SUS-BH no período de 2010 a 2015.

Saúde Mental	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de equipes CS	67	67	147	147	147	147
Equipe Consultório de Rua	–	2	4	4	4	4
Nº Atendimentos em UBS, CERSAM e outros	267.300	306.870	296.710	287.179	329.223	299.781*

Fonte: Tabwin/Fênix/ATFQ/GTIS-15/09/15. Os dados de 2015 são parciais

Os atendimentos aos pacientes da Saúde Mental são realizados por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

2.4. Diretriz do Plano Municipal de Saúde: “Articulação da Promoção da Saúde do SUS-BH, intra e intersetorialmente, para ações de fortalecimento e desenvolvimento humano sustentável.”

A temática da Promoção da Saúde que é ampla, diversificada e intersetorial no contexto de sua compreensão e das ações efetivadas, esteve presente na agenda política e de planejamento da SMSA/SUS-BH, em 2015. Essa abertura recebeu um grande apoio do conjunto dos gerentes e trabalhadores dos centros de saúde. O foco na APS privilegia o entendimento dos propósitos da Promoção da Saúde e tende a propiciar avanços para a construção de um SUS que adote e favoreça a saúde, e não a doença.

Os valores fundantes da Promoção da Saúde (Solidariedade – Felicidade – Ética – Respeito às diversidades – Humanização – Corresponsabilidade – Justiça social – Inclusão social) associados aos seus princípios (Equidade – Participação social – Autonomia – Empoderamento – Intersectorialidade – Intrasectorialidade – Sustentabilidade – Integralidade – Territorialidade), se devidamente aplicados, podem ser considerados uma garantia para o

cumprimento da diretriz no Plano Municipal de Saúde de BH 2014-2017, propiciando aos trabalhadores e usuários do SUS-BH a autonomia do seu autocuidado e no seu desenvolvimento humano.

Neste sentido, além das ações específicas que diversas áreas desenvolveram, vale destacar os trabalhos junto às Unidades Promotoras de Saúde que foram implantadas em 2014 em todos os Centros de Saúde, com os temas do tabagismo, atividade física e alimentação saudável. Em 2015, com as oficinas realizadas, houve um amplo debate (talvez o maior) dirigido e coletivo sobre o tema do uso abusivo do álcool e outras drogas. Foi confirmada a atuação acertada de agir sobre a redução de danos.

A implantação das Unidades Promotoras de Saúde, que continuará permanentemente, tem uma parceria importante com a Gerência de Vigilância em Saúde e Informação (GVSI), por meio do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde promovido pela SES/SUS-MG. Este projeto teve recursos específicos e um plano de investimento aprovado no Conselho Municipal de Saúde de BH.

Houve maior vigor em busca do controle das doenças crônicas não transmissíveis, em particular aquelas que são evitáveis. Estas doenças são responsáveis por mais de 73% dos óbitos em Belo Horizonte na faixa etária de 30 a 69 anos (BELO HORIZONTE, 2014).

O Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, promovido pelo Ministério da Saúde e ajustado para os desafios de Belo Horizonte, traduz uma dimensão importante do autocuidado junto aos usuários e o envolvimento de muitos setores do SUS-BH.

As ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, relacionadas à alimentação saudável, que são realizadas no cotidiano, beneficiam os usuários do SUS-BH ao ampliarem o diálogo e a participação social, com vistas ao empoderamento da população. Essas ações são na maioria das vezes realizadas por nutricionistas do NASF, já descritas acima, e voltadas para todos os ciclos de vida, tendo como base as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira, reeditado pelo Ministério da Saúde em novembro de 2014. As ações de alimentação que se destacaram, em 2015, foram: elaboração de cartilha baseada no Guia Alimentar para os profissionais utilizarem nas atividades coletivas, construção de material para nutricionistas do NASF com metodologias de grupos de alimentação e nutrição, e elaboração de critérios de prioridade e organização da agenda destes profissionais, contemplando as atividades coletivas de promoção da saúde.

Em relação a ações de promoção para trabalhadores do SUS, foram realizadas seis “Oficinas de Desenvolvimento Humano” pela médica antroposófica com formação em Biografia Humana. Nestas oficinas, houve a participação de uma média de 15 trabalhadores da APS e CREAB. Em 12 encontros semanais, com uma metodologia baseada em vivências artísticas, corporais e de conteúdo, os participantes tiveram a possibilidade de entrar em contato com as fases da sua vida, renovando o sentido e resignificando sua trajetória pessoal e profissional.

Merece destaque a consolidação do Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde que se reuniu regular e semanalmente, planejando, debatendo e desenvolvendo o conjunto das atividades no correr de 2015. Um subgrupo importante que foi formado e toma corpo é o GT Violências que abará também a diversidade que esse tema traz consigo. Houve o lançamento dos guias para a assistência aos usuários em situação de violência, com volumes especificamente para idosos e mulheres, bem como o relançamento do guia referente às crianças e adolescentes.

Com relação às ações gerais previstas para 2015, continua sendo desenvolvida a construção do Plano Municipal de Promoção da Saúde, com data definida para implantação até 2017. Este plano terá uma parceria importante com o meio acadêmico através da Faculdade de Medicina da UFMG, particularmente junto ao Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Relativamente ao necessário sistema de informação que abrangesse a integralidade das informações em face das diversas ações de Promoção da Saúde, o resultado ainda não foi satisfatório em 2015. A justificativa para isto está, principalmente, pelo foco que vem sendo dado à implantação do e-SUS, sistema informatizado nacional, que, em última análise, poderá contribuir para minorar essa lacuna ainda existente.

2.4.1. Academias da Cidade

As Academias da Cidade configuram-se como espaços de promoção, prevenção e vigilância. Utiliza 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.

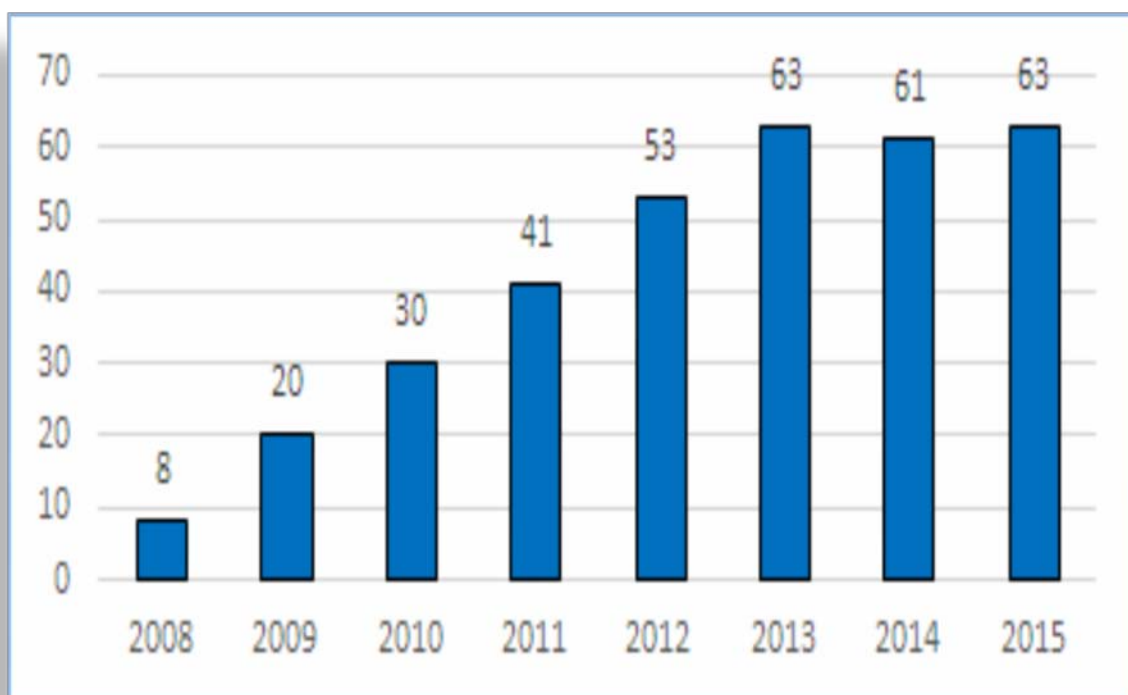
As atividades são ministradas por profissionais habilitados em Educação Física, tendo a contribuição de outros profissionais e setores governamentais e não governamentais,

favorecendo assim o processo educativo e cultural que possibilite a construção de modos de vida saudáveis. Qualquer pessoa, preferencialmente acima de 18 anos pode participar. As aulas são realizadas de acordo com as necessidades e condições físicas dos participantes. O objetivo é desenvolver o condicionamento cardiorrespiratório, a qualidade de vida, a promoção da saúde e prevenção da doença, através de aulas de ginástica, exercício de força, caminhada, corrida, dança jogos, lutas, esportes e atividades gerais.

As academias têm em média 300 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. De acordo com o Projeto Sustentador da SMSA BH, a meta é finalizar o ano de 2016 com 100 Academias da Cidade em funcionamento. Em 2015, foram 63 academias em funcionamento, como demonstrado no Gráfico 21.

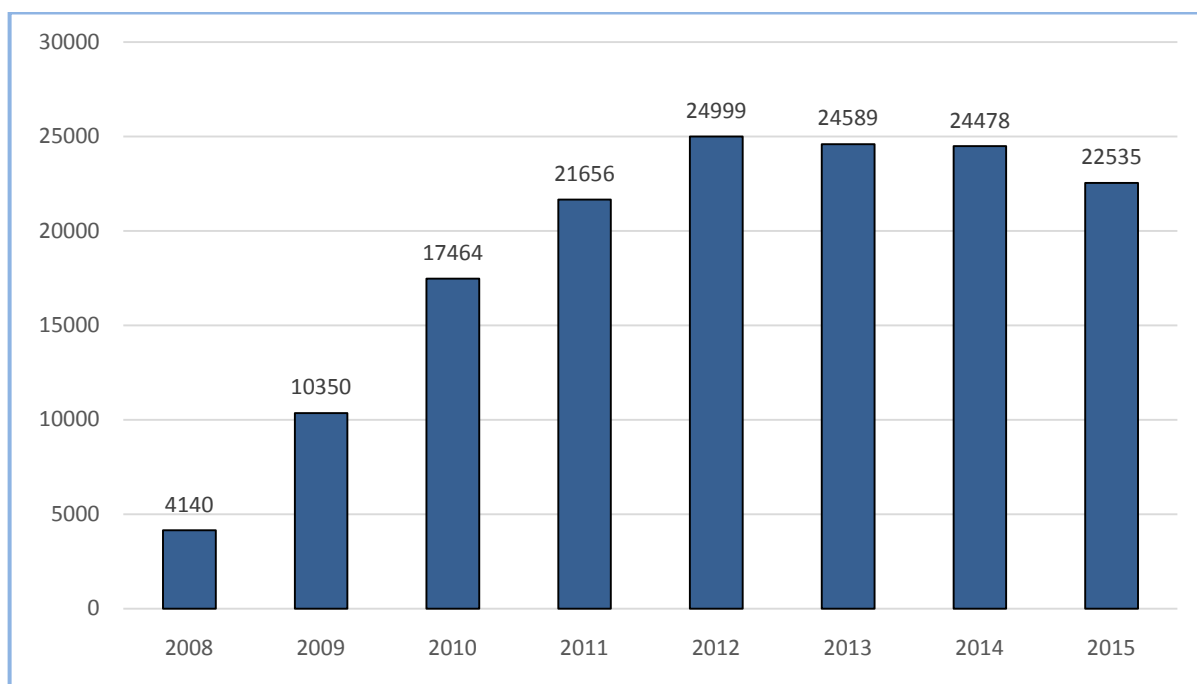
Gráfico 21 - Evolução do número de Academias da Cidade em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015.



Fonte: GEAS/SMSA/SIPROS-AC (Sistema de Informação da Promoção de Saúde - Academia da Cidade)

Em março de 2015 houve abertura da Academia Risoleta Neves, no Distrito de Venda Nova. Esta Academia foi em substituição da Academia Nossa Senhora do Carmo (Venda Nova). Em setembro, houve o aumento de uma academia, que começou a funcionar no bairro São José, no Distrito Pampulha. A Academia JK, da Regional Centro Sul, continua fechada desde 2014, aguardando um novo espaço para a sua reabertura. Existem sete espaços prontos para serem abertos, aguardando os recursos humanos. Assim como existem 16 obras da Academia da Cidade com recursos do Orçamento Participativo, com previsão de conclusão em 2016. O Gráfico 22 demonstra o total de usuários inscritos na Academia da Cidade entre os anos de 2008 a 2015.

Gráfico 22 - Número de usuários das Academias da Cidade de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: GEAS/SMSA/SIPROS-AC (Sistema de Informação da Promoção de Saúde - Academia da Cidade)

A redução do número total de usuários entre os anos de 2013 e 2015 se justifica por diversas causas, sendo uma queixa comum a violência local.

A SMSA BH, por meio da GEAS/Coordenação das Academias está realizando oficinas para a reconstrução da política para atuação das Academias da Cidade. Participam dessas oficinas profissionais, usuários e gestores. Busca-se com isso, uma gestão co-participativa, para melhorar a qualidade e atender as necessidades de todos os atores

envolvidos. Essas oficinas possibilitam diálogo, identificação de barreiras e a busca conjunta de soluções para a melhoria dos processos de trabalho e o aumento do número de usuários inscritos, com segurança no local e satisfação com o serviço ofertado.

2.4.2. Lian Gong

Lian Gong em 18 Terapias é uma ginástica terapêutica chinesa desenvolvida para prevenir e tratar dores no corpo e doenças, com o foco no prolongamento da vida. A técnica segue os fundamentos da Medicina Tradicional e 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 (BRASIL, 2006).

O Lian Gong teve início em 2007 e, atualmente, é uma prática regular, realizada em 217 espaços. Em 2015, alguns espaços (igrejas, quadras...) deixaram de ser disponibilizados para o setor saúde. Diante desta realidade e visando ampliar o acesso, foram ofertados outros grupos (turmas) em um mesmo espaço. Sendo assim, em um mesmo espaço atuam diferentes instrutores em dias e horários distintos, totalizando 258 grupos (turmas). Em relação aos espaços onde é realizada a prática, a priorização é aumentar o número de participantes nestes locais já existentes.

A prática de Lian Gong tem a duração de 30 a 60 minutos e é realizada, para cada turma, pelo menos duas vezes por semana. São 303 trabalhadores/instrutores da saúde atuantes para a condução da atividade. Existem mais de 11.500 usuários praticantes em todo o município.

Em 2015, houve a formatura de 39 novos trabalhadores instrutores, o que possibilitou a expansão da oferta da prática de Lian Gong em 18 Terapias para outros locais. Num processo de educação permanente, os instrutores de Lian Gong são convidados a participar de 11 encontros anuais na escola de formação para os ajustes necessários à sua prática. Um grande desafio é garantir a liberação destes trabalhadores em um turno mensal, no sentido de favorecer a qualificação da sua prática. Outro desafio é garantir ao longo do ano a oferta da prática em todas as unidades da APS. Em dezembro de 2015 o Lian Gong estava sendo ofertado em 145 Centros de Saúde. Em algumas unidades, os instrutores foram transferidos e em outro saiu de licença médica prolongada. Para estes centros de saúde que

não estão oferecendo a prática de Lian Gong, será feita uma discussão com os gestores locais e distritais. O objetivo é viabilizar o remanejamento de instrutores de outras unidades com vistas a suprir a necessidade local.

A participação do Lian Gong em 18T em eventos e atividades para além da rotina das unidades de saúde propiciou uma maior divulgação e sensibilização sobre a importância da prática corporal e seus benefícios para a qualidade de vida.

Os principais eventos de 2015 foram: entrevistas para rádios (Itatiaia, CBN, TV Conecta); participação com palestra e prática sobre LG18T em oficinas, seminários, formaturas, SIPAT, Conferências Municipal e Estadual de Saúde, IV Congresso da Sociedade Acadêmica de Medicina e em comemorações de datas relevantes em eventos de promoção da saúde.

Em setembro foi realizado o Seminário Internacional de Lian Gong, com a participação especial do Professor Zhuang Jian Shen, presidente da Associação de Lian Gong em 18 Terapias em Shangai, na China. O Prof. Zhuang é a maior referência da técnica no mundo atual (BELO HORIZONTE, 2015). Esse seminário contou também com a participação das professoras Maria Lúcia Lee e Maristela Botelho, responsáveis pela introdução da técnica no Brasil. Este seminário teve a participação de mais de mil praticantes no Parque Municipal e cerca de 200 instrutores tiveram aula prática especial com o Prof. Zhuang. No seminário, foram apresentados os resultados parciais do trabalho de pesquisa desenvolvido em parceria com a UFMG: “Avaliação da efetividade do programa de Lian Gong em 18 terapias na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”. Estes resultados contribuem para maior divulgação e sensibilização da ginástica terapêutica chinesa como ação relevante na Promoção da Saúde na rede SUS-BH.

Em novembro de 2015, iniciou-se a oferta da prática de Lian Gong em 18 Terapias para os ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE). Esta iniciativa tem a perspectiva de melhoria da qualidade de vida e condições de trabalho destas categorias.

O resultado do Lian Gong tem sensibilizado 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. A tabela 4 apresenta o consolidado com os principais resultados do Lian Gong no SUS BH.

Tabela 4 - Total de unidades, de espaços, grupos, instrutores e de alunos inscritos na prática de Lian Gong no período de 2008 a 2015. Belo Horizonte, 2015

Lian Gong	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Unidade(acumulado)	70	109	136	165	167	167	167	165	165
Espaço(acumulado)	-	-	-	-	-	202	222	217	217
Instrutores capacitados por ano	70	70	70	70	70	38	41	39	468
Alunos Inscritos (acumulado)	2.100	4.360	6.300	7.500	10.000	10.000	10.000	11.500	11.500

Fonte: Coordenação do Lian Gong / GEAS / SMSA BH

2.4.3. Tabagismo

O Programa de Controle do Tabagismo na SMSA iniciou suas atividades em 2001, com esclarecimentos e atividades educativas para a rede municipal. Desde 2004, profissionais de nível superior tem sido capacitados para realizar a Abordagem Intensiva dos Fumantes, através da terapia cognitivo comportamental, junto à distribuição dos insumos para o programa (manuais e medicamentos).

Em 2014 e 2015, as capacitações do Programa de Controle do Tabagismo foram inseridas no Plano de Educação Permanente, garantindo maior facilidade de liberação dos profissionais para as capacitações. Os profissionais de nível superior foram capacitados de acordo com a metodologia proposta pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde. As informações foram coletadas através da lista de presença dos cursos. Em 2015, foram capacitados também 178 profissionais de nível médio, entre eles técnicos e auxiliares em saúde bucal e estagiários do "Posso Ajudar". Essa foi a primeira vez que o município ofertou capacitação para esses profissionais com o objetivo de ampliar a abordagem breve aos fumantes nos Centros de Saúde. Os grupos de terapia cognitivo comportamental, que são a modalidade preferencial de tratamento, são coordenados por dois profissionais de nível superior e têm, no máximo, 15 fumantes.

A tabela 5 demonstra os principais resultados do controle do tabagismo na rede SUS

BH no período de 2010 a 2015. Houve uma boa evolução na oferta de tratamento dos fumantes através da abordagem intensiva, realizada em grupos, na rede municipal de BH ao longo dos últimos seis anos.

Tabela 5 - Principais resultados do controle do tabagismo na rede SUS BH no período de 2010 a 2015. Belo Horizonte, 2015.

Especificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de profissionais de nível superior capacitados por ano	-	-	398	341	200	229
Nº de CS com abordagem intensiva aos fumantes em grupo	12	23	31	73	97	103
Nº fumantes atendidos	247	519	1385	1468	2019	3147

Fonte: Controle do Tabagismo/GEAS/SMSA BH.

Em 2014, através da Nota Técnica GEAS 09/2014, houve a determinação de que a oferta do tratamento intensivo do tabagismo pode ser realizada em qualquer Centro de Saúde, desde que haja acompanhamento através da metodologia preconizada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a oferta de tratamento em grupo ou individual acontece de acordo com a existência de profissionais capacitados e o planejamento de ações de cada unidade.

Ao longo do ano de 2015, também foi implantada a prestação de contas do acompanhamento individual, cuja consolidação permitirá a extração de dados confiáveis a partir de 2016. Neste ano, durante a implantação, já foram registradas 1.381 pessoas abordadas através do tratamento intensivo individual. Foi publicada a Nota Técnica Nº 09/2015, com as diretrizes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e da Gerência de Medicamentos (GEMED) “Documento Tira-dúvidas do Programa Municipal do Controle do Tabagismo”. A elaboração deste documento originou-se da necessidade de qualificar os registros dos acompanhamentos individuais e esclarecer dúvidas dos profissionais de saúde em relação às diretrizes do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/SMSA e do fato da

Portaria MS 571/2013 do MS/INCA não ter sido clara em relação ao acompanhamento individual.

Desde 2012 até 2015, as ações do programa foram incorporadas ao Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas da SMSA. O Programa de Controle do Tabagismo passou a fazer parte do Grupo de Trabalho da Promoção à Saúde, ampliando sua participação nas campanhas. Juntamente com a Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI), foi construído um indicador estratégico de tabagismo para o Projeto de Monitoramento Quadrimestral do Estado de Saúde da População de BH (Percentual de fumantes hipertensos e/ ou diabéticos identificados pelo Centro de Saúde"). O objetivo é alertar às equipes aqueles usuários que além de fumantes apresentam outros fatores de risco para doenças crônicas com vistas a estimular a abordagem a essas pessoas. Foram realizadas visitas técnicas a seis Distritos Sanitários, cujo indicador estava aquém ou além da média do município, com o objetivo de avaliar a compreensão do referido indicador e a qualidade do registro das ações e das informações relacionadas ao tema tabagismo.

Nas campanhas e datas comemorativas deste ano, foi ofertada a abordagem breve aos fumantes presentes. Além disso, os profissionais envolvidos com o programa participaram ativamente da elaboração e execução das Oficinas de Unidades Promotoras da Saúde, especialmente naquele cujo tema foi tabaco, álcool e outras drogas.

Com recursos do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas (Portaria 2993/2012 do MS), foram confeccionados e entregues neste ano 150 álbuns seriados sobre Tabagismo (01 para cada CS). A finalidade é auxiliar os profissionais nas abordagens aos fumantes e nas capacitações em nível local. Foram também confeccionadas e entregues 148 placas de sinalização (01 para cada CS) com os dizeres “Aqui cuidamos da saúde. Não fume.”

2.4.4. População privada de liberdade

Em 2012, a SMSA-BH criou uma equipe para atuar junto à população privada de liberdade (PPL) no município. Essa Equipe é composta por uma médica, um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem e presta atendimento, de maneira itinerante, às seguintes Instituições Prisionais (IP): CERESP Centro-Sul, Casa do Albergado Presidente João Pessoa e Penitenciária Professor Estevão Pinto. A população prisional total dessas três unidades é de, aproximadamente, 613 pessoas, conforme tabela 6.

Tabela 6 - Relação das Unidades Prisionais de Belo Horizonte segundo capacidade e lotação.

Unidade Prisional	Público	Capacidade	Lotação
CERESP/Centro Sul	Feminino Provisório	90	134
Penitenciária Estevão Pinto/Leste	Feminino sentenciado	374	426
Casa do Albergado Presidente J. Pessoa	Masculino Regime aberto	84	53

Fonte: GEAS/SMSA BH em 27/01/2016

Existem consideráveis diferenças entre essas instituições prisionais, tanto em relação à estrutura física quanto às características do regime de pena das suas populações. As instituições prisionais estão localizadas em vários distritos sanitários da SMSA, de modo que os profissionais da ESF transitam entre territórios sanitários para além das delimitações geopolíticas definidas, a priori, 588 equipes da ESF do SUS-BH.

A equipe da ESF da população privada de liberdade oferta a atenção primária à saúde, juntamente e, em corresponsabilidade, com a Equipe de Saúde da Secretaria de Defesa Social (SEDS). Essa última, possui quadro funcional próprio, com várias categorias profissionais da saúde lotadas, de maneira fixa, nas instituições prisionais. As ações de atenção, prevenção, assistência, promoção e de vigilância à saúde seguem as diretrizes, fluxos, protocolos e recomendações preconizadas para a população em geral. O trabalho segue a perspectiva de rede e com a lógica da coordenação do cuidado do Centro de Saúde da área de adscrição do território sanitário onde a Instituição Prisional se localiza.

O princípio da equidade, entre outros, é aplicado às pessoas e/ou populações de maior vulnerabilidade social e sanitária. Para os casos de maior complexidade e/ou de difícil manejo, é promovido o acesso dos usuários aos demais níveis de atenção e/ou exames especializados, de acordo com a necessidade e fluxos pactuados, na perspectiva da integralidade assistencial. Para os detentos (as) reclusos (as) em regime fechado, constitui-se um grande desafio a realização das ações agendadas e/ou planejadas, a disponibilidade de transporte sanitário e/ou escolta. Algumas dificuldades interferem no cuidado prestado como: a infraestrutura precária de algumas instituições prisionais; elevada rotatividade na ocupação de vagas dos CERESP; a impossibilidade de utilizar o Prontuário Eletrônico disponível para a Saúde no SISREDE; a superlotação das celas; as perdas de consultas especializadas; a não priorização de agravos de saúde, em detrimento das questões relativas à segurança; a

dificuldade de vigilância à saúde e seguimento dos casos agudos ocorridos durante o horário descoberto pela equipe de saúde do município, entre outras.

Uma intensa agenda de trabalho entre SMSA, SEDS e SES/MG, culminou com a construção de uma proposta, cuja análise de viabilidade encontra-se em andamento. O objetivo é a formação de uma equipe de saúde híbrida, composta de profissionais de saúde das duas secretarias, com vistas à adesão da SMSA/PBH a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde Prisional para prestar assistência a todas as IP de Belo Horizonte. Este movimento em processo, visa atender o novo marco regulatório (Portaria Interministerial N° 1 de 02/01/14 e a N° 482 de 01/4/14) juntamente com a complementação legal do Estado de Minas Gerais.

A atuação da equipe de saúde da SMSA representa uma grande contribuição para a melhoria da saúde da população prisional. A Rede SUS-BH fica, diretamente, à disposição da população privada de liberdade, através da sua porta de entrada preferencial (todos os Centros de Saúde) para aqueles que a demandarem. E, indiretamente, através de toda a oferta e cardápio disponível para além da atenção primária à saúde, oferecido a qualquer munícipe belo-horizontino, nos demais níveis de atenção, de acordo com os critérios e diretrizes do SUS-BH.

2.4.5. Bolsa Família

No segundo semestre de 2014, Belo Horizonte possuía 63.060 famílias beneficiárias do Bolsa Família a serem acompanhadas na Saúde. Destas, 87% foram totalmente acompanhadas, 0,3% foram parcialmente acompanhadas, 1,2% foram localizadas e não acompanhadas, 9,1 não foram localizadas e 2,2 não foram visitadas. O percentual de acompanhamento entre os distritos sanitários variou de 86% a 91%.

No primeiro semestre de 2015, o número de famílias beneficiárias foi de 60.730. O percentual das famílias totalmente acompanhadas foi de 90%. Do restante, 0,4% foram parcialmente acompanhadas, 0,4% foram localizadas e não acompanhadas, 9,1 não foram localizadas e 0,2 não foram visitadas. O percentual de acompanhamento entre os distritos sanitários variou de 82 a 94%.

A segunda vigência de 2015 não tem ainda seu resultado publicado pelo Ministério da Saúde pois o sistema WEB do Programa Bolsa Família encontra-se fechado para a

apuração dos dados. Foi feito o acompanhamento de 54.855 famílias beneficiárias.

Portanto, considerando o resultado das duas vigências disponíveis, observa-se que houve um aumento de 3% no percentual de acompanhamento. As famílias não localizadas em ambos os semestres, obtiveram um percentual de 9,1% e foram as que mais pesaram no processo de não acompanhamento das famílias. A redução das mesmas se dará mediante a atualização cadastral dos endereços, permitindo desta forma, sua localização para acompanhamento. Houve um decréscimo importante em relação às famílias não visitadas de 2,2% para 0,2%, o que demonstra um esforço maior na rede para visitar todas as famílias. As famílias localizadas e não acompanhadas também reduziram o percentual de 1,2% para 0,4% o que evidencia a importância do retorno regular do ACS às famílias não acompanhadas. Isto também demonstra um cuidado maior junto a esta população no território.

Entre as dificuldades e problemas encontrados no processo de trabalho dos Centros de Saúde cita-se: as micro áreas descobertas pelos ACS que dificultam a cobertura de acompanhamento das famílias, a falta de digitadores, a baixa qualificação dos dados com a repetição dos mesmos (ex: repetição de medidas, acontecendo inclusive o decréscimo de altura), entre outros.

Em relação aos Distritos, as dificuldades foram: falta da referência técnica distrital para acompanhamento do Bolsa Família e a conclusão da definição de suas atribuições.

Em relação ao nível central, a principal dificuldade é a definição das atribuições da referência técnica distrital, uma vez que algumas estão lotadas na GEREPI e outras na GERASA, além da definição das atribuições da referência serem de ambos os setores.

Diante do quadro acima, as principais ações a serem realizadas para incrementar o processo do acompanhamento são: definir e pactuar o papel da referência técnica distrital da Saúde; aprimorar o processo de acompanhamento de populações específicas como a população de rua, entre outras; validar os fluxos para discussão e o manejo intersetorial dos casos mais complexos dos beneficiários do Bolsa Família.

No segundo semestre de 2015, o sistema estima a existência de 2.008 gestantes dentro das 54.855 famílias beneficiárias. Desse total, foram localizadas 913 gestantes, sendo todas acompanhadas pelo SUS-BH.

Em relação ao acompanhamento das gestantes às consultas previstas no protocolo de pré-natal da SMSA/SUS-BH, trabalhou-se com o número de gestantes captadas no denominador (que abriram o SIS Pré-Natal) e/ou a informação da gestante para o ACS,

durante as visitas domiciliares, do seu estado de gravidez, quando esses profissionais visitam o domicílio com o Mapa de Acompanhamento do Programa Bolsa Família. O protagonismo da gestante é fundamental para que haja a captação da sua situação de gestação, com vistas ao acompanhamento e recebimento do Benefício Variável à Gestante. A proatividade e o vínculo dos membros da EqSF com a sua população também é fundamental, uma vez que são observados percentuais menores na captação precoce até o 1º trimestre, junto às mulheres pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade social.

O mesmo raciocínio é aplicado para as crianças. Neste contexto, Belo Horizonte acompanhou todas as crianças em relação à condicionalidade relacionada à saúde no Programa Bolsa Família: a imunização.

O acesso à saúde e com ele, o acompanhamento e a vigilância à saúde dos beneficiários do Bolsa Família são uma tarefa de tamanha importância que o tornou um dos Indicadores para o monitoramento quadrimestral realizado pela SMSA BH, na perspectiva do exercício de Gestão da Equidade.

2.4.6. População em Situação de Rua

O avanço e a consolidação da Política Municipal de Saúde para a População em Situação de Rua de BH dependem dos vários agentes envolvidos nas ações desenvolvidas para esse segmento: Poder Público Municipal, Entidades não Governamentais que trabalham com ações de promoção para esse público, Sociedade Civil e outras Esferas Governamentais. Isso exige o estabelecimento contínuo e permanente de interlocução, articulação e interação desses diversos atores e de investimentos em ações compartilhadas.

A SMSA BH trabalha sistematicamente com a Secretaria Municipal Adjunta da Assistência Social (SMAAS), desde o ano de 2010, para o fortalecimento e efetivação dos meios de articulação e parceria entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social. Além disso, vem trabalhando, também, com outras secretarias e órgãos municipais, estaduais e federais, entidades da sociedade civil e com os próprios moradores em situação de rua, respeitando o seu protagonismo nesta construção.

A saúde da população em situação de rua não apresenta diferenças substanciais da saúde do restante da população de risco muito elevado de BH, mas apresenta algumas particularidades, que devem ser consideradas, como a pouca aderência ao espaço social.

Em 2008, a SMSA deu início ao processo de descentralização da atenção à saúde dos moradores em situação de rua. Em 2009, não tendo avanços significativos no processo de descentralização, o CS Carlos Chagas continuou a funcionar como a grande referência da Cidade. Em 2010, a estruturação da política municipal de saúde para essa população foi retomada, com investimento na descentralização do atendimento, ficando cada Centro de Saúde responsável pelas ações de saúde para os moradores em situação de rua de sua área de abrangência. O CS Carlos Chagas, passou, aí, a responder pela população do seu território e ficou responsável, também, pelo matriciamento dos outros profissionais da rede.

A APS, como coordenadora do cuidado, assumiu seu papel de destaque na articulação dos atendimentos prestados pelo restante da rede, buscando assim, garantir o acesso e a integralidade da atenção em saúde para a população em situação de rua. Atualmente, todos os equipamentos e serviços do SUS BH atendem os moradores em situação de rua, como todo e qualquer cidadão de BH. A importância e os efeitos da descentralização da atenção em saúde para essa população podem ser percebidos quando se analisam os dados referentes, por exemplo, aos locais utilizados por essa população para tratamento em caso de doença. De acordo com os dados do “3º Censo de População em Situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte”, realizado em 2013, os locais mais buscados foram os Centros de Saúde (44,2%), as UPA e os hospitais (49%).

O eixo estruturador da política municipal de saúde para a população em situação de rua de BH consiste em ações e estratégias de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde apresentadas por essa população.

2.4.7 Terapia Comunitária Integrativa

Desde 2009, através de convênio com o Ministério da Saúde, a SMSA BH iniciou a implantação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na atenção primária, formando de 41 terapeutas comunitários, sendo 25 ACS, 02 profissionais de nível médio e 14 de nível superior.

Esses terapeutas passaram a ofertar Rodas de TCI nos Centros de Saúde onde estavam inseridos. O objetivo das Rodas é fazer com que o grupo de participantes, evoluam na direção da expansão da consciência sobre seus problemas e sobre suas soluções.

Em 2015, foi consolidada a "Intervisão" mensal como estratégia de educação

permanente e continuada. Os encontros de “Intervisão” favorecem o monitoramento e a avaliação do método e processo de trabalho. Também promove a revisão da formação educacional baseada nas dificuldades apontadas pelos terapeutas, visando garantir e qualificar a prática. Propicia ainda a superação ou melhoria dos problemas apresentados. A Terapia Comunitária Integrativa é um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos antepassados indígenas, africanos, europeus e orientais, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um.

Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, privadas, a Terapia Comunitária Integrativa se propõe a cuidar da saúde comunitária em espaços públicos, valorizando a prevenção. Prevenir é, sobretudo, estimular o grupo a usar sua criatividade e construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos. Ver além da carência para ressaltar a competência. O sofrimento vivenciado é uma grande fonte geradora de competência, que precisa ser valorizado e resgatado na própria comunidade, como uma forma de reconhecer o saber construído pela vida. Poder mobilizá-los no sentido da promoção de vínculos solidários é uma forma de consolidar a rede de apoio aos que vivem situações de conflitos e sofrimento psíquico. O aprender coletivo gera uma dinâmica de inclusão e empoderamento.

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.

Em 2015, visando consolidar a implementação desta iniciativa, foi proposta a oferta do “Curso de Formação em Terapia Comunitária“ para mais 50 profissionais da rede a ser oferecido até o ano 2016. Se concretizado e uma vez formado mais uma turma de terapeutas em TCI, será possível à SMSA BH tornar-se Polo Formador junto ao órgão normatizador da categoria, a Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Em setembro de 2015, durante a realização do VIII Congresso Brasileiro e V Congresso Internacional de Terapia Comunitária Integrativa em Ouro Preto, houve a efetiva participação de profissionais de Belo Horizonte. Foram feitas apresentações orais e expositivas de trabalhos e artigos científicos, além de palestras de profissionais do SUS BH. Em novembro de 2015 foi constituído o Grupo condutor da TCI na APS, com o fim de planejar e desenvolver ações para a implementação

das Rodas de TCI, divulgando este instrumento junto aos profissionais e comunidade. A TCI faz parte de uma efetiva política de promoção da saúde. 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 2016.

2.4.8. Promoção da Igualdade de Raça e Cor

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos evitáveis, desnecessários e injustos à saúde da população. Em 2015 algumas pactuações e articulações foram realizadas com relação às questões de promoção da igualdade de raça e gênero. No Plano de Educação Permanente da SMSA BH, a abordagem destas questões nas ações educacionais desenvolvidas pelo CES tendeu a se tornar transversal. O intuito é contribuir para reduzir seus impactos nas determinações de saúde e nas ações de assistência, na defesa da equidade e na gestão das políticas públicas. Representantes da GEAS participaram de fóruns como o Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial. Os distritos sanitários contam com participação de referências técnicas nas Comissões Gestoras Distritais de Promoção da Igualdade Racial nas 9 regionais administrativas. Para 2016 está definida a constituição de um Comitê de Raça e Gênero para o acompanhamento, monitoramento e avaliação dessas ações transversais no município.

3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No município de 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.

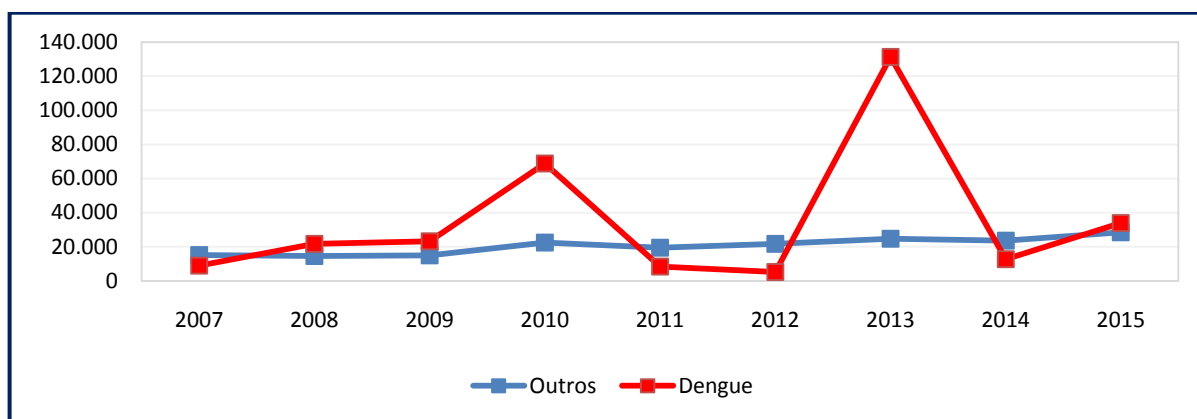
A seguir, estão descritas as principais atividades de vigilância que tem por objetivo a promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, separadas por áreas de atuação. As ações incluem abordagens individuais e coletivas e visam o controle de determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios.

3.1. Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis

3.1.1. Dengue, Chikungunya e Zika

A dengue é a doença de notificação compulsória (DNC) com maior número de registros em Belo Horizonte, tendo representado mais de 70% de todas as notificações ocorridas em 2010. Em 2011 e 2012 houve uma redução no número de casos, passando a corresponder a 19% 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 35% do total de notificações. Em 2015 houve um aumento dos casos notificados em relação ao ano anterior, representando 54% 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 23).

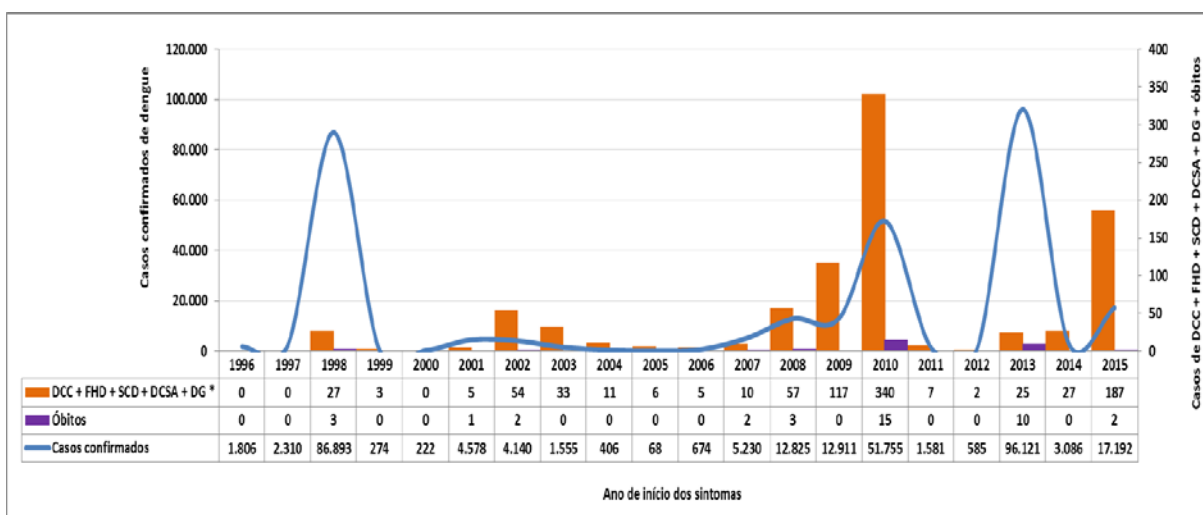
Gráfico 23 - Notificações de dengue e outras DNC, Belo Horizonte, 2007-2015



Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH; residentes em Belo Horizonte, atualização 04/03/2016.

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 houve uma redução do número de notificações. Já em 2015, houve um aumento em relação ao ano anterior, foram notificados 33.967 casos suspeitos. Desses, 17.192 (54%) foram confirmados, 182 casos apresentaram algum sinal de alarme, cinco casos apresentaram um quadro de dengue grave e dois casos evoluíram para óbito (Gráfico 24).

Gráfico 24 - Casos confirmados de dengue, FHD, DCC e óbitos, Belo Horizonte, 1996-2015



Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, residentes em Belo Horizonte; dados referentes as séries históricas de 1996 a 2015, atualização 04/03/2016. *Soma dos casos de dengue com complicações, dengue com sinais de alarme, febre hemorrágica do dengue, síndrome do choque do dengue e dengue grave.

A situação epidemiológica e a distribuição dos casos do município, ao longo da série 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 uma incidência menor. Os anos com menores incidências foram 2005, com três casos por 100.000 habitantes, e 2000 com 9,9 casos, por 100.000 habitantes.

Tabela 7 - Casos confirmados, óbitos e incidência de dengue, Belo Horizonte, 1996-2015

Ano	Casos confirmados	Óbitos	Incidência
1996	1.806	0	86,4
1997	2.310	0	110,5
1998	86.893	3	4.154,80
1999	274	0	13,1
2000	222	0	9,9
2001	4.578	1	204,5
2002	4.140	2	184,9
2003	1.555	0	69,5
2004	406	0	18,1
2005	68	0	3
2006	674	0	30,1
2007	5.230	2	233,6
2008	12.841	3	573,6
2009	12.911	0	576,8
2010	51.755	15	2.179
2011	1.581	0	66,6
2012	585	0	24,6
2013	96.121	10	4046,9
2014	3.086	0	129,9
2015	17.192	2	723,8

Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, residentes em Belo Horizonte, atualização 04/03/2016.

¹A incidência foi calculada pela seguinte fórmula: (Número de casos confirmados de dengue em residentes de 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 2015 = 2.375.151)

O Distrito Sanitário (DS) Noroeste apresentou o maior número de casos confirmados, 3.130 (71%), (positividade de todos os casos notificados do DS); em segundo lugar, o Distrito Sanitário Norte com 3.129 (66%). O distrito sanitário com menor número de casos confirmados foi o Distrito Sanitário Centro Sul, com 642 (48%) casos confirmados. O com maior número de notificações foi o Barreiro com 5.361 (16%) (percentual em relação a todos os casos notificados) e o Distrito Sanitário Norte ficou em segundo lugar com maior número de notificações: 4.975 (15%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Classificação final dos casos de dengue por DS de residência, Belo Horizonte, 2015

Distrito	Dengue	Dengue com sinais de alarme	Dengue grave	Descartados	Pendentes	Total	% casos confirmados	% casos descartados
Ignorado	33	1	0	51	326	411	40	60
Barreiro	2.887	89	0	2.367	18	5.361	56	44
Centro sul	637	4	1	705	133	1.480	48	52
Leste	1.215	2	0	1.632	592	3.441	43	57
Nordeste	1.774	3	0	1.888	215	3.880	48	52
Noroeste	3.116	12	2	1.258	125	4.513	71	29
Norte	3.102	27	0	1.633	213	4.975	66	34
Oeste	1.570	0	0	1.782	74	3.426	47	53
Pampulha	1.396	42	0	2.157	52	3.647	40	60
Venda Nova	1.275	2	2	1.444	110	2.833	47	53
Total	17.005	182	5	14.917	1.858	33.967	54	46

Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 04/03/2016.

Em 2012 foram realizados 880 testes rápidos NS1 para dengue e 66 (7,5%) foram positivos. 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. No ano de 2015 foram realizados 2333 testes rápidos NS1, desses 577 (25%) foram positivos. Todas as amostras positivas e aproximadamente 10% das negativas foram enviadas para isolamento viral na FUNED.

A equipe da Gerência de Epidemiologia e Informação (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 grave 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 Municipal para o enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika em Belo Horizonte e discussão semanal ou quinzenal dos mesmos no Grupo Executivo de Controle da Dengue, Chikungunya e Zika (GECDCZ), 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 Teste Rápido NS1 para os Laboratórios das UPAs e Laboratórios Distritais;
- Ampliação do uso do Teste Rápido NS1 em hospitais estaduais e municipais, com fornecimento dos kits durante todo o ano de 2015;
- Implantação de nova ficha da dengue contemplando informações sobre co-morbidades e sinais de alarme;
- Acompanhamento trimestral do indicador para a Bonificação Variável do Agente de Controle de Endemias (ACE);
- Divulgação das análises aos distritos para correções e acompanhamento.

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 em vários estados do Brasil 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 o caso foi descartado (resultado negativo).

Em 2015 foram confirmados oito casos importados de Chikungunya, todos com história de viagem para a região nordeste do Brasil (Tabela 9).

Tabela 9 – Casos Confirmados Importados de Chikungunya 2015

Caso	Distrito de residência	Local provável de infecção
1	Leste	Ipirá (Bahia)
2	Leste	Ipirá (Bahia)
3	Leste	Pontal do Coruripe (Alagoas)
4	Leste	Pontal do Coruripe (Alagoas)
5	Oeste	Pontal do Coruripe (Alagoas)
6	Barreiro	Itabaiana (Sergipe)
7	Norte	Santa Maria do Cambucá (Pernambuco)*
8	Leste	Trindade (Pernambuco)

* IgM positivo da Unimed

Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 04/03/2016.

Ações realizadas para a implantação da vigilância do Chikungunya:

- Elaboração do Plano de Contingência Municipal para o enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika em Belo Horizonte;
- Capacitação dos médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento e Hospitais;
- Elaboração e distribuição de cartaz informativo e do Informe Técnico sobre manejo clínico do Chikungunya;
- Elaboração e distribuição do cartaz com fluxograma que orienta a abordagem do paciente;
- Sensibilização das equipes por webconferência sobre importância da suspeita clínica de Chikungunya em pacientes oriundos de áreas de circulação da doença;
- Incremento de profissionais de apoio para Unidades de Atenção Básica, Urgência e Hospitalar;

- Avaliação da situação epidemiológica e divulgação das análises semanais aos DS;
- Instituída sala de situação junto ao GECDZ para análise dos casos e tomada de decisão.

Vigilância da Zika

O Zika vírus (ZikaV) é um RNA vírus, do gênero Flavivírus, família Flaviviridae. Foi isolado pela primeira vez em primatas não humanos em Uganda, na floresta Zika em 1947. O principal modo de transmissão descrito do vírus é por vetores (*Aedes*).

Há registro de circulação esporádica na África (Angola, República Central Africana, Gâmbia, Uganda, Zâmbia, Nigéria, Tanzânia, Egito, África Central, Serra Leoa, Gabão, Senegal, Costa do Marfim, Camarões, Etiópia, Quênia, Somália e Burkina Faso), Ásia (Malásia, Índia, Paquistão, Filipinas, Tailândia, Vietnã, Camboja, Índia, Indonésia) e Oceania (Micronésia, Polinésia Francesa, Nova Caledônia, Ilhas Cook, Ilhas Salomão e Vanuatu).

Nas Américas foi confirmada a transmissão autóctone do vírus Zika na Ilha de Páscoa (Chile) em fevereiro de 2014. Recentemente foi notificado o primeiro caso de infecção autóctone na Colômbia, no estado de Bolívar.

Os primeiros casos autóctones confirmados no Brasil ocorreram no Nordeste, em abril de 2015, e desde então, houve aumento do número de casos em vários estados brasileiros, inclusive em Minas Gerais. No final de 2015, o Ministério da Saúde informou a associação entre a infecção pelo vírus Zika em gestantes e o aumento do número de microcefalias em recém-nascidos.

Dessa forma, a GVSI, GEAS, GDIG e GEUR construíram conjuntamente um plano de contingência para a prevenção e enfrentamento da doença no município. O município de Belo Horizonte adotou a definição de caso do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES), onde todos os pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso, acompanhado de pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre; hiperemia conjuntival sem secreção e prurido; poliartralgia e edema periarticular, estão sendo investigados como suspeitos de infecção pelo vírus Zika. Em casos de gestantes, o critério é mais sensível, sendo necessário apenas a presença do exantema para ser considerado um caso suspeito de Zika vírus. Em 2015 foram notificados 18 casos suspeitos, desses cinco casos

foram descartados e foi confirmado o primeiro caso autóctone do vírus Zika no município. Até o momento 12 casos ainda continuam em investigação (Tabela 10).

Tabela 10 – Casos notificados por suspeita de Zika, Belo Horizonte 2015.

Distrito de Residência	Total de notificações	Notificações Gestantes	Casos Confirmados	Casos Descartados	Pendentes
Barreiro	1			1	
Centro Sul	3	1			3
Leste					
Nordeste	1	1		1	
Noroeste					
Norte					
Oeste	3	1		2	1
Pampulha	7	2	1		6
Venda Nova	1	1		1	
Outros municípios	2				2
Total	18	6	1	5	12

Fonte: SINAN NET/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 04/03/2016.

Ações realizadas para a implantação da vigilância do Vírus Zika:

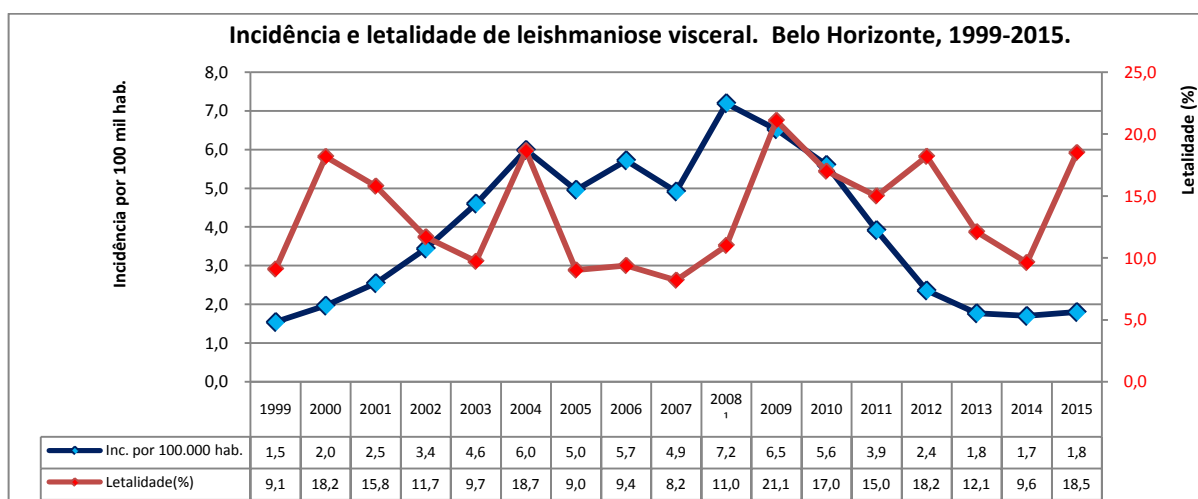
- Elaboração do Plano de Contingência Municipal para o enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika em Belo Horizonte;
- Capacitação dos médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento e Hospitais;
- Elaboração e distribuição de Notas Técnicas sobre o Manejo Clínico de Casos Suspeitos de Infecção por Vírus Zika na Rede SUS/BH;
- Sensibilização das equipes por meio de treinamentos sobre a importância da vigilância de todas as gestantes com exantema;
- Incremento de profissionais de apoio para Unidades de Atenção Básica, Urgência e Hospitalar;
- Avaliação da situação epidemiológica e divulgação das análises semanais aos DS;
- Instituída sala de situação junto ao GECDCZ para análise dos casos e tomada de decisão.

3.1.2. 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 25). 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 2.586 exames desde maio de 2010, com identificação de 432 pacientes positivos (Tabela 11).

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 25 - Incidência e letalidade por leishmaniose visceral humana, Belo Horizonte, 1999-2015*



Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH dados até 18/01/2016

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

² Dados parciais

Tabela 11 - Testes rápidos realizados em Belo Horizonte para diagnóstico de leishmaniose visceral, maio 2010 a 2015

Ano	Positivo		Negativo		Indeterminado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2010	88	31,10	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	44	10,43	377	89,34	1	0,24	422
2015	104	14,79	599	85,21	-	-	703
Total	432	16,71	2149	83,10	5	0,19	2586

Fonte: GEEPI/GVSI/SMSA/PBH

Atualizado: 18/01/2016

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

Entre 2008 e 2015 foram notificados 713 casos humanos autóctones de LV, em Belo Horizonte. Observa-se uma diminuição de casos da doença 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 12 - Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral por Distrito Sanitário e Ano de Ocorrência. Belo Horizonte, 2008 a 2015

DISTRITO	2008		2009		2010*		2011		2012*		2013*		2014*		2015*	
	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc	Casos	Tx Inc
Barreiro	11	4,2	13	5	18	6,4	10	3,5	6	2,1	5	1,8	3	1,1	7	2,5
Centro Sul	8	3,1	7	2,7	2	0,7	6	2,2	2	0,7	2	0,7	2	0,7	3	1,1
Leste	15	5,9	9	3,5	14	5,6	12	4,8	8	3,4	8	3,4	3	1,3	5	2,1
Nordeste	42	15,3	16	5,8	27	9,3	11	3,8	7	2,4	5	1,7	7	2,4	6	2,1
Noroeste	28	8,3	25	7,4	16	4,8	11	3,3	10	3,7	2	0,7	5	1,9	4	1,5
Norte	13	6,7	19	9,8	11	5,2	10	4,7	7	3,3	2	0,9	6	2,8	4	1,9
Oeste	9	3,4	16	6	15	5,2	7	2,4	5	1,6	6	1,9	4	1,3	1	0,3
Pampulha	5	3,5	7	4,9	10	5,3	5	2,7	2	0,9	5	2,2	2	0,9	2	0,9
Venda Nova	26	10,6	24	9,8	13	5	16	6,1	5	1,9	2	0,8	6	2,3	7	2,6
Ignorado	4		10		6		5		4		5		3		3	
Total	161	7,2	146	6,5	132	5,6	93	3,9	56	2,4	42	1,8	41	1,7	42	1,8

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

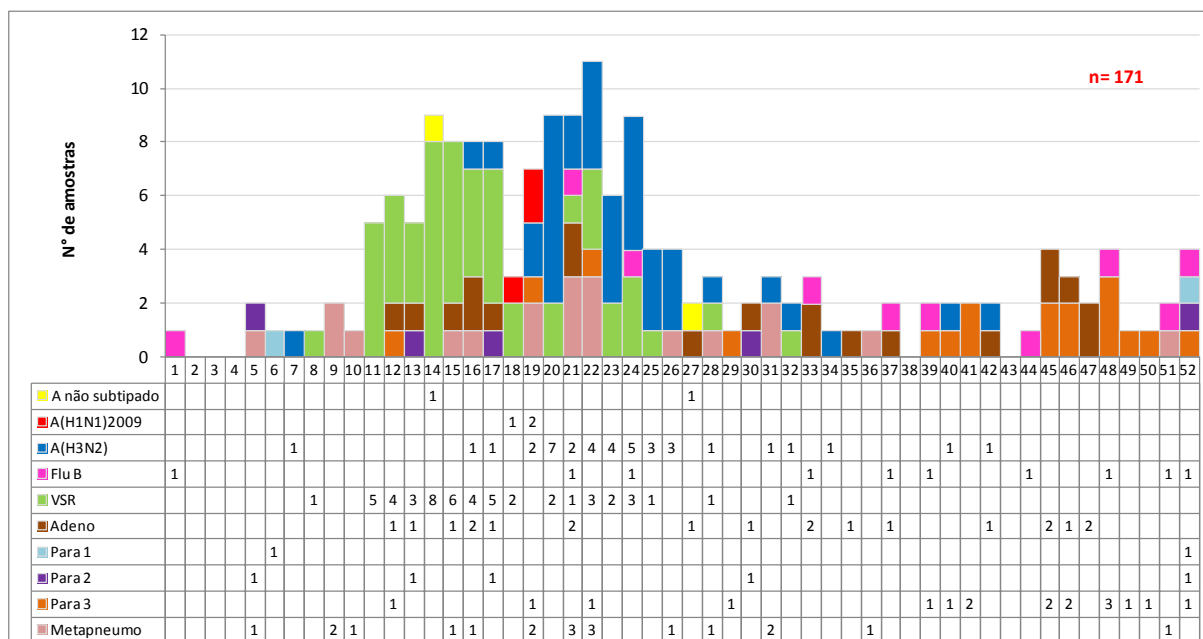
* população: censo 2000 (até 2009); censo 2010 (2010 e 2011); censo 2010 alteração AAB (2012)3

3.1.4 Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Os objetivos da vigilância de SRAG consistem na identificação dos principais vírus respiratórios relacionados a formas graves, novos vírus com potencial pandêmico e os vírus Influenza circulantes, para compor a vacina anual conforme a orientação da OMS, além de fortalecer a vigilância epidemiológica hospitalar. Essa vigilância, iniciada em 2011, tem contribuído no conhecimento dos vírus respiratórios circulantes no município que são passíveis de identificação (influenza A e subtipos, influenza B, parainfluenza 1, 2 e 3, adenovírus, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e metapneumovírus). Em julho de 2015, a Funed incluiu o metapneumovírus no painel de diagnóstico para outros vírus respiratórios pelo RT-PCR em tempo real. Algumas amostras são encaminhadas para o Laboratório de Referência Nacional – FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, para validação e identificação de outros vírus.

No ano de 2015, foram notificados 860 casos de SRAG. Destes, 730 pacientes tiveram coleta de amostra de secreção respiratória. Do total de amostras processadas, 167 (22,9%) foram positivas para vírus respiratórios. Foram identificados 171 vírus sendo que em quatro amostras houve a coinfeção (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Vírus respiratórios identificados em pacientes com SRAG por SE de notificação, Belo Horizonte, 2015



Fonte: Influenza/GVSI/GEEPI/SMSA/PBH 02/02/2016

3.1.5 Vigilância da Tuberculose

A incidência de tuberculose com confirmação laboratorial no município foi, em 2014, de 14,9 casos por 100 mil habitantes e foram diagnosticados 488 casos bacilíferos de tuberculose, dos quais 69,8 % foram curados e 16,2 % 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. Com a mudança da versão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação foi realizado um treinamento de cálculo dos indicadores e manuseio do sistema com os distritos sanitários de Belo Horizonte.

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 2015 a taxa de detecção foi de 1,8 casos novos a cada 100.000 habitantes. Este resultado representa um aumento de 2% em relação ao ano de 2014. Com relação à análise da coorte de tratamento do ano 2015 (casos novos paucibacilares diagnosticados em 2014 e multibacilares em 2013) o resultado foi de 87,8% de cura, ficando, portanto, abaixo da meta de 90%. Em 2015, 79,4% dos contatos intradomiciliares foram examinados, resultado abaixo do parâmetro nacional de 80%. Está prevista para 2016 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, que hoje são acompanhados pelos distritos sanitários, em conjunto com as Gerencias de Assistência e Epidemiologia da

Secretária Municipal de Saúde. Foi criado o Comitê para discussão e acompanhamento de casos de Hanseníase e Tuberculose, 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 agravo.

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 oito médicas (seis plantonistas) e duas enfermeiras 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 orientações quanto aos fluxos e condutas adequadas a cada caso, além de 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 2015, foram realizadas investigações de 43 óbitos, sendo dois corridos em 2013, dez em 2014 e 31 em 2015. As informações obtidas nas investigações auxiliam na qualificação dos bancos de dados (SIM, SINAN, Influenza/SMSA) e auxiliam no entendimento de pontos críticos a serem melhorados na assistência.

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.

É válido destacar, no ano de 2015, a importante atuação da equipe frente a eventos inusitados e emergências de saúde pública que ocorreram no município. Destacam-se os surtos de parotidite infecciosa ocorridos em algumas instituições de ensino, iniciado no meio do ano, o caso do paciente suspeito de Ebola, notificado em novembro, e mais tarde a ameaça provocada pela introdução do Zika Vírus e a microcefalia possivelmente relacionada a ele.

3.1.9. Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Mortalidade

A) Vigilância de Violências e Acidentes

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

- 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 auto-infligida: realizada ação no Hospital João XXIII junto ao setor de toxicologia para melhorar a notificação de violência auto-infligida;
- Início do processo de elaboração da cartilha “Prevenção de acidentes na

infância”;

B) Vigilância de Doenças Crônicas não-Transmissíveis

- 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;
- Revisão do Plano Municipal de Enfrentamento de DCNT (juntamente com a GEAS);
- Participação no “Dia Mundial da Saúde/Dia Mundial da Atividade Física – 2015, com o tema Alimentação Saudável”;
- Participação no “Dia Mundial do Diabetes – 2015”;
- 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 “Promoção à Saúde”, juntamente com o GT-Promoção da Saúde;
- Boletins: divulgação para os profissionais da rede, inclusive via web (Portal da SMSA-PBH):
 - Elaboração e divulgação do boletim VIGITEL – análise da série histórica 2006-2013
 - Elaboração do boletim PeNSE 2012 (no prelo)
- Integração com a Coordenação da Academia da Cidade: participação nas reuniões do Grupo de Pesquisa Saúde e Exercício, com ênfase na Promoção da Saúde;
- Definição, implantação e monitoramento dos Indicadores Estratégicos:
 - Percentual de hipertensos e/ou diabéticos fumantes;
 - Percentual de egressos por diabetes mellitus acompanhados na APS;
 - Percentual de casos novos de doença renal crônica (DRC) que iniciaram hemodiálise na internação acompanhados no Centro de Saúde.
- Treinamento de referências técnicas de DCNT e demais áreas da Vigilância em conhecimentos básicos de estatística e análise de situação de saúde:

- Análise do VIGITEL (DATA)
- Análise de Carga de Doenças (DATA)
- Treinamento em Bioestatística (DATA)
- Promoção da Reunião sobre Estudo Nacional de Carga Global de Doenças – GBD Brasil/2015, em 07/08/2015, com participação das coordenadoras do projeto Dra. Fátima Marinho (Ministério da Saúde), Profa. Dra. Elisabeth França (Faculdade de Medicina da UFMG) e palestra do Prof Mohsen Naghavi (Institute for Health Metrics e Evaluation, Washington University);
- Integração com a Vigilância Ambiental: discussões pontuais relacionadas a Projetos ambientais;
- Participação no Projeto Izidora – Ação no Centro de Saúde Etelvina Carneiro e respectiva área de abrangência;
- Apoio na realização da PeNSE 2015, pelo IBGE.

3.1.10. Projeto Vida no Trânsito

Foram produzidos relatórios de análise detalhada dos acidentes de trânsito fatais e graves ocorridos no município, gerados a partir da integração dos bancos de dados da saúde e do trânsito, e analisados pelo Grupo Gestor da Informação em reuniões semanais.

- Expansão do Sistema Dinâmico de Melhoria Contínua – Escolas Seguras: ampliação para abrangência de 20 escolas municipais, com atuação integrada junto à Secretaria Municipal de Educação e BHTRANS. Evento de Culminância com a premiação das Escolas que executaram o plano proposto ao longo do ano letivo em dezembro de 2015;
- Integração com o Mobiliza-SUS: parceria na implantação dos Sistemas Dinâmicos de Melhoria Contínua – Escolas Seguras do PVT e Programa Saúde na Escola, com visita às escolas, e continuidade das atividades educativas voltadas para a segurança viária utilizando os espaços das Academias da Cidade;
- Atividade de apoio a quatro capitais do país dentro do Plano de Expansão Nacional do Projeto Vida no Trânsito.

- Apresentação do desenvolvimento do Projeto Vida no Trânsito em Belo Horizonte e em outras capitais na Pré-Conferência da 2ª Conferência Global de Alto Nível em Segurança Viária, ocorrida em Brasília nos dias 18 e 19 de novembro de 2015.
- Participação na 2ª Conferência Global de Alto Nível em Segurança Viária, ocorrida em Brasília nos dias 18 e 19 de novembro de 2015.
- Apoio às ações educativas voltadas para alunos de 13 e 14 anos do ensino regular sobre segurança no trânsito e cidadania, através de repasse de recurso para compra de cenário e contratação de recursos humanos;
- Apoio na confecção de material educativo (jogo de cartas) alusivo à direção segura por motociclistas, distribuídos em blitzes educativas;
- Apoio na elaboração e apresentação do Seminário de Segurança Viária de Belo Horizonte, realizado pela BHTRANS em setembro de 2015;
- Planejamento integrado com outras instituições e participação nas atividades comemorativas da Semana Nacional do Trânsito e Dia em Memória às Vítimas de Trânsito.

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 13 mostra os óbitos investigados, segundo a fonte utilizada e observa-se redução progressiva no percentual de óbitos com causas mal definidas pós-investigação. A diminuição no número de óbitos investigados e a redução no percentual de causas mal definidas, indica também melhoria na declaração dos óbitos na cidade, podendo traduzir resultado das intervenções junto aos médicos e Comitês de Óbito dos hospitais, como palestras para os médicos residentes.

Tabela 13 - Distribuição dos óbitos ocorridos em BH por fonte de investigação, 2008-2014

Fonte de Investigação	Ano						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Comitê de Morte Materna e/ou Infantil	485	104	944	1.024	725	549	352
Visita domiciliar/Entrevista família	66	70	7	2	1	8	37
Estabelecimento de Saúde / Prontuário	7	13	47	87	109	165	330
Relacionamento com outros bancos de dados	24	96	88	34	78	81	18
IML	2.643	3.304	2.716	3.028	3.039	2.942	2.430
Outra fonte	247	210	51	10	17	15	36
Múltiplas fontes	140	41	476	440	657	595	546
Total de óbitos investigados	3.612	3.838	4.329	4.625	4.626	4.355	3.749
% de óbitos investigados	17	18	20	21	20	19	17
Óbitos com causa mal definida pós-investigação	1.225	1.106	963	1.041	958	942	874
% de óbitos com causa mal definida pós-investigação	6	5	4	5	4	4	4
Total de óbitos	21.286	21.365	21.568	21.721	22.594	22.661	22.729

3.1.12. Saúde do Viajante

Criado em janeiro de 2012 para atender moradores da capital e turistas que passam pela cidade, o Serviço de Atenção à Saúde do Viajante tem como objetivo orientar viajantes sobre doenças transmissíveis e oferecer informações sobre medicações, vacinações pendentes, vacinas recomendadas e/ou exigidas.

O serviço, ao longo destes três anos ampliou o número de atendimentos. Atualmente, em média, são atendidas setenta pessoas por dia, número que chega a 130 durante os meses de maior movimento. Em 2015 foram atendidos 13.755 viajantes e foram aplicadas 19.032 doses de vacinas.

A unidade emite o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) com a comprovação do recebimento das vacinas. Assim como em outras unidades de saúde, também são oferecidas vacinas para febre amarela, dupla adulto (difteria e tétano), tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e hepatite B. Entretanto, mesmo com essas vacinas sendo disponibilizadas pelas unidades de saúde, a unidade muitas vezes capta viajantes com o cartão de vacinas desatualizado e funciona como mais um reforço na saúde pública.

Além de oferecer a emissão do certificado internacional, a unidade também dispõe dos serviços de pré-viagem, indicando vacinação e medidas de precaução levando em conta fatores como destino, condições pessoais, atividades das quais a pessoa pode vir a participar, avaliação de surtos e abordagem sobre prevenção de doenças para as quais não há imunização. Também é realizado o serviço de pós-viagem, em que há um acompanhamento do estado de saúde caso a pessoa apresente algum sintoma. A avaliação vem acompanhada de uma vasta pesquisa diária sobre informações de possíveis surtos ou doenças internacionais.

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.

Todas as publicações da Vigilância em Saúde estão disponibilizadas no portal da saúde, na página de “Publicações da Vigilância” e são divulgadas também por meio eletrônico e impressas, quando necessário.

Figura 1 – Boletins informativos da Vigilância em Saúde - 2015



3.1.14. Imunização

Para promover impacto sobre as doenças imunopreveníveis, é necessário atingir e manter coberturas vacinais altas e homogêneas para cada vacina, sendo de fundamental importância a avaliação rotineira desses resultados.

As vacinas do calendário da criança, em sua maioria têm como meta operacional atingir coberturas mínimas de 95%, exceção para BCG e rotavírus estabelecidas em 90% e febre amarela em 100% em áreas de risco.

Historicamente, o método de avaliação do indicador de coberturas vacinais utilizados no país é o método administrativo (número de doses/população alvo*100), o qual estima a proporção da população alvo protegida. Contudo, tem como desvantagem os erros de estimativas populacionais e de registro de doses, além de não desagregar dados de cobertura, por bairro ou ruas, o que dificulta identificar as pessoas não vacinadas, acumulando suscetíveis ao longo dos anos.

Por esse motivo, o país passou a adotar a estratégia de realizar anualmente o Monitoramento Rápido das Coberturas Vacinais, o qual é um método direto de avaliação das coberturas vacinais, escolhendo-se aleatoriamente a população a ser entrevistada. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendam o Monitoramento para supervisão das ações de vacinação e vem sendo adotado em vários países das Américas como ação rotineira. O Monitoramento Rápido é um método extremamente útil para definir ou redefinir ações de vacinação, melhorar as coberturas vacinais e homogeneizar as coberturas. O âmbito para coleta de dados é o domicílio, localizados em setores censitários selecionados por sorteio.

Em 2015, para o Monitoramento Rápido foram selecionadas as crianças de 6 meses a 4 anos de idade e todas as vacinas do calendário infantil. Assim, durante o mês de novembro de 2015, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, realizou em toda a cidade o Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal, a fim de verificar a situação vacinal das crianças e caso fosse encontrado crianças com atraso vacinal, imediatamente era oferecido a vacina. Para esse trabalho, foram contratados 18 enfermeiros.

A meta do município era a abordar 3.675 crianças na faixa etária selecionada, o que foi superada. No total, foi investigada a situação vacinal de 3.705 crianças, sendo constatada cobertura vacinal acima de 95% no esquema primário para todas as doenças imunopreveníveis.

Tabela 14 – Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRC), Belo Horizonte, 2015

Crianças residentes em Belo Horizonte	Faixa etária (6 m a < 5 anos de idade)							Situação Vacinal encontrada (verificação no cartão de vacinação)					
	6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 14 meses	1 ano e 3 meses a < 2 anos	2 Anos	3 Anos	4 Anos	TOTAL	Vacina	Tipo de dose	Crianças com esquema vacinal completo	Crianças sem esquema vacinal completo	Cobertura vacinal no MRC
3705	303	299	269	588	767	752	716	3694	BCG	DU	3694	0	100,0
									Tetra/Penta	D3	3635	59	98,4
									VIP OU VOP	D3	3656	38	99,0
									VOP	REF 1	2799	24	99,1
										REF 2	681	35	95,1
									Pneumo 10	D3	3653	41	98,9
										REF	3028	64	97,9
									VORH	D2	3667	27	99,3
										D2	3670	24	99,4
									Meningo C	REF	2785	38	98,7
									Febre Amarela	D1 ou DI	3310	81	97,6
										REF	651	65	90,9
									Tríplice Viral	D1	3046	46	98,5
									DTP	REF1	2786	37	98,7
REF2	654	62	91,3										

*Amostra: 3.675 crianças de 6 meses a < 5 anos de idade encontradas no domicílio e/ou ausentes com comprovante de vacinação. Nº de casas visitadas no MRC: 6867

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 2015 foram realizadas 41.769 vistorias para verificação das condições organizacionais, estruturais e funcionais dos estabelecimentos.

Fórum de discussão - Transporte de Material Biológico Humano

A Vigilância Sanitária municipal, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, (Anvisa) promoveu nos dias 16, 17 e 18 de março de 2015 o Fórum de discussão - Transporte de Material Biológico Humano. O objetivo foi discutir as normas para transporte de material biológico humano e padronizar os processos adotados pelos prestadores de serviços, como laboratórios, hemocentros, fiscais e demais profissionais que lidam com esse tipo de material.

O evento contou com a participação de aproximadamente 120 profissionais, entre

fiscais sanitários, representantes de laboratórios públicos, particulares e hospitalares e membros de transportadoras, além de profissionais ligados aos serviços de hemoterapia (hemocentros). Profissionais das equipes estaduais de vigilância sanitária de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul também participaram dos debates.



No fórum foram apresentadas as seguintes temáticas e discussões:

- Os desafios do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para a implantação das regulamentações relativas ao transporte de material biológico humano - João Batista da Silva Júnior – Gerência de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos –GSTCO/Anvisa
- Apresentação das publicações: Guia para transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico e Guia para transporte de sangue e componentes - Bruna Malacarne – Gerência de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos –GSTCO/Anvisa

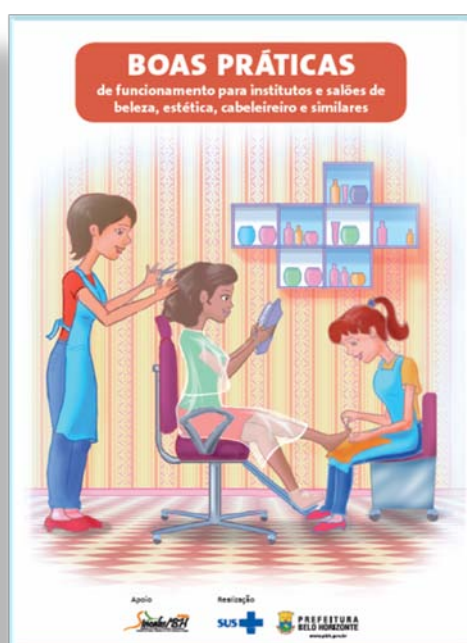
- Fluxos e procedimentos adotados pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte sobre Transporte de Material Biológico Humano - Vigilância Sanitária – Belo Horizonte
- Transporte de material biológico humano - RDC nº 20/2014 e Portaria Conjunta nº 370/2014 – Parte 1: Aspectos gerais de qualidade, terceirização das atividades, responsabilidades, registros e treinamentos - João Batista da Silva Júnior – Gerência de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos – GSTCO/Anvisa
- Transporte de material biológico humano - RDC nº 20/2014 e Portaria Conjunta nº 370/2014 – Parte 2: Classificação de risco biológico - João Batista da Silva Júnior – Gerência de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos – GSTCO/Anvisa
- Transporte de material biológico humano - RDC nº 20/2014 e Portaria Conjunta nº 370/2014 – Parte 3: Embalagem, acondicionamento, rotulagem e biossegurança - João Batista da Silva Júnior – Gerência de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos –GSTCO/Anvisa
- Especificidades regulamentares relativas ao transporte de sangue e componentes - Bruna Malacarne – Gerência de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos –GSTCO/Anvisa
- Validação do transporte de material biológico humano - Abordagem conceitual -Renato de Oliveira Costa – Anvisa
- Validação do transporte de sangue e componentes – Fundação Hemominas
- Validação do transporte de amostras biológicas para fins de diagnóstico clínico
Alessandra
Maldonado – Laboratório Fleury

Boas práticas de funcionamento para institutos e salões de beleza, estética, cabeleireiro e similares.

No dia 24/08/15 a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) lançou a cartilha “Boas práticas de funcionamento para institutos e salões de beleza, estética, cabeleireiro e similares”.

Criada pela Gerência de Vigilância Sanitária (Visa), a cartilha tem como objetivo contribuir para as boas práticas, de forma a garantir a segurança do profissional e dos clientes, além de assegurar a qualidade nos serviços prestados, evitando riscos à saúde, nos 22 mil estabelecimentos, segundo dados do Sindicato dos Salões de Barbeiros, Cabeleireiros, Institutos de Beleza e Similares (Sincabs-BH).

O lançamento da cartilha reuniu cerca de 120 pessoas, entre profissionais da beleza e fiscais da Visa e a distribuição do material está sendo feita durante as vistorias de rotina dos fiscais da Vigilância Sanitária (Visa) e nos eventos do setor.



Controle de Infecção relacionada a assistência à saúde e Segurança do Paciente.

Atualmente, a vigilância sanitária municipal também tem trabalhado na informatização dos dados de infecção hospitalar por meio do programa SIVISE - Sistema de Vigilância Sanitária e Epidemiológica para Infecções Associadas à Atenção a Saúde. Até o 6º dia útil de janeiro/16, 117 Estabelecimentos encontram-se cadastrados no SIVISE. A perspectiva futura, de acordo com o ritmo do desenvolvimento do SIVISE, é de praticamente 100% de cadastros em 2017.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária tem instituindo nos últimos anos várias ações voltadas para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, em

consonância com sua missão que é eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas decorrentes da prestação de serviços e o controle de produtos desde a produção ao consumo.

Dentre estas ações está o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 1º de abril de 2013 por meio da Portaria nº 529 numa parceria entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde (MS). Este programa tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade nos serviços do País. Como parte deste programa, por meio das Portarias MS nº 1.377/2013 e 2.095/2013 foram aprovados 6 protocolos básicos de segurança do paciente: Protocolo para cirurgia segura, para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, para prevenção de úlcera por pressão, para prevenção de quedas, de identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

No primeiro semestre de 2015, foram realizadas diversas reuniões técnicas com objetivo de instrumentalizar os fiscais para as inspeções, sendo abordados os conceitos de segurança, as legislações, os manuais e protocolos instituídos pela ANVISA/MS, como parte da capacitação da equipe.

Quanto à fiscalização nos serviços, inicialmente foram priorizados os hospitais e serviços cadastrados no SIVISE, que foram vistoriados no período de março a junho de 2015 para verificar as ações desenvolvidas para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Os quesitos avaliados referiam-se ao NSP e PSP, tais como recursos humanos, equipamentos, insumos, materiais, normas e rotinas dos processos de trabalho e documentações pertinentes. A seguir serão apresentados dados de 97 serviços.

Dos estabelecimentos vistoriados 43% não apresentaram a constituição formal do NSP, 53% não tinham nomeação atualizada e 62% não possuía núcleo cadastro no NOTIVISA. O NSP não acompanha todas as ações vinculadas ao PSP e os alertas sanitários divulgados pelas autoridades sanitárias em 62% e 58% dos estabelecimentos, respectivamente.

Apenas 40% dos serviços tinham o PSP e em 78% destes o PSP não estabelecia todas as estratégias e ações de gestão de risco, conforme determina a legislação. Apenas 12% possui programa de capacitação com os quesitos estabelecidos pela ANVISA no caderno Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

A notificação de todos os eventos adversos até o 15º dia útil do mês, por meio do NOTIVISA, não é realizada mensalmente por 66% dos NSP. Quanto à notificação de EA graves e EA que evoluíram para óbito, 68% dos estabelecimentos não seguiam corretamente as etapas e prazos para sua notificação (notificar em 72 horas a partir do ocorrido, preencher as 10 etapas e relatar no FORMSUS em 60 dias). Apenas 25% serviços tinham instruções de trabalho para investigação de incidentes e eventos adversos.

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para os seis protocolos de segurança determinados pela legislação, não foram encontrados em mais de 50% dos serviços. Os POP com maiores índices de apresentação foram os de Higienização das Mãos e Prevenção de quedas. Em média, 86% dos serviços não monitoram os indicadores estabelecidos pelos protocolos de segurança do paciente e 73% dos serviços não apresentaram registros de capacitação para implementação dos protocolos.

A VISA tem participado com diversas gerências da SMSA na elaboração de uma proposta de portaria para instituir as ações de segurança do paciente na rede própria. Além disso, em parceria com a Comissão Perinatal está elaborando uma portaria com diretrizes para Segurança do Paciente na Atenção Obstétrica e Neonatal.

A VISA realizou, por convite da GERG, reuniões com seus técnicos apresentando os conceitos de segurança, as legislações, os manuais e protocolos instituídos pela ANVISA/MS. Nestas oportunidades também foram discutidas possíveis estratégias voltadas para segurança do paciente a serem incluídas nas atividades dos técnicos.

Também realizou, por convite da GVSI, reuniões com os técnicos dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NUVEH) apresentando os conceitos de segurança, as legislações, os manuais e protocolos instituídos pela ANVISA/MS e enfatizando a importância dos NUVEH nas ações de segurança do paciente.

A VISA e a COMCIRA estão participando de reuniões com o colegiado de gestores dos distritos com objetivo de sensibilizar para as ações voltadas à segurança do paciente e foram realizadas duas webconferências para a rede no mês de agosto sendo a primeira sobre a Cultura de Segurança e a segunda Sobre Higienização das mãos.

Programas de rotina e Vigilância Ambiental

Como já é parte do cotidiano do trabalho da Vigilância Sanitária, continuam sendo

realizados monitoramentos 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.

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 1.

Quadro 1 - Visitas realizadas para o controle da Dengue - 2006 a 2015

Ano	Tratamento	Pesquisa Larvária	Ovitrampas	Total
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

Ano	Tratamento	Pesquisa Larvária	Ovitrapas	Total
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	4.422.730	103.446	40.872	4.567.048
2014	4.752.201	197.470	79.595	5.029.266
2015	4.433.904	183.311	84.031	4.701.246

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. 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.

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. 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.

Quadro 2 - Atividades realizadas para controle da Leishmaniose Visceral, 2009 – 2015

Atividades de controle	Ano						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sorologias realizadas	153.519	197.232	171.937	202.896	113.997	44.536	20.556
Cães Positivos	10.475	15.494	9.722	6.434	4.862	6.198	3.778
Domicílios Borrifados	79.716	66.801	87.908	80.282	74.455	47.305	42.727

Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA

Quadro 3 - Casos humanos e óbitos por Leishmaniose Visceral em BH, 2009 a 2015

Descrição	Ano						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Casos	146	132	93	56	42	41	42
Óbitos	32	24	15	12	7	5	10

Fonte: GEEPI/GVSI/SMSA
Dados atualizados em 18/01/2016

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 4.

Quadro 4 - Solicitações para controle de roedores atendidas e recebidas, Belo Horizonte, 2015

MÊS	ATENDIDAS										TOTAL	RECEBIDAS										TOTAL
	B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN	B		CS	L	NE	NO	N	O	P	VN			
JAN	179	149	224	232	113	162	60	185	121	1425	191	149	215	286	128	141	104	197	140	1551		
FEV	180	84	229	369	84	169	98	175	98	1486	189	84	189	392	94	156	104	178	122	1508		
MAR	220	126	263	368	135	242	97	254	101	1806	235	126	231	395	142	228	134	270	189	1950		
ABR	209	77	334	403	76	152	109	235	123	1718	265	77	278	409	95	147	135	244	142	1792		
MAI	152	122	166	279	118	207	112	240	126	1522	171	122	168	278	126	171	93	248	140	1517		
JUN	172	39	231	235	29	160	119	181	96	1262	187	39	210	250	29	155	96	190	118	1274		
JUL	148	102	197	294	75	140	63	198	87	1304	154	106	162	306	75	97	65	199	114	1278		
AGO	104	63	164	280	37	177	74	191	76	1166	127	63	156	298	37	117	66	193	90	1147		
SET	114	51	138	223	99	112	44	161	83	1025	117	51	127	235	107	113	69	169	104	1092		
OUT	115	97	149	288	90	134	40	167	67	1147	146	97	140	308	95	96	50	163	88	1183		
NOV	170	73	160	259	42	143	30	160	81	1118	151	73	146	270	63	139	65	164	124	1195		
DEZ	111	79	138	231	167	127	63	140	78	1134	116	79	135	233	147	118	62	144	106	1140		
TOTAL	1874	1062	2393	3461	1062	1925	909	2287	1137	16113	2049	1066	2157	3660	1138	1678	1043	2359	1477	16627		

Fonte: GEZOZ/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 5).

Quadro 5 - Animais peçonhentos, solicitações atendidas e recebidas, Belo Horizonte, 2015

MÊS	ATENDIDAS										TOTAL	RECEBIDAS										TOTAL
	B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN	B		CS	L	NE	NO	N	O	P	VN			
JAN	4	17	6	20	4	38	1	20	7	117	5	17	6	18	5	30	1	20	9	111		
FEV	16	9	2	31	2	28	7	17	7	119	16	9	2	26	4	20	11	17	7	112		
MAR	5	23	12	41	11	34	18	22	6	172	5	23	12	29	8	23	23	23	6	152		
ABR	8	24	11	35	1	7	8	17	10	121	8	24	11	28	1	5	8	18	10	113		
MAI	6	23	8	21	3	23	10	20	9	123	6	23	8	20	3	12	5	20	9	106		
JUN	5	27	7	34	2	23	5	21	7	131	5	27	7	21	2	10	8	21	7	108		
JUL	5	10	8	12	3	14	9	9	6	76	4	10	8	15	5	9	11	11	6	79		
AGO	4	8	3	58	4	21	9	18	6	131	4	8	3	26	4	14	7	18	6	90		
SET	4	21	1	19	16	7	3	19	6	96	5	21	1	14	16	7	7	20	6	97		
OUT	3	17	6	18	6	10	9	15	6	90	4	17	6	16	6	7	12	16	6	90		
NOV	8	35	8	61	13	34	1	17	12	189	8	35	8	50	13	23	9	18	12	176		
DEZ	4	20	7	35	15	29	22	9	12	153	4	20	5	22	16	16	16	9	12	120		
TOTAL	72	234	79	385	80	268	102	204	94	1518	74	234	77	285	83	176	118	211	96	1354		

Fonte: GEZOZ/GVSI/SMSA

Vigilância da Raiva: as ações que visam o controle da Raiva incluem a vacinação sistemática de cães e gatos (Quadro 6), a observação de animais agressores e o monitoramento, identificação e exame dos quirópteros encontrados em situações adversas.

Quadro 6 - Vacinação antirrábica de cães e gatos, 2009 a 2015

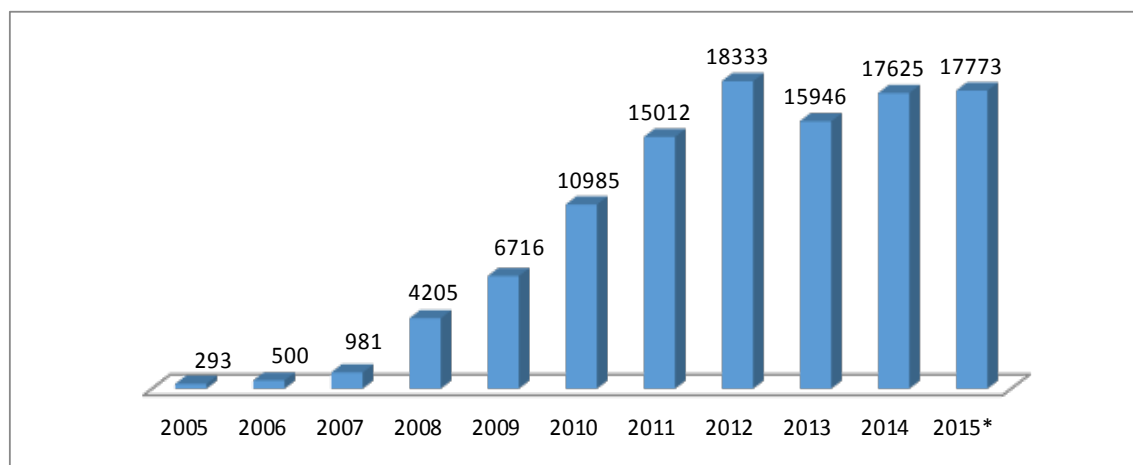
Ano	Vacinação na rotina	Vacinação em Campanha			Total Geral
	Animais vacinados	Cão	Gato	Total	
2009	789	213.152	13.759	226.911	227.700
2010	429	201.569	15.759	217.328	217.757
2011	1.402	Não houve campanha			1.402
2012	1.138	169.221	19.417	188.638	189.776
2013	3.176	172.900	21.994	194.894	198.070
2014	5.250	Não houve campanha			5.250
2015	2.832	196.768	31.610	228.378	231.210

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.

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 27). São quatro Centros de Esterilização de Cães e Gatos, sendo um inaugurado em 2015 no Distrito Sanitário Barreiro, além de uma Unidade Móvel também utilizada para este fim.

Gráfico 27 - Número de cirurgias de esterilização animal, 2005 a 2015



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, Projeto Proteger 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 7).

Quadro 7 - Doações de animais realizadas nas feiras de adoção no CCZ e nos convênios com as ONG's, 2009 a 2015

	Ano		Atos de Adoção
	Centro de Controle de Zoonoses	2009	
2010		207	
2011		501	
2012		498	
2013		529	
2014		476	
Quadrimestres-2015		1º	161
	2º	198	
	3º	153	
	Total	512	

Convênios: Teia de Textos "Projeto adote um amigo"	Ano		Atos de Adoção
	2011		449
	2012		426
	2013		363
	2014		266
	2015	1º	80
2º		48	
3º		47	
Total		175	

Convênios: Ilê ** "Projeto Proteger"	Ano		Atos de Adoção
	2015	1º	17
		2º	52
		3º	36
Total		109	

Fonte: CCZ/GEZOZ/GVSI/SMSA - ** Primeiro evento realizado em abril de 2015

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:

- Câncer relacionado ao trabalho;
- Dermatoses ocupacionais;
- Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
- Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR relacionada ao trabalho;
- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
- 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 está descrito a seguir:

- Se acidente de trabalho (grave, fatal e em crianças e adolescentes) envolvendo substância química deverá ser uma Notificação Compulsória Imediata (NCI)
- Intoxicação exógena: exposição/intoxicação, ocupacional ou não, por substância química deverá ser de fluxo semanal (Notificação Compulsória Semanal – NCS)
- A não ocorrência deverá ser notificada semanalmente.
- As unidades indicadas abaixo, com os respectivos agravos de responsabilidade das mesmas, foram sentinelas em 2015:
 - 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;
- o Centro de Toxicologia do Hospital João XXIII – referência para intoxicações exógenas;
 - o 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 2015, foram feitas 4.516 notificações ao SINAN, conforme Quadro 20.

Quadro 8 - Distribuição dos agravos de saúde do trabalhador notificados por Belo Horizonte

Agravos	2011	2012	2013	2014	2015
Acidente trabalho exposição material biológico	617	723	717	979	1.662
Acidente de trabalho grave	2.029	1.697	1.773	1.778	2.486
Óbito por acidente	96	126	95	40	67
Câncer relacionado ao trabalho	0	1	5	1	0
Dermatose Ocupacionais	13	35	13	15	30
Intoxicação Exógena	12	100	124	117	106
LER/DORT	78	138	88	63	87
PAIR	13	1	4	2	62
Pneumoconiose	53	84	54	50	10
Transtorno Mental	18	13	6	3	6
TOTAL	2.929	2.918	2.879	3.048	4.516

Fonte: SINAN NET . Data da exportação: 18/01/2016

O expressivo aumento conseguido em 2015 decorre de capacitação realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, UPAs, e Hospitais, a busca ativa realizada pela GESAT/CERETS para conhecimento das CATs (Comunicação de Acidente de Trabalho) e ao Decreto 15.764 de 12/11/14 – 03012058 que determina que 1 das vias da CATs seja encaminhada à GESAT.

Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho

Com referência as Vigilâncias em Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), a Gerência de Saúde do Trabalhador – GESAT e as unidades do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST-BH realizaram 775 vigilâncias em empresas da capital, no ano de 2015.

Quadro 9 – Apresenta as VAPTs realizadas, por profissional no ano de 2015

Período	2012	2013	2014	2015		
				1º	2º	3º
Total de Vigilância	638	739	710	213	271	291
Ações de vigilância por profissional						
Médicos	196	208	269	81	102	53
Enfermeiros	92	53	63	9	14	10
Fisioterapeuta	101	93	99	20	33	51
Assistente Social	40	39	57	12	15	22
Engenheiro	498	488	447	153	191	207
Total	927	881	935	275	355	343

Assistência

Os atendimentos realizados pelas duas unidades do CEREST de Belo Horizonte em 2015 estão detalhados no Quadro 10.

Quadro 10- Atendimentos realizados pelo Centros de Referência Regional de Saúde do Trabalhador do Barreiro e Centro Sul

Atendimento/Ano	2011	2012	2013	2014	2015
Atendimento por assistente social	91	274	358	238	181
Atendimento de enfermagem	571	1.048	1.177	967	1190
Teste de contato	59	184	241	212	318
Consulta médica (primeira)	402	908	622	711	549

Atendimento/Ano	2011	2012	2013	2014	2015
Consulta médica de acompanhamento	528	820	631	711	759
Consulta de fisioterapia (primeira)	82	295	232	365	313
Consulta de fisioterapia de acompanhamento	151	397	276	323	379

Fonte: CEREST/GESAT/GVSI/SMSA

Observa-se que houve pequeno decréscimo nos atendimentos médicos e de assistência social decorrente da greve nas unidades de saúde reduzindo os encaminhamentos e a ocorrência de licenças médicas dos profissionais que prestam estes atendimentos.

Outras Atividades

Outras atividades realizadas em 2015 pelo CEREST Barreiro, CEREST Centro Sul e Gerência de Saúde do Trabalhador, se deram especialmente na área de capacitações, treinamentos e informes técnicos, conforme apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 - Atividades de Definição de Conhecimento em Saúde do Trabalhador, 2015

Ação	CEREST Centro Sul	CEREST Barreiro	GESAT	Total
Palestras	0	2	1	3
Capacitações	8	9	4	21
Conferências e Seminários	3	2	4	9
Treinamento de Residentes	2	12	0	14
Treinamento de Estagiários	0	0	0	0
Publicações em Boletins Epidemiológicos - Vigilância em Saúde - Ano V, Edição no 5	2	2	1	5

Fonte: CEREST/GESAT/GVSI/SMSA

III Seminário
Promoção da Saúde do
Trabalhador **16/11**
8 às 16h

PROGRAMAÇÃO

8h
Credenciamento e Café Receptivo

8h30
Mesa de Abertura
 Fabiano Pimenta - Secretário Municipal de Saúde e autoridades convidadas

9h15
A Instrumentalização da Saúde no Mundo Contemporâneo
 Ricardo de Menezes Maciel - Médico, Professor de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da UFMG

Boletim da Vigilância em Saúde

Saúde do Trabalhador no SUS-BH

Ano V, Edição nº 5

4. REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS E COMPLEMENTARES À SAÚDE

A Rede Complementar busca garantir a integralidade do cuidado, que é coordenado pela atenção primária (APS), pela oferta de consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, em quantidade e qualidade adequadas, no momento oportuno, de acordo com a necessidade, utilizando fluxos compatíveis, para garantir a resolutividade do cuidado no território sanitário.

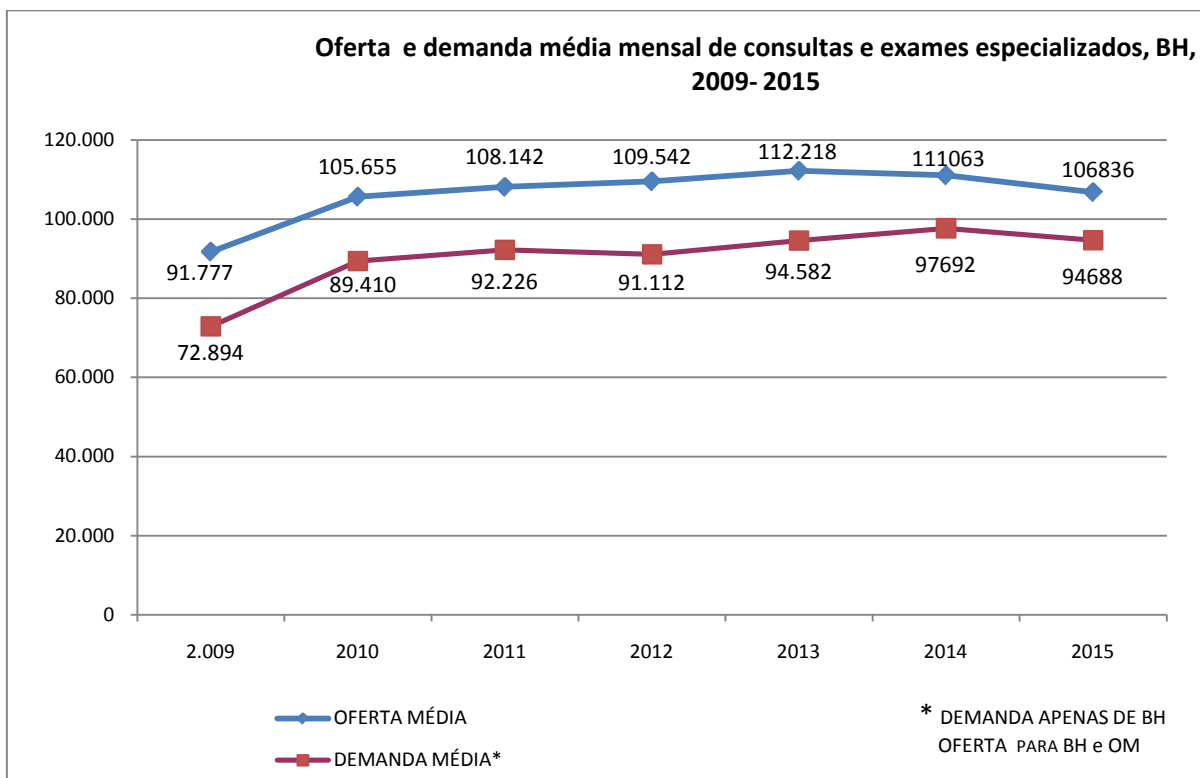
Para isso, monitora sistematicamente a demanda, a oferta, a fila e o tempo de espera para agendamento de consultas e exames especializados (“Percentual de consultas e exames especializados que são agendados em até 60 dias”), além de outras informações relevantes para a garantia do acesso qualificado e em tempo oportuno.

O percentual de consultas e exames especializados agendados em até 60 dias foi de 50,30% em 2015, abaixo da meta pactuada de 55%. Vários fatores influenciaram a redução desse indicador, tais como, redução de profissionais sem reposição, seja por aposentadoria, exoneração, rompimento de contrato e outros, além da perda de oferta.

O comportamento mais favorável do mercado de saúde na Região Metropolitana de BH tem dificultado a captação e fixação de médicos especialistas no SUS-BH, como já apontado em outros momentos.

Observou-se, por outro lado, em 2015, uma redução de 3,8% na oferta média mensal em relação ao ano anterior, maior que a redução na demanda média mensal que foi de 3,1%, ocasionando, portanto, um balanço negativo entre a oferta e a demanda (Gráfico 28). O acúmulo de usuários em fila sofreu um incremento e, conseqüentemente, aumentou o tempo de espera para consultas e exames especializados. Consideração importante na análise destes dados 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.

Grafico 28 – Oferta e demanda média mensal de consultas e exames especializados, BH, 2009- 2015



Fonte: SISREG-MS/Prodabel/GERC/SMSA-BH

Foram elaboradas e implementadas propostas para enfrentamento deste problema, que não é exclusivo do SUS-BH, tais como:

a) Ampliação de oferta e priorização de casos

- Solicitação de nomeação de médicos especialistas concursados, chamamento público para especialidades de maior demanda sem reserva de concurso (Publicado no DOM em 24/04/2015) e busca de ofertas nos serviços contratados/conveniados. O resultado esperado para a adequação da oferta de serviços, porém, não foi alcançado;
- Realização de mutirões de consultas e exames especializados, no entanto, não houve adesão de profissionais e serviços com ofertas suficientes para causar impacto no tempo de espera (Publicado no DOM em 10/04/2015).

- Devido ao grande estrangulamento em algumas especialidades, como neuropediatria e obesidade grave, foram desencadeados, na rede própria, movimentos de revisão de fila e reavaliação de protocolos de prioridades para marcação de consultas. Isto resultou em um decréscimo de usuários na fila de obesidade grave de 1068 em maio de 2015, para 481 em janeiro de 2016, e na de neurologia pediatria, de 4307 em julho de 2015, para 2842 em janeiro de 2016 impactando, também, no acesso mais oportuno de usuários com altíssima prioridade. Destacam-se também revisões da fila de ortopedia.
- Em dezembro de 2015, foi aberto no Núcleo de Cirurgia Ambulatorial/Hospital Dia, vinculado ao HOB, novo serviço de endoscopia digestiva alta, melhorando a oferta deste exame.
- Em maio de 2015 foi inaugurado o Serviço de Reabilitação Visual do Centro Municipal de Oftalmologia, no bairro Carlos Prates, na Regional Noroeste. Os principais usuários do Serviço de Reabilitação Visual são pessoas com baixa visão e cegueira, de todas as faixas etárias. A reabilitação visual tem como objetivo treinar o paciente para atividades diárias, o desenvolvimento de habilidades para a participação nos processos de inclusão escolar, social e profissional. Este serviço era oferecido apenas pelo Hospital São Geraldo e, o tempo médio de espera era de cerca de três anos. Atualmente não há nenhum usuário de Belo Horizonte em fila de espera e nenhuma criança do interior aguardando atendimento.
- Aproveitamento e qualificação da oferta:
- Retomada do fórum de planejamento e elaboração de ações para enfrentamento dos principais desafios para a atenção especializada (Fórum da Rede Complementar), coordenado pela Rede Complementar, com participação da GEAS, GERG e GEREPI, GERASA e representantes das unidades da Rede Complementar. Foram elaboradas e implementadas estratégias para redução do absenteísmo, com mobilização de todas as unidades da rede própria e pactuação de metas, objetivando diminuir a perda de consultas/exames. Ressalta-se a participação efetiva dos gerentes das unidades especializadas na retomada e condução, em parceria com o GEREPI

e GERASA, da Comissão de Regulação Distrital. Houve monitoramento e acompanhamento das unidades básicas no que se refere ao agendamento e comparecimento dos usuários às consultas e exames, apoiando a APS com orientações, discussões sobre o processo de marcação e fluxos da Rede Complementar e o envio regular de relatórios gerenciais. Em consequência desse movimento, o absenteísmo em Belo Horizonte reduziu 9,4% ,passando de 26,6% em 2014, para 24,1% em 2015.

- Em 20 de janeiro de 2015 foi inaugurada nova sede do Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI), na Rua Professor Otávio Magalhães, 111 – 3º andar, Mangabeiras. Houve incorporação de equipamentos de informática e incremento de administrativos para viabilizar a digitação dos laudos dentro da sala de exames, simultaneamente a sua realização. Esta nova área e as mudanças do processo de trabalho trouxeram benefícios para profissionais e usuários, pois reduziu o tempo de execução dos exames e de liberação dos laudos, proporcionando mais agilidade na realização de exames e conforto para os usuários. A expectativa é que, com esta melhor organização do serviço, haja ampliação, em futuro próximo, do número exames realizados.
- Implantação de piloto do Projeto de Telerregulação, inicialmente para a Endoscopia Digestiva Alta de adultos, no Distrito Sanitário de Venda Nova em Julho de 2015. Este projeto pressupõe que todos os pedidos de Endoscopia sejam solicitados por meio de uma teleconsultoria, com descrição da situação clínica e exames do usuário. A avaliação das solicitações é realizada por médicos telerreguladores, que foram previamente capacitados, a partir dos dados disponíveis e do protocolo de prioridades vigente. Após esta avaliação, os telerreguladores posicionam as solicitações em fila de espera eletrônica do Sistema de Regulação do SUS-BH (SISREG) e enviam as de altíssima prioridade para o médico regulador da Central de Marcação de Consultas com o objetivo de agilizar o acesso ao exame.
 - Outro objetivo deste projeto é a troca de conhecimentos e informações entre o médico telerregulador e o médico solicitante do exame proporcionando oportunidade de educação permanente. Este projeto

preconiza ainda uma revisão prévia da fila de espera pela unidade de saúde, à luz do protocolo de prioridades.

- Apesar do projeto ainda se restringir a um único DS e de não existirem dados mais concretos, a comparação do dado da demanda média mensal do exame em BH no primeiro semestre (1845) e a do segundo semestre (1757) mostra uma redução, sugerindo que as várias ações desencadeadas podem apontar uma nova forma de qualificação de solicitações e processo de trabalho, de modo a reduzir demandas desnecessárias e agilizar o acesso em tempo oportuno.
- Em dezembro de 2015 iniciou-se a implantação, nas unidades especializadas da rede própria, do módulo de recepção, atendimento e conclusão deste atendimento, de forma automatizada e integrada, entre os sistemas SISREDE e SISREG (segunda etapa da integração), o que possibilitará a simplificação e agilização do fluxo do usuário na unidade, bem como de futuros agendamentos de suas consultas e exames.

Algumas ações foram planejadas e implementadas pelas equipes das unidades vinculadas à Rede Complementar, neste período, a partir de diretrizes centrais, porém considerando as especificidades da unidade e as necessidades apontadas pela APS. Dentre estas, merecem destaque as que buscaram maior integração entre a atenção primária e a rede complementar, como o matriciamento e atendimento compartilhado entre generalistas e especialistas, principalmente nas especialidades de dermatologia, ortopedia, endocrinologia, cardiologia e ultrassom endovaginal e obstétrico, ocorridas em várias unidades. Vale mencionar, também, as parcerias estabelecidas com o NASF e educadores físicos para o cuidado compartilhado do diabético e do cardiopata, bem como a participação de especialistas nos PEPs médicos, exemplificando, a dos oftalmologistas nos PEPs da pediatria.

Em 2015, houve ainda a pactuação para reorganização do processo de trabalho de todas as unidades especializadas visando uma padronização do funcionamento e melhor aproveitamento das consultas e exames ofertados como, por exemplo, a garantia de atendimento de todo usuário que chega atrasado para sua consulta ou exame, desde que o profissional médico ainda se encontre na unidade.

É importante relatar a realização de treinamento do SISREG para gerentes, que são os administradores das centrais distritais, e alguns profissionais dos CEMs, como enfermeiras e administrativos. Este treinamento foi administrado pela Prodabel e CMC e qualificou os profissionais para a melhor utilização do sistema, visando otimização e aproveitamento dos recursos disponíveis.

A vigilância ativa de casos oncológicos pelas unidades vinculadas à rede complementar se mantém por facilitar o acesso mais precoce ao diagnóstico e tratamento oportuno, podendo causar impacto na sobrevida dos usuários. Da mesma forma, permanece a vigilância ativa de outros casos considerados prioritários (cuidado prolongado da cardiologia e da Nefrologia), que proporciona maior vinculação e adesão ao tratamento e, por conseguinte, impacto positivo na qualidade de vida dos nossos usuários.

4.1. Centros de Especialidades odontológicas

Em relação ao cuidado a pacientes com necessidades especiais, foram realizadas iniciativas para a melhoria na resolução dos tratamentos realizados nos CEOs. Foi disponibilizado a estratégia de atendimentos compartilhados entre as especialidades e suporte técnico aos especialistas em PNE para a abordagem dos casos complexos. Foram construídos critérios para encaminhamento para tratamento sob anestesia geral, com padronização de condutas, buscando análise mais cuidadosa da condição sistêmica dos usuários, visando maior segurança ao paciente. Estas iniciativas diminuíram os encaminhamentos para tratamento sob anestesia geral, e aumentaram a resolutividade desta especialidade. no nível secundário. Foi incorporado um especialista em Pacientes com Necessidades Especiais no CEO Barreiro, o que permitiu melhor distribuição geográfica da especialidade.

Na especialidade de prótese foi realizada redimensionamento da agenda dos especialistas com reequilíbrio da oferta entre as próteses unitárias (para restauração dos dentes tratados endodonticamente nos CEOs); Prótese Total (PT) e Prótese Parcial Removível Cromo-Cobalto (PPR). Esta iniciativa propiciou maior oferta para as especialidades PT e PPR que apresentavam as maiores filas da odontologia. Paralelamente, foi realizada pela atenção primária, a revisão nas filas dessas especialidades. Segundo dados preliminares, do total de 930 usuários avaliados na fila de PT, 16,55% foram retirados da fila. Na especialidade de

PPR, do total de 1.734 usuários avaliados, 16,32% foram retirados da fila. Estas iniciativas contribuíram tanto para o aumento da oferta, como para o aperfeiçoamento dos encaminhamentos da APS, dentro dos critérios vigentes para as especialidades.

Foi implementada, no ano de 2015, a avaliação dos encaminhamentos realizados pela APS para os CEOs, considerados pelos especialistas, como fora dos critérios pactuados. A análise contemplou também os casos devolvidos pelos especialistas, e considerados pelos profissionais da APS como fora dos critérios para recusa. A análise individualizada destes casos, subsidiou as discussões com os dentistas da APS e Rede Complementar, com o objetivo de alinhamento de condutas entre os profissionais e a qualificação dos encaminhamentos entre os pontos da rede.

4.2. Centros Especializados de Reabilitação

A rede ambulatorial de serviços próprios especializados na modalidade de reabilitação física é formada atualmente por 3 serviços próprios organizados territorialmente, os Centros Especializados de Reabilitação (CREAB), que atendem pessoas com deficiência e /ou limitação funcional. Para ampliação desta rede e qualificação da atenção à saúde foi prevista para 2015 a implantação de um novo CREAB na região de Venda Nova. A obra está em fase de finalização e o processo de compras de equipamentos e de dimensionamento de recursos humanos em andamento.

Outra ação importante na qualificação da atenção à pessoa com deficiência/e ou limitação funcional em 2015 foi a descentralização do programa de concessão de órtese, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMAL). O programa atende usuários de Belo Horizonte e de parte de outros municípios de Minas Gerais e estava concentrado apenas em um dos serviços da rede especializada de reabilitação, o CREAB Leste. Após elaboração técnica da proposta e discussões com a Secretaria de Estado de Saúde o referenciamento dos municípios foi redividido e partilhado pelos dois outros serviços, o CREAB Centro Sul (Antigo Centro Geral de Reabilitação) e o CREAB Noroeste. A ação visou superar a demora nos processos de entrega medição e entrega dos equipamentos, favorecer a redução da fila de espera, e proporcionar maior satisfação ao usuário.

Além disso, diante da crescente demanda por serviços de reabilitação, incluindo a

concessão de órteses e próteses, foram identificadas a insuficiência e inadequação da área física do CREAB Centro Sul. Como parte do plano municipal de expansão e melhoria da rede de referência em reabilitação do SUS-BH foi decidida a mudança da sede da unidade para o prédio da Associação Mineira de Reabilitação (AMR). Para viabilizar o adequado funcionamento dos serviços foram reformados dois andares do prédio da AMR. A reforma foi concluída em março de 2016 e a mudança está prevista para 01 de abril de 2016.

Merecem destaque também avanços importantes para a melhoria do funcionamento dos serviços especializados de reabilitação e assistência ao usuário, tais como: a nomeação de gerência para o CREAB Noroeste que se tornou uma unidade independente da URS Padre Eustáquio; e a contribuição dos profissionais de reabilitação dos CREAB no processo de Educação Permanente dos profissionais da APS, nos seguintes temas: Prescrição de OPMAL; Prescrição e confecção de Splints; Avaliação do Pé Diabético e Protocolo de avaliação para a reabilitação neuropediátrica.

4.3. Oficina Reabilitação

Com o objetivo de apresentar o modelo assistencial da Reabilitação no SUS-BH, a Gerência da Rede Complementar, em parceria com a Gerência de Assistência em Saúde, promoveu a Oficina de Alinhamento e Reorganização da Rede de Reabilitação. Essa oficina retomou a discussão da implantação do modelo da funcionalidade para a reabilitação, no município, envolvendo a participação do gestor, dos gerentes, dos profissionais da saúde e profissionais ligados diretamente à reabilitação. Dando continuidade ao processo, foram formados grupos de trabalho para elaboração de Síntese Operativa da Reabilitação que será apresentada em 2016.

4.4. Atenção à Saúde Auditiva

O município de Belo Horizonte é sede da Região Assistencial Ampliada Centro, que integra a Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência na área de Atenção à Saúde Auditiva do Estado de Minas Gerais e possui três serviços credenciados para a atenção integral e continuada aos usuários, a saber: SASA Hospital São Geraldo (credenciado em alta

complexidade e implante coclear), SASA Izabela Hendrix (credenciado em alta complexidade) e SASA PUC Minas (credenciado em média complexidade). Apesar da vinculação dos três serviços ao Programa de Atenção à Saúde Auditiva, há ainda um número significativo de usuários cadastrados em fila de espera aguardando acesso ao serviço. Em função disso, durante o ano de 2015, foram conduzidas discussões internas na Secretaria Municipal de Saúde, bem como junto ao Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e à Comissão Intergestora Bipartite, tendo sido aprovada a solicitação do credenciamento do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva da Santa Casa de Belo Horizonte como mais um serviço da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/Componente Saúde Auditiva em Belo Horizonte. Tal credenciamento foi solicitado então pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais ao Ministério da Saúde, o qual tem conduzido tal processo, com vistas à publicação. A Secretaria Municipal de Saúde tem acompanhado tal processo no sentido de sanar eventuais pendências e agilizar o credenciamento para consequente início das atividades do serviço.

A habilitação/credenciamento do CREAB Venda Nova como um Serviço de Reabilitação/Habilitação Auditiva tem como finalidade ampliar a cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A Secretaria Municipal de Saúde realizou o estudo técnico para a proposta de habilitação e a mesma está sendo construída conjuntamente com a Secretaria Estadual de Saúde com vistas ao encaminhamento da solicitação ao Ministério da Saúde. Não obstante, nas equipes que irão atuar no CREAB Venda Nova, está prevista a inclusão do fonoaudiólogo, que realizará atendimento, assistência e acompanhamento, principalmente na área de neurologia, em caráter multidisciplinar.

4.5 .Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas

A rede laboratorial concluiu a elaboração do Manual de Exames da Rede de Laboratórios da SMSA, que será uma importante ferramenta de auxílio aos profissionais da rede para esclarecimentos de dúvidas relacionadas ao processo de solicitação, execução e liberação de resultados de exames de patologia clínica realizados pela rede SUS-BH. O

manual contempla todas as etapas de execução de exames, desde o atendimento do paciente e emissão do pedido de exames, até a liberação do resultado pelo laboratório e sua disponibilização ao paciente, e aos profissionais da assistência.

Foi mantido o processo de Gestão da Qualidade nos laboratórios da rede, e, junto com os responsáveis pela condução dos processos de qualidade nos laboratórios, definiu pela elaboração e implantação de procedimentos padronizados, com registro de todos os processos nos documentos padrão, conforme previsto na legislação e literatura. Por ser um processo contínuo, constituiu-se um grupo da qualidade, formado por profissionais da rede laboratorial, que se reúne, periodicamente, para a discussão das melhorias nos processos e metodologias de trabalho. Aliado a isso, a manutenção do programa de Controle Externo de Qualidade para todos os laboratórios da SMSA, com monitoramento diário da rotina de execução dos exames, tem contribuído significativamente para garantir a qualidade necessária. Do total de ensaios avaliados mensalmente no controle externo da qualidade, o percentual de conformidades dos laboratórios da rede varia de 87 a 100%, evidenciando a qualidade dos exames realizados tanto no atendimento de urgência quanto no ambulatorial.

Tabela 15 – Análise indicador de desempenho do Controle Externo da Qualidade na rede de laboratórios. Belo Horizonte, 2015.

Laboratórios Distritais				
Laboratório	Nº de ensaios avaliados	Nº de Aprovados	% Aprovação	Meta %
Venda Nova/Norte	72	67	93,06	80
Leste/ Nordeste	66	62	93,94	80
Oeste/ Barreiro	63	61	96,83	80
Noroeste	72	66	91,67	80
Lab. Municipal	44	41	93,18	80

Fonte: GEDIG/SMSA/PBH

Gráfico 29 – Percentual de Adequações no Controle Externo da Qualidade dos Laboratórios

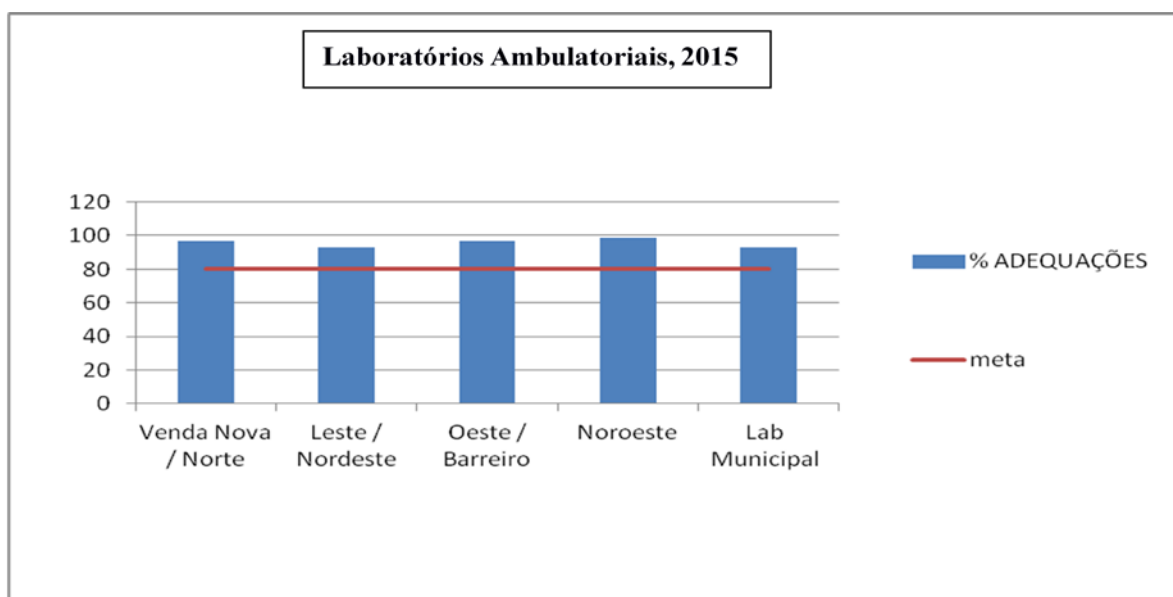


Tabela 16 – Laboratórios nas Unidades de Pronto Atendimento.

Laboratórios nas Unidades de Pronto Atendimento, 2015				
Laboratório	Nº de ensaios avaliados	Nº de Aprovados	% Aprovação	Meta %
UPA Leste	42	39	92,86	80
UPA Oeste	40	39	97,5	80
UPA Barreiro	40	39	97,5	80
UPA Norte	40	39	97,5	80
UPA Pampulha	40	35	87,5	80
UPA Venda Nova	39	39	100	80
DST	3	3	100	80

Fonte: GEDIG/SMSA/PBH

Outra ação coordenada pela GEDIG foi a realização de treinamento anual sobre coleta de sangue e biossegurança para os profissionais que realizam a coleta nas unidades de saúde – Educação permanente. Em 2014 foram treinados 219 profissionais das unidades de saúde.

Implantação do acesso externo via web aos resultados de exames laboratoriais aos usuários atendidos nas unidades de saúde do município de Belo Horizonte.

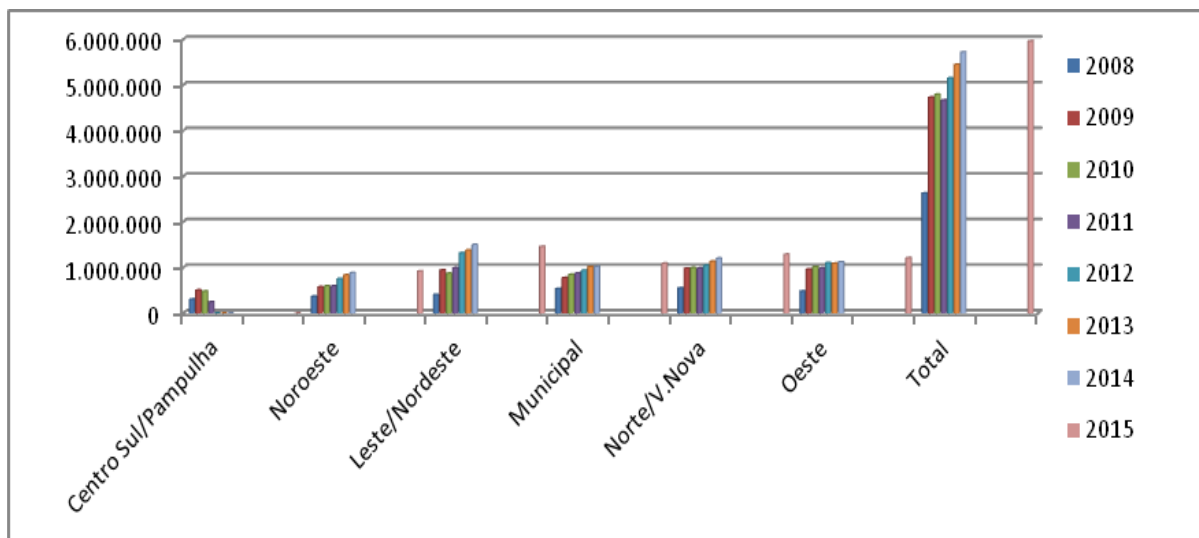
Todas essas ações contribuíram para uma melhor prestação de serviço laboratorial para a população de Belo Horizonte, com aumento tanto do número de exames realizados, quanto ao acesso dos pacientes ao serviço. As tabelas abaixo mostram a produção dos laboratórios e Laboratório Municipal de Referência no período de 2008 a 2015. Na tabela 2 e figura 5 observa-se um aumento significativo a partir de 2009 que se manteve até 2011. A partir de 2012 a produção de exames laboratoriais na rede própria apresentou crescimento constante até aos dias de hoje. Entre 2008 e 2015 o crescimento observado foi de 126,72%, com média anual de 15,84%. Este aumento pode ser explicado pela inclusão de novos exames na lista de procedimentos disponíveis ao município (FAN - fator anti-núcleo e o Anti-DNA, Vitamina D, marcadores tumorais e outros hormônios), além da ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde e do número de solicitações de exames. O laboratório Centro Sul/Pampulha teve as instalações físicas desativadas, temporariamente, por isso observa-se ausência de produção para esta unidade a partir de 2012. A demanda e os profissionais foram redirecionados para os laboratórios dos distritos sanitários Noroeste e Leste/Nordeste.

Tabela 17 - Produção laboratorial na rede SUS- BH - 2008 a 2015.

Laboratório	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Centro Sul	300.760	502.187	479.556	243.274	0	0	0	0
Noroeste	364.954	573.022	593.259	591.692	751.625	833.118	880.270	917.245
Leste/Nordeste	403.064	939.576	870.065	989.302	1.318.791	1.380.093	1.500.216	1.457.795
Municipal	532.174	773.164	844.426	873.889	935.236	1.012.991	1.018.430	1.089.140
Norte/V.Nova	548.831	980.082	992.487	981.797	1.045.146	1.133.215	1.200.716	1.285.878
Oeste	479.455	959.274	1.013.643	986.563	1.101.298	1.086.510	1.119.062	1.211.010
Total	2.629.238	4.727.305	4.793.436	4.666.517	5.152.096	5.445.927	5.718.694	5.961.068

Fonte: SIA/SUS/GEEPI/SMSA/PBH

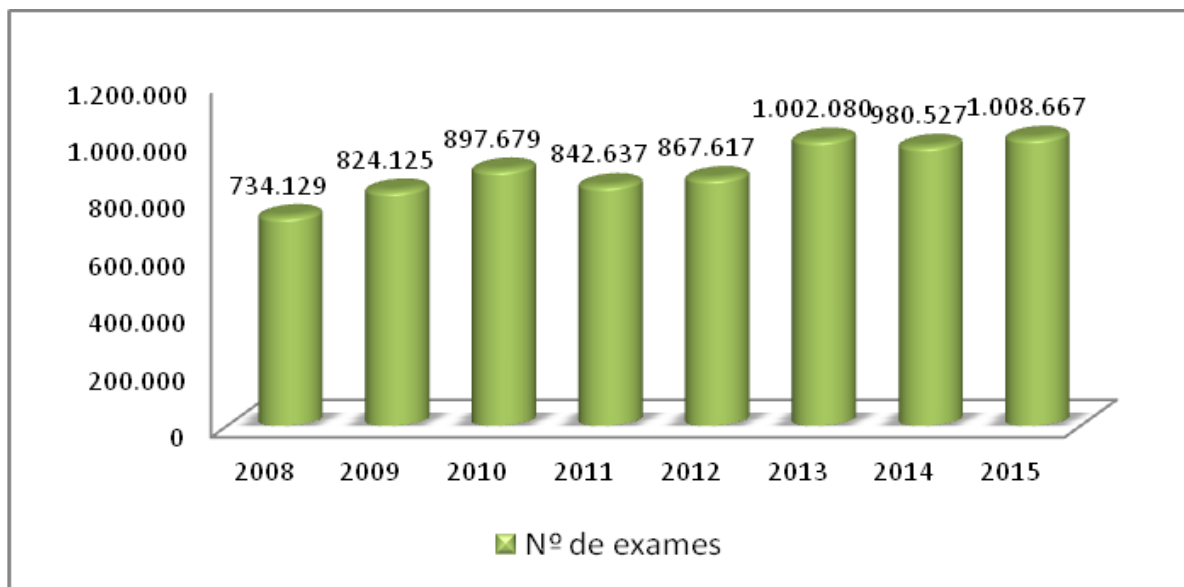
Gráfico 30 – Produção dos laboratórios Distritais e Municipal – 2008 a 2015.



Fonte: SIA/SUS/GEEPI/SMSA/PBH

A produção nos laboratórios das UPA apresentou crescimento de 37,4% entre 2008 e 2015 (Gráfico 31), percentuais bem abaixo daqueles observados na atenção primária.

Gráfico 31 – Produção laboratorial das Unidades de Pronto Atendimento – 2008 a 2015.



Fonte: SIA/SUS/GEEPI/SMSA/PBH

Entre 2014-2015 os laboratórios passaram por um processo de modernização do seu parque tecnológico. No laboratório municipal foram trocadas todas as máquinas de realização

de exames por modelos mais rápidos e mais modernos, o que permitiu a liberação de exames em menor tempo com maior rastreabilidade dos processos. Todas as máquinas do setor de bioquímica dos laboratórios distritais e de Upa também tiveram suas máquinas trocadas por outras mais modernas, mais rápidas. Esse processo também permitiu avanços significativos no interfaceamento das máquinas com o sistema de informática dos laboratórios, garantindo mais segurança na execução dos exames, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais envolvidos. Hoje a rede de laboratórios da SMSA conta com os mais modernos equipamentos para execução de exames existentes no mercado, compatível com os grandes laboratórios, o que reforça o empenho dos profissionais e gestores em oferecer serviços de saúde cada vez melhores para a população do município.

5.MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO

Contempla a regulação do acesso à assistência, a atenção hospitalar e a rede de urgências. Tem como principais diretrizes 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), dos prontos-socorros e das Centrais de Regulação, articuladas às outras redes de atenção do SUS-BH.

A regulação do acesso à Atenção Especializada, seja ambulatorial ou hospitalar, tem como objetivo principal regular o acesso adequado e oportuno do usuário cidadão à rede de assistência do município de Belo Horizonte, e é efetivada por meio do Complexo Regulador Municipal. O Complexo Regulador é composto pelas Centrais de Internação (CInt), de Marcação de Consultas e Exames (CMC), Comissões de Alta Complexidade, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), a Auditoria Assistencial e as estruturas distritais e locais, buscando garantir e assegurar uma atenção de qualidade à população usuária do SUS. A regulação em Saúde constitui-se de vários componentes.

5.1 Regulação Assistencial

Consiste em mecanismos de coordenação e regulação do acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde ao atendimento especializado, em um movimento articulado e integrado com rede de unidades da Atenção Primária à Saúde, com a rede de Cuidados Complementares e rede de Urgência.

A oferta de ações e serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares de alta e média complexidade se dá por meio do estabelecimento de contratos entre a SMSA/SUS-BH e os prestadores de serviços, e passam por reformulações e aprimoramentos periódicos, com a inclusão de novos indicadores de eficiência e produtividade, sempre com a finalidade de formalizar a relação entre as partes. Tem como objetivos maiores a garantia da oferta pelos prestadores, necessária ao atendimento aos moradores de Belo Horizonte e de municípios do interior do Estado, através da referência estabelecida pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), a qualificação permanente da atenção, bem como a garantia do acesso em tempo

oportuno aos usuários do SUS, de acordo com as suas necessidades.

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

Projeto 100% SUS:

No período anterior à implantação da Portaria SMSA/SUS-BH N° 018/2010, que regulamentou o incentivo de adesão à rede 100% SUS-BH, o que se observava em Belo Horizonte era a redução do número de prestadores de serviços vinculados ao SUS, de 57 hospitais nos anos de 1990, para 35 em 2008.

As estratégias desenvolvidas a partir da constatação de que a cidade carecia de leitos para internação e que permitiram a ampliação dos leitos hospitalares no município além da sua qualificação, revelaram-se exitosas na medida em que efetivamente proporcionaram um real aumento na oferta de leitos em BH, principalmente para as clínicas médica e ortopédica, e leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Esta proposta, em observância aos preceitos jurídicos vigentes, foi colocada em prática através de instrumento normativo municipal, referendado pelo Conselho Municipal de Saúde, com vistas à regulamentação de um incentivo denominado 100% SUS, que vinculou o repasse financeiro para o 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 que aderiram ao projeto (Santa Casa, São Francisco, São José Universitário e Sofia Feldman).

Projeto Quiosque SUS:

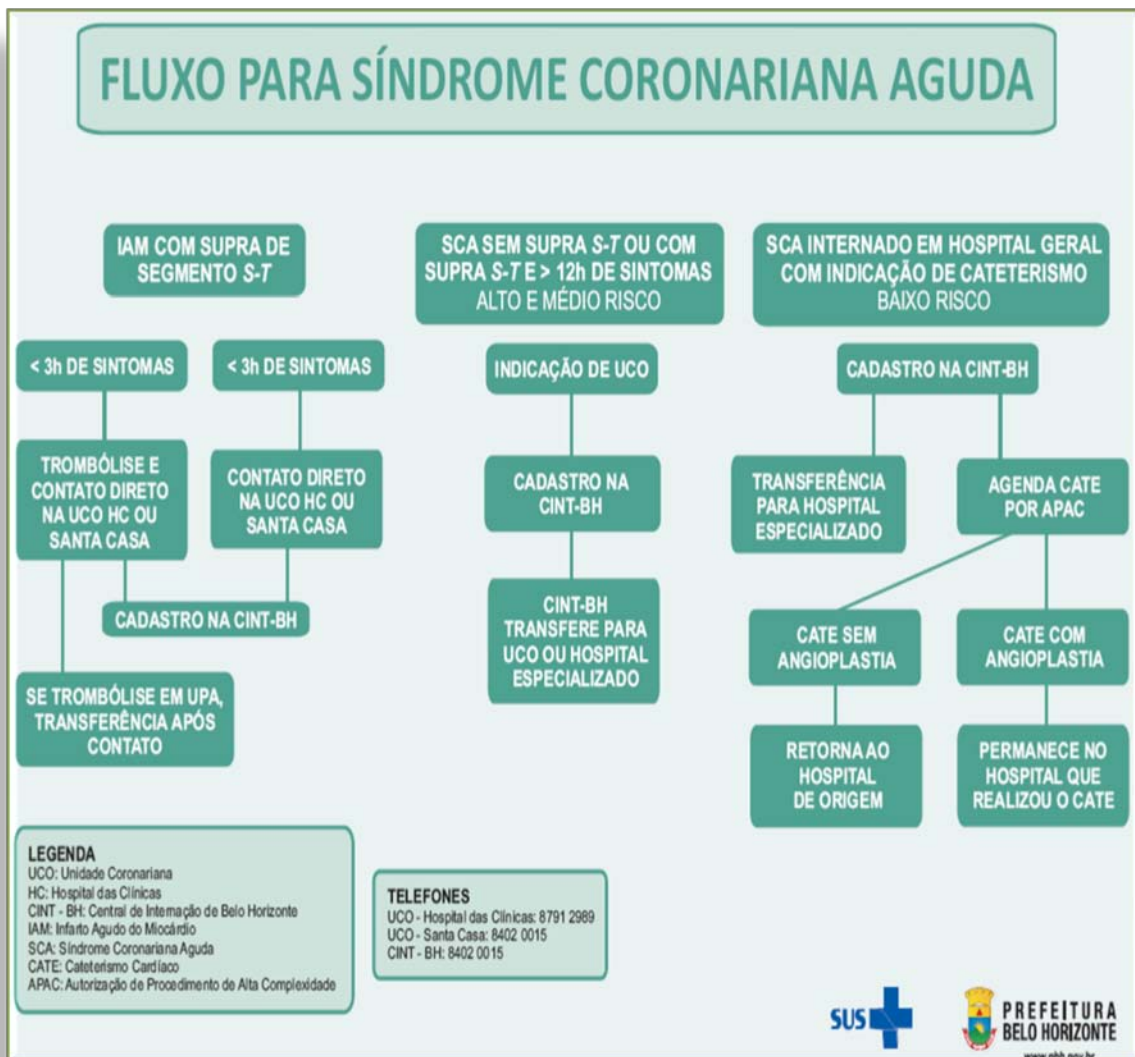
A Central de Internação (CINT) mantém no Hospital Santa Casa, um escritório que funciona de segunda a sexta-feira de 07 às 13 horas, onde permanece durante este período e diariamente um teledigfonista e um médico regulador, quando necessário. O objetivo deste escritório é agilizar o processo administrativo/autorizativo de admissões e altas hospitalares além de manter um canal de comunicação com o setor de internação do hospital, facilitando a busca de leitos e dirimindo dúvidas do prestador. No entanto, a proposta inicial de ampliação deste escritório para outras atividades da Gerência de Regulação (GERG), não avançou.

Projeto doença coronariana aguda:

Este projeto, focado na implantação da linha de cuidado ao Infarto Agudo do

Miocárdio (IAM), permite o acesso à serviços especializados em cardiologia, estruturados para realizar estudo e terapêutica em hemodinâmica, incluindo as angioplastias para os usuários com quadro agudo de síndrome coronariana aguda (CSA). Este projeto visa a diminuição da mortalidade ligada à esta condição, permite o diagnóstico, a estratificação e a terapêutica adequada nas portas de entrada de urgência, além de buscar a terapia de reperfusão em tempo ótimo (trombólise ou angioplastia primária) e permitir acesso oportuno aos demais níveis de assistência. Além dos atendimentos imediatos em Unidades Coronarianas, este fluxo permitiu o agendamento de 448 cateterismos cardíacos em casos fora da janela de terapia intensiva, onde 33% resultaram em internações para intervenção imediata.

Figura 2 - Fluxo para Síndrome Coronariana Aguda:



Projeto de incentivo na especialidade Cirurgia de cabeça e pescoço.

Como estratégia para atender ao crescente aumento pela procura na especialidade Cirurgia de Cabeça e Pescoço foi criado um incentivo financeiro para melhorar a remuneração destas cirurgias. Este incentivo passou a ser pago àquelas cirurgias de tumores malignos nesta especialidade, desde que enviadas pelos fluxos regulados, seja através da marcação das primeiras consultas pela Comissão Municipal de Oncologia (CMO), seja 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 dos Hospitais São Francisco, Luxemburgo, Evangélico, Clínicas e Santa Casa, que ampliaram a sua oferta, diminuindo os tempos de espera para acesso nesta especialidade tão crítica e possibilitando o agendamento oportuno da demanda. Com este projeto o número de usuários aguardando em fila de espera e o tempo para acesso foram bastante reduzidos.

Projeto Cirurgias Eletivas.

Desde 2009 foi implantado o Projeto de Cirurgias Eletivas (PCE) com o objetivo de ampliar o número de cirurgias eletivas realizadas no município, reduzindo o tempo de espera de atendimento e diminuindo a morbi-mortalidade relacionada a estes procedimentos. Foram realizadas mais de 270.000 cirurgias no período de junho de 2009 a dezembro de 2015, incluindo os pacientes oriundos de BH e de municípios do interior de MG.

No ano de 2015, devido à redução de incentivos financeiros destinados ao PCE, repassados pelo Ministério da Saúde para Belo Horizonte e, embora a Secretaria de Estado da Saúde esteja complementando este repasse, houve redução na produção de cirurgias eletivas pelos prestadores.

Projeto de integração entre o sistema de regulação ambulatorial e o sistema de prontuário do SUS-BH.

Está sendo implantado 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), por meio da unificação da entrada de dados de pacientes, profissionais, especialidades e procedimentos. A integração entre os sistemas possibilita ao profissional de saúde encaminhar o usuário da atenção primária para as unidades especializadas, a partir do atendimento médico no sistema SISREDE, diretamente ao sistema SISREG, não sendo necessária a entrada dos seus dados novamente. Este projeto evita a redigitação das informações e tem como resultados a maior agilidade na entrada das solicitações de consultas e procedimentos especializados no sistema SISREG, com a qualificação dos encaminhamentos à atenção especializada, diminuição do tempo de espera para acesso do usuário, diminuição de perdas de impressos e diminuição dos erros de digitação pelo Centro de Saúde. No ano de 2015 foi

concluída a integração dos encaminhamentos para as consultas de 1ª vez de todas as especialidades e exames, e a especificação das funcionalidades para a integração entre os sistemas na recepção das unidades especializadas, e também das consultas de retorno, qualificando o processo de trabalho administrativo e assistencial nas Unidades de Referência Secundária e Centros de Especialidades Médicas distritais. O projeto vem sendo desenvolvido com a participação da GTIS, Rede Complementar, Gerência de Assistência e Prodabel, sob a coordenação da primeira.

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

Em 2015 houve a recomposição da equipe da Central de Marcação de Consultas (CMC) com o aumento dos profissionais reguladores e das especialidades sob regulação, permitindo a maximização das ofertas disponíveis na rede própria e contratada, com agendamento em acordo com a demanda; qualificação dos fluxos de acesso para a atenção especializada, disponibilização de mais 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 e em tempo oportuno.

O sistema informatizado de Regulação do acesso ambulatorial do SUS-BH (SISREG), opera a Central de Marcação de Consultas desde 2004, e abriga hoje 14 Centrais de Regulação que compõe o Complexo Regulador do SUS-BH, e estão articulados aos pontos de atenção da rede de serviços próprios e contratados, bem como aos municípios do interior do Estado de Minas Gerais.

São elas:

- Central de Marcação de Consultas de BH (CMC) : central que acolhe, registra e agenda a demanda dos 147 Centros de Saúde, e de 660 Municípios para acesso às consultas, exames e tratamentos especializados no SUS-BH.
- 9 Centrais Distritais, uma para cada Distrito Sanitário : acolhem, registram e agendam a demanda dos seus Centros de Saúde, para atendimento nos Centros de Especialidades Médicas Distritais para até 7 especialidades: Cardiologia Adulto, Endocrinologia Adulto, Mastologia, Otorrinolaringologia

Adulto, Neurologia, Dermatologia e Ortopedia. As Centrais Distritais são virtuais, pois não existe estrutura física ou administrativa destinada à elas. A sua administração é realizada pelos gerentes dos Centros de Especialidades Médicas Distritais (CEMs), sob a coordenação das Gerências Regionais de Saúde e a Gerência da Rede Complementar em nível central.

- Central de Internação (CINT) – acolhe, registra e agenda as solicitações de Belo Horizonte e interior do Estado para consultas de avaliação pré-operatória (W e WU) para a realização de cirurgias eletivas.
- Central de Alta Complexidade (CRAC): acolhe, registra e agenda as solicitações de Belo Horizonte e interior do Estado para acesso aos exames e consultas de alta complexidade solicitados pela atenção especializada (por ex. tomografias, ressonâncias, oncologia, etc).
- Central de Reabilitação: acolhe, registra e agenda as solicitações de Belo Horizonte e interior do Estado inerentes a saúde auditiva e reabilitação ortopédica para na rede de Reabilitação do SUS-BH.
- Central Oftalmologia: acolhe, registra e agenda as solicitações de Belo Horizonte e interior do Estado para exames e subespecialidades da Oftalmologia, indicados após o atendimento na especialidade oftalmologia adulto e/ou pediátrica.

Tabela 18 - Consultas e procedimentos agendados através das Centrais de Regulação do SUS-BH, janeiro a dezembro de 201.

Central	Consultas	Procedimentos	Total	Realizados	Não realizados	% ausência (*)
Central Alta Complexidade	7.015	48.931	55.946	39.504	1.014	3
Central Barreiro	39.282	0	39.282	32.156	6.938	22
Central Centro Sul	26.008	5	26.013	20.701	5.312	26
Central de Internação (cons W)	52.864	170	53.034	36.177	6	0
Central de Marcação de Consultas de BH	465.352	357.452	822.787	589.343	152.986	26
Central Leste	41.834	0	41.834	33.757	7.144	21
Central Nordeste	42.711	0	42.711	34.025	8.031	24
Central Noroeste	33.029	0	33.029	26.116	6.025	23

Central	Consultas	Procedimentos	Total	Realizados	Não realizados	% ausência (*)
Central Norte	37.320	4.880	42.200	32.309	9.163	28
Central Oeste	39.518	0	39.518	31.036	7.699	25
Central Oftalmologia	8.782	4.380	13.162	9.160	959	10
Central Pampulha	32.923	3	32.926	25.581	6.147	24
Central Reabilitação	20.794	0	20.794	15.263	3.690	24
Central Venda Nova	32.744	5.219	37.963	31.510	6.047	19
Total	880.176	421.040	1.301.199	956.638	221.161	23

Fonte: Sistema de Regulação do SUS-BH (SISREG)/GERG/SMSA

Na, verifica-se que, de janeiro a dezembro de 2015, foram marcados através das 14 Centrais de Regulação 1.301.199 atendimentos especializados, sendo que, destes, 880.176 são consultas e 421.040 são exames especializados. A Central com maior volume de agendamento foi a Central de Marcação de Consultas de BH, com 822.787 marcações e, a com o menor volume, foi o da Central de Reabilitação, com 20.794 agendamentos. A média dos atendimentos marcados e não realizados no ano, foi de 23,12%. O maior número de atendimentos marcados e não realizados foi o da Central Norte, com índice de 28,36% de não realização, seguida pela Central de Marcação de Consultas de BH, com índice de 25,96%. Os menores índices foram da Central de Internação (0,02%) e Central Alta Complexidade (2,57%).

Os dados referentes à Central de Marcação de Consultas de BH, revelam 822.787 atendimentos no ano em questão. Destes, 744.718 (90,45%) foram requisitados através das unidades de Belo Horizonte e 78.069 (9,55%) foram através das Secretarias Municipais de Saúde do interior do Estado.

Tabela 19 - Nº de agendamentos na Central CMC por município de origem, 2015.

Município	Agendamentos	%
Belo Horizonte	744.718	90,45%
Interior de Minas Gerais (564 municípios)	78.069	9,55%
Total	822.787	100,00%

Fonte: Sistema de Regulação do SU-BH (SISREG)/GERG/SMSA

Ainda na Central de Marcação de Consultas de BH, o total de atendimentos para Belo Horizonte foi 744.718, sendo que o maior número de agendamentos foi realizado pelas

unidades do Distrito Barreiro, 104.426, representando 14,02%. Os Distritos Nordeste, com 101.655 agendamentos e Norte, com 89.101, representaram 13,65% e 11,96%, do total de 2015. Os distritos sanitários com os menores percentuais foram Pampulha e Centro Sul, com 7,53% e 6,69%, respectivamente.

Tabela 20 - Agendamento de consultas e procedimentos na Central CMC no ano de 2015, por Distrito Sanitário – Belo Horizonte.

DISTRITO SANITÁRIO	CONSULTAS	PROCEDIMENTOS	TOTAL	%
Barreiro	53.851	50.575	104.426	14,02
Centro Sul	24.616	25.250	49.866	6,69
Leste	43.512	39.735	83.247	11,17
Nordeste	51.436	50.219	101.655	13,65
Noroeste	44.744	41.518	86.262	11,58
Norte	49.978	39.123	89.101	11,96
Oeste	45.467	43.306	88.773	11,92
Pampulha	29.006	27.101	56.107	7,53
Venda Nova	53.422	31.859	85.281	11,45
Total	396.032	348.686	744.718	100

Fonte: Sistema de Regulação do SUS-BH (SISREG) /GERG/SMSA

Quadro 12 - Número de agendamentos, por especialidade, nas Centrais de Marcação de Consultas e nas 9 Centrais distritais, Central Oftalmologia e Central Reabilitação – Belo Horizonte, 2015.

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
ALERGOLOGIA ADULTO	1.687
ALERGOLOGIA PEDIATRICA	2.109
ANDROLOGIA	1.632
ANGIOLOGIA ADULTO	26.444
APLICACAO DE TOXINA BOTULINICA	35
AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL + IMITANCIOMETRIA	1
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR/IMITANCIOMETRIA/LOGOAUUDIOMETRIA	12.398
AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL INFANTIL + IMITANCIOMETRIA	384
AVALIACAO AUDITIVA CONDICIONADA INFANTIL + IMITANCIOMETRIA	390
AVALIACAO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO	54

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
AVALIACAO DOS PES DO DIABETICO	59
BRONCOSCOPIA ADULTO	18
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	957
CAMPIMETRIA MANUAL	9
CARDIOLOGIA ADULTO	50.230
CARDIOLOGIA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	72
CARDIOLOGIA CUIDADOS PROLONGADOS	14.392
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	5.966
CARDIOLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	61
CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO	47
CIRURGIA AMBULATORIAL	13.185
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	209
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1.176
CIRURGIA DA CABECA E PESCOCO	2.029
CIRURGIA DEFORMIDADE CRANIO FACIAL / FISSURA LABIO PALATAL	131
CIRURGIA GERAL	9.754
CIRURGIA PEDIATRICA	6.144
CIRURGIA PLASTICA ADULTO	6.363
CIRURGIA PLASTICA ADULTO/AMBULATORIO REGULADOR DO SUS-BH	1.206
CIRURGIA PLASTICA PEDIATRICA	96
CIRURGIA TIREOIDE	8
CIRURGIA TORACICA	577
CISTOSCOPIA	57
COLONOSCOPIA	4.761
COLONOSCOPIA PEDIATRICA	4
CONSULTA EM FISIOTERAPIA PARA REABILITACAO ORTOPEDICA	2.415
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA REABILITACAO ORTOPEDICA	2.042
CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR	653
DERMATOLOGIA ADULTO	57.067
DERMATOLOGIA HANSENIASE	141
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	7.411
DUPLEX SCAN COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	5.589
ECOBIMETRIA	68
ECOCARDIOGRAMA ADULTO	25.905
ECOCARDIOGRAMA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	25
ECOCARDIOGRAMA FETAL	1
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICA	1.509
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO PARA DOENCA FALCIFORME	22
ELETROCARDIOGRAMA ADULTO	11.504

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
ELETROCARDIOGRAMA PEDIATRICA	1.419
ELETROENCEFALOGRAMA ADULTO	3.585
ELETROENCEFALOGRAMA PEDIATRICA	512
ELETRONEUROMIOGRAFIA	1.729
ENDOCRINOLOGIA / OBESIDADE GRAVE	870
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	25.074
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	2.743
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ADULTO	15.960
ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIATRICA	61
ENDOSCOPIA DIGESTIVA SOB SEDACAO	66
ENEMA OPACO ADULTO	705
ENEMA OPACO PEDIATRICO	44
ESTUDO URODINAMICO ADULTO	650
ESTUDO URODINAMICO PEDIATRICO	2
FIBRONASOLARINGOSCOPIA	3.818
FIBRONASOLARINGOSCOPIA PEDIATRICA	2.835
FISIATRIA ADULTO	398
FISIATRIA ADULTO REABILITACAO	372
FISIOTERAPIA NAS ALTERACOES MOTORAS	12.407
FONOAUDIOLOGIA	195
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	13.404
GASTROENTEROLOGIA ADULTO REFERENCIA	81
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	2.835
GENETICA	668
GERIATRIA	6.058
GERIATRIA ILPI	25
GERIATRIA REFERENCIA	1.351
GINECOLOGIA CLIMATERIO	13
GINECOLOGIA ENDOCRINOLOGIA	50
GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL	411
GINECOLOGIA INFERTILIDADE	1.514
GINECOLOGIA PRE NATAL ALTO RISCO	5.078
GINECOLOGIA PRE NATAL ALTO RISCO PARA DOENCA FALCIFORME	38
GINECOLOGIA PRE NATAL MEDICINA FETAL	304
GINECOLOGIA REPRODUCAO HUMANA	1.269
GINECOLOGIA/ACONSELHAMENTO REPRODUTIVO P DOENCA FALCIFORME	17
GINECOLOGIA/PROPEDEUTICA DO COLO, VAGINA E VULVA	17.378
GONIOSCOPIA	160
HEMATOLOGIA ADULTO	6.042

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1.022
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	437
HOLTER	2.609
IMPLANTE ESTROMAL/ANEL DE FERRARA	8
INFECTOLOGIA ADULTO	545
INFECTOLOGIA ADULTO / DST	1.432
INFECTOLOGIA ADULTO / HIV	266
INFECTOLOGIA ADULTO/HEPATITES	332
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	362
LASER CATARATA CAPSULOTOMIA A YAG	1.209
LASER GLAUCOMA IRIDOTOMIA/TRABECULOPLASTIA A YAG	93
LASER RETINA FOTOCOAGULACAO PANFOTOCOAGULACAO A LASER	443
MAMOGRAFIA BILATERAL	81.172
MAPEAMENTO DE RETINA	647
MASTOLOGIA	29.794
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	66
NEFROLOGIA ADULTO	12.643
NEFROLOGIA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	61
NEFROLOGIA CUIDADOS PROLONGADOS	12
NEFROLOGIA CUIDADOS PROLONGADOS ADULTO	5.169
NEFROLOGIA PEDIATRICA	1.276
NEFROLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	14
NEUROCIRURGIA ADULTO	923
NEUROCIRURGIA PEDIATRICA	270
NEUROLOGIA / CIRURGIA DE EPILEPSIA	74
NEUROLOGIA ADULTO	37.242
NEUROLOGIA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	8
NEUROLOGIA PEDIATRICA	7.027
NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	25
ODONTOLOGIA / ATENCAO PRIMARIA A SAUDE	581
ODONTOLOGIA / CIRURGIA ODONTOLOGICA	5.416
ODONTOLOGIA / DISFUNCAO DE ATM	1.135
ODONTOLOGIA / DISFUNCAO DE ATM REFERENCIA.	21
ODONTOLOGIA / ENDODONTIA	11.325
ODONTOLOGIA / ESTOMATOLOGIA	2.487
ODONTOLOGIA / INFECTOLOGIA	18
ODONTOLOGIA / NECESSIDADES ESPECIAIS	791
ODONTOLOGIA / NECESSIDADES ESPECIAIS SOB ANESTESIA GERAL	267
ODONTOLOGIA / ODONTOPEDIATRIA	2.255

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
ODONTOLOGIA / ORTODONTIA	3.162
ODONTOLOGIA / PERIODONTIA	3.548
ODONTOLOGIA / PROTESE FIXA UNITARIA	7
ODONTOLOGIA / PROTESE PARCIAL CROMO COBALTO	3.340
ODONTOLOGIA / PROTESE TOTAL	1.345
ODONTOLOGIA / RADIOLOGIA	26.596
ODONTOLOGIA / TRATAMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR	191
OFTALMOLOGIA ADULTO	100.393
OFTALMOLOGIA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	200
OFTALMOLOGIA CATARATA	5.257
OFTALMOLOGIA CONSULTA P/ CIRURGIA DE GLAUCOMA (TREC)	161
OFTALMOLOGIA CORNEA	1.580
OFTALMOLOGIA DIABETES / FUNDOSCOPIA	19.962
OFTALMOLOGIA ESTRABISMO	1.447
OFTALMOLOGIA EXAME SOB NARCOSE	19
OFTALMOLOGIA GLAUCOMA	3.594
OFTALMOLOGIA LENTE DE CONTATO	900
OFTALMOLOGIA NEURO-OFTALMO	297
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	16.053
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	63
OFTALMOLOGIA PEQUENAS CIRURGIAS	1.902
OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR	1.818
OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR REFERENCIA	1.341
OFTALMOLOGIA RETINA / MAPEAMENTO DE RETINA	2.131
OFTALMOLOGIA SAUDE ESCOLAR	-
OFTALMOLOGIA UVEITE	254
OFTALMOLOGIA VISAO SUBNORMAL	432
OFTALMOLOGIA VISAO SUBNORMAL INFANTIL	124
ORTOPEDIA ADULTO	66.307
ORTOPEDIA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	19
ORTOPEDIA COLUNA	3.182
ORTOPEDIA JOELHO	1.813
ORTOPEDIA MAO	2.143
ORTOPEDIA OMBRO	1.636
ORTOPEDIA PE	1.688
ORTOPEDIA PEDIATRICA	5.886
ORTOPEDIA QUADRIL	621
OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	48.806
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA	15.392

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	257
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	659
PNEUMOLOGIA ADULTO	12.226
PNEUMOLOGIA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	7
PNEUMOLOGIA ADULTO/ TUBERCULOSE REFERENCIA	107
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA	5.466
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	41
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	356
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO ADULTO	726
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO PEDIATRICO	193
PROCTOLOGIA	12.895
RADIOGRAFIA DO ESTOMAGO E DUODENO(REED) ADULTO	934
RADIOGRAFIA DO ESTOMAGO E DUODENO(REED) PEDIATRICO	310
RADIOGRAFIA PARA TRANSITO E MORFOLOGIA INTESTINAL	127
REABILITACAO DE DISFAGIA	-
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	418
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	2.570
REUMATOLOGIA ADULTO	17.658
REUMATOLOGIA PEDIATRICA	151
SAUDE AUDITIVA	1.957
SAUDE AUDITIVA PRIORIDADE	165
SAUDE AUDITIVA REFERENCIA	1.701
SAUDE AUDITIVA REFERENCIA ALTA COMPLEXIDADE	461
SEXUALIDADE DA MULHER	572
SINDROME DE DOWN	661
TESTE DE VISAO DE CORES	13
TESTE ERGOMETRICO	12.898
TESTE ORTOPTICO	1.149
TESTE VESTIBULAR	795
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA PARA RETINA/PANFOTOCOAGULACAO	457
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	862
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	11.799
ULTRASOM ABDOMINAL	29.143
ULTRASOM BOLSA ESCROTAL	545
ULTRASOM CERVICAL	1.436
ULTRASOM DA TIREOIDE	3.884
ULTRASOM ENDOVAGINAL	36.459
ULTRASOM MUSCULO ESQUELETICO	11.282
ULTRASOM OBSTETRICO	18.229

ESPECIALIDADES	QUANTIDADE
ULTRASOM PEDIATRICA	2.590
ULTRASOM PELVICO FEMININO	4.397
ULTRASOM PROSTATA PELVICO	2.096
ULTRASOM RINS E VIAS URINARIAS	16.861
ULTRASOM TRANSFONTANELA	18
ULTRASONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA(MONOCULAR)	972
ULTRASSOM MAMARIO BILATERAL	4.233
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL ADULTO	223
UROGRAFIA EXCRETORA ADULTO	325
UROLOGIA ADULTO	25.798
VASECTOMIA	2.420
VIDEOLARINGOSCOPIA	2.422
VIDEOLARINGOSCOPIA PEDIATRICA	56

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. Foi iniciada a supervisão dos procedimentos oftalmológicos nos serviços contratados.

5.1.3. Avanços na alta complexidade de forma geral

Ao longo desta gestão, houve um empenho na construção de indicadores que permitam o monitoramento do desempenho dos prestadores no que concerne ao efetivo cumprimento das condicionalidades para habilitação em alta complexidade. No plano macro tais indicadores, quando implantados, permitirão avaliar o desempenho do conjunto da rede

habilitada, rever habilitações, requerer novas habilitações de acordo com a necessidade municipal e regional, compreendendo os municípios que fazem referência pactuada para a capital. No plano micro, o acompanhamento do desempenho de cada prestador vai permitir corrigir possíveis distorções. Ainda que específicas em cada área, as condicionalidades para habilitação são um importante instrumento de gestão para avaliação e para garantia da prestação de serviços. Para garantir a resolução dos problemas, o Centro de Regulação de Alta Complexidade vem promovendo uma maior aproximação entre os técnicos das Comissões e os Prestadores, realizando reuniões para a avaliação e solução de problemas, além de visitas programadas às unidades com vistas à avaliação qualitativa dos serviços e melhora do entendimento dos processos de trabalho e fluxos de atendimento. A reestruturação do sistema de revisão (metodologia para revisão, qualificação na entrada de dados nos sistemas, monitoramento do desempenho de cada prestador), as reuniões internas com as equipes, visando avaliar o serviço prestado, a aproximação dos gestores de contrato, com uma maior participação destes, centram-se na busca por soluções para os problemas apresentados pelos prestadores.

5.1.4. Avanços na Comissão Municipal de Nefrologia e Transplante

Ações desenvolvidas atualmente na Comissão Municipal de Nefrologia e Transplantes:

- Apoio matricial da Comissão aos pontos de atenção quanto às indicações de entrada em diálise.
- Elaboração e revisão com base no monitoramento dos eventos 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/confeção 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;
- 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.

Em 2015, os prestadores hospitalares e ambulatoriais em terapia renal substitutiva foram responsáveis pela hemodiálise de 2.525 pacientes, dos quais 1586 foram de residentes em Belo Horizonte e 936 em municípios do interior.

Quadro 13 – Consultas pré-transplante. Belo Horizonte, 2015.

Consultas pré-transplante - 2015	
Hospital/Tipo de consulta	Quantidade
Felicio Rocho	
Medula	51
Rim/pancreas	65
Coração	54
Rim	499
Figado	136
Pancreas	0
Hospital das Clinicas	
Medula	51
Rim	78
Pulmao	25
Rim/pancreas	4
Coração	83
Pancreas	0
Figado	97
Santa Casa	
Medula	55
Figado	37
Rim	146
Rim/pancreas	0
São Jose	
Rim	233
Hospital Evangelico	
Rim	231
Hospital da Baleia	
Rim	1
Hospital São Francisco	
Rim	56
Hospital Luxemburgo	
Medula	40

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.

Quadro 14 – APACs autorizadas para tratamento oncológico em 2015

Prestador habilitado em oncologia	Total de APAC autorizadas no período de 01/01/15 a 31/12/15
Santa Casa	8.891
Hospital da Baleia	8.384
Hospital das Clínicas	7.581
Hospital Luxemburgo	7.199
São Francisco	6.058
Hospital Mário Penna	4.289
Felício Rocho	3.486
Alberto Cavalcanti	2.031
TOTAL	47.919
Especificação	
Total de APAC de QT autorizadas no período de 01/01/15 a 31/12/15	Total de APAC de RT autorizadas no período de 01/01/15 a 31/12/15
41.742	6.177

5.1.6.

Comissão

Municipal de Cardiologia

Atividades desenvolvidas pela 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
- 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 a Secretaria de Estado.

5.1.7. Comissão Municipal de Propedêutica

- Atividades da Comissão Municipal de Propedêutica:
- 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.
- Implantação e acompanhamento dos exames prestados pelo laboratório Hermes Pardini.

De acordo com suas atribuições a Comissão de Propedêutica/Alta Complexidade realizou em 2015 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.

5.1.8. Integração e evolução do processo de trabalho da supervisão hospitalar

No ano de 2015 houve maior aproximação dos supervisores hospitalares com as demais gerências da GERG, para o compartilhamento das dificuldades, identificação dos problemas e propostas de soluções. Houve avanços no processo de trabalho, que além da revisão das contas hospitalares, passou a atuar com seu poder de crítica e com o conhecimento da rede para aprimorar as ações da regulação e primar pela qualidade do atendimento hospitalar prestado à população. As reuniões coletivas com os gestores de contrato para tratar de assuntos específicos de cada hospital, a criação de um grupo para discutir e propor soluções de questões técnicas inerentes ao trabalho, a 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 e sumários de alta), a revisão do manual de normas técnicas, contribuíram para a melhoria do atendimento hospitalar à população.

5.1.8. Projeto de atenção aos pacientes em cuidados prolongados

Foi enviado ao MS o projeto de habilitação dos Hospitais Paulo de Tarso e Santa Casa, para realizar o atendimento à demanda crescente de internação de pacientes com patologias crônicas, em consonância com a necessidade de disponibilização de leitos para as portas de urgência, muitos ainda ocupados por estes pacientes.

5.1.9. núcleo de qualidade da SMSA

Criação do

O Núcleo de Qualidade foi criado e trabalhou em 2015 tendo como meta a somatória de forças na busca por melhorias na atenção à saúde prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte. 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, que, embora estejam com indicação de alta, ainda não deixaram efetivamente o leito hospitalar.

5.1.11. Projeto de monitoramento da qualidade das Unidades de Terapia Intensivas

Este projeto utilizou-se de pesquisa documental e bibliográfica para elaborar indicadores destinados a avaliar a qualidade da assistência e os fluxos propostos para o monitoramento dos indicadores na prática clínica através da metodologia de pesquisa-ação. O objetivo geral deste projeto foi monitorar a qualidade das UTIs dos hospitais da rede contratualizada ao SUS em BH e, para tanto, elaborou-se 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, das Portarias e Resoluções do governo e da literatura científica. Foram descritos 217 indicadores de estrutura, processo e de resultados (assistenciais) para compor a matriz e cada um deles foi validado “in loco” em três UTIs de Belo Horizonte. A cada indicador foi associada uma pontuação específica para fins de avaliação do resultado final. Estes questionários vêm sendo aplicados periodicamente nos hospitais selecionados para assegurar o monitoramento da qualidade da assistência.

5.1.12. 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 realiza 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 existentes para acesso aos equipamentos e serviços disponíveis na rede destinados à esta população,. Para tanto, vem realizando reuniões com membros da Gerência de Assistência à Saúde, Gerência de Urgência e de Saúde Mental.

5.1.13. Programa Alta Responsável

Este programa foi desenvolvido com a finalidade de preencher uma lacuna existente entre a internação hospitalar e o acesso à assistência ambulatorial após a alta do recém nascido, no sentido de garantir a continuidade do seu acompanhamento, através da comunicação e agendamento de consulta 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, que são os principais responsáveis pela coordenação do cuidado da saúde das mesmas. O programa também visa o compartilhamento de informações e a elaboração de um plano de seguimento da criança, tendo em vista as co-morbidades presentes. Fazem parte deste programa todas as crianças e as puérperas de gestação de alto risco, residentes e internadas em hospitais contratualizados ao 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. Esta rotina já está incorporada pelas unidades do município.

5.1.14. Evolução dos Sistemas informatizados das Centrais reguladoras

Entre os 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 de forma assertiva e em tempo oportuno, gerando satisfação do cidadão usuário, melhor qualidade no 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/ou desenvolvidos pela empresa de Processamento de Dados do município (PRODABEL). No entanto, tais ferramentas estão defasadas, principalmente em relação à tecnologia utilizada, além de apresentarem problemas resultantes do crescimento da complexidade dos controles necessários.

Em parceria tripla, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Município de Belo Horizonte, está em desenvolvimento 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 e faturamento, com a sua concepção já finalizada e atualmente em fase de escrita de casos de uso. 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, em todos os municípios do Estado de Minas Gerais (MG), além da interoperabilidade com os sistemas de Regulação Nacional e Estadual. Paralelamente a este processo, a Central de Internação está migrando, de forma progressiva, para a utilização do sistema SUSFÁCIL, software de regulação sob gestão estadual, com a finalidade de promover maior transparência em suas atividades e de facilitar a implantação da nova plataforma única que está em construção.

5.1.15 Construção de propostas de trabalho integrado entre a gerência de Controle e Avaliação e a gerência de Auditoria Assistencial

Para tornar mais potente o processo de trabalho nas duas gerências e melhorar a articulação entre os diversos processos regulatórios, de forma a não haver retrabalho ou

ausência de intervenções em pontos estratégicos, atualizar e clarear as atribuições, responsabilidades e competências dos diversos setores envolvidos nos fluxos regulatórios, as gerências de controle e avaliação e de auditoria iniciaram algumas ações conjuntas visando atingir estes objetivos.

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.

5.1.6. Tratamento Fora do Domicílio

O setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) viabiliza 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 realizar o seu 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, consultas em subespecialidades e exames oftalmológicos, protetização e cirurgias auditivas, exames de radiologia simples e odontologia sob sedação.

Dentre os avanços em 2015 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, possibilitando uma diminuição do tempo de espera para acesso em BH. Hoje a grande maioria dos contatos com os municípios, após o recebimento das demandas, é feito de forma eletrônica. A definição de novos critérios para acesso aos procedimentos oftalmológicos com maior demanda reprimida permitiu a qualificação da regulação neste setor. Os municípios que solicitam procedimentos especializados de média complexidade com oferta na Central de Marcação de Consultas (CMC) têm a sua solicitação analisada previamente 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 hoje controla e autoriza as quotas da Programação Pactuada e Integrada (PPI) com periodicidade trimestral e as guias de

AIH estão sendo reguladas e cadastradas pelo setor.

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

Belo Horizonte, pólo estadual de referência a atenção a 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 que o diagnóstico seja o mais precoce possível, e, conseqüentemente, a intervenção também seja com certa urgência, evitando, dessa maneira, as conseqüências conhecidas por todos. 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 tanto, destinou espaços no Núcleo de Cirurgia Ambulatorial localizado na Unidade de Referência Secundária Sagrada Família, Rua Joaquim Felício 101. O Núcleo de Cirurgia é um unidade municipal ligada ao Hospital Municipal Odilon Behrens e 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 32, observa-se um aumento gradual de leitos, no período de 2005 a 2015, cujo total de leitos em 2015, é 5.694, excluídos os leitos psiquiátricos. As cirurgias eletivas,

em 2015 totalizaram 39.540, conforme o Gráfico 33.

Gráfico 32 - Evolução de leitos no SUS-BH – 2005 a 2015

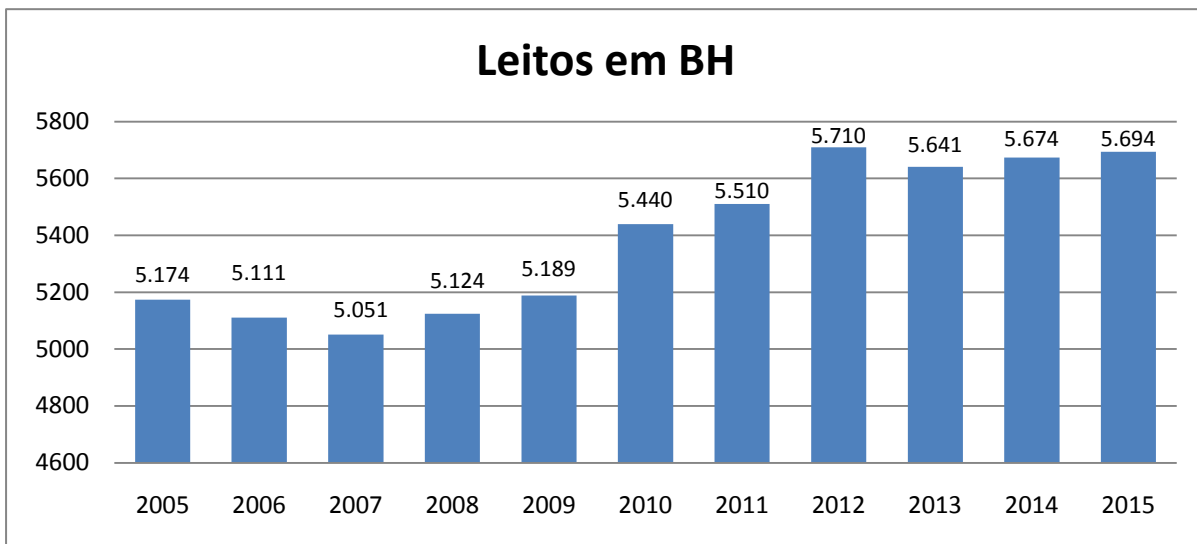
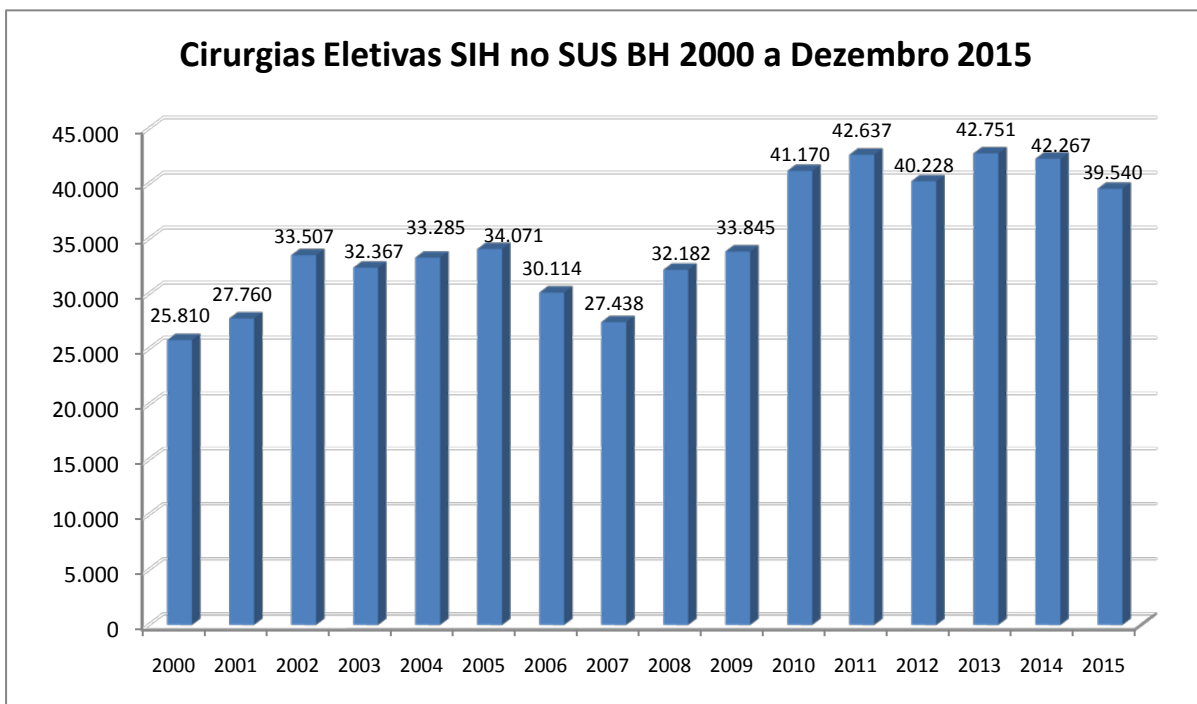


Gráfico 33- Cirurgias Eletivas no SUS-BH – 2000 a 2015



Quadro 15 - Projeto de Cirurgias Eletivas do SUS-BH - junho de 2009 a dezembro de 2015

Fila inicial do Projeto de Cirurgias Eletivas BH	56.223
Pessoas avaliadas no período *	349.308
Cirurgias realizadas no período **	270.145
Fila atual de munícipes de Belo Horizonte ***	13.130
Fila do interior ****	6.853
Pessoas em pré-operatório nos hospitais *****	12.792

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:

- capilaridade;
- 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;
- 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:

- Programadas: quando possuem um papel avaliativo, com caráter pedagógico e visam fornecer ao gestor um instrumento capaz de nortear suas decisões e ações;
- 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, 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.

A seguir, as atividades encerradas, por quadrimestre, do ano de 2015.

Tabela 21 – Auditoria Assistencial - 1º Quadrimestre 2015: atividades encerradas

Finalidade	Demandante	Entidade
Apuração de denúncia de mau atendimento médico	Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG
Esclarecimento dos fatos que levaram pacientes a óbito	Ministério Público Estadual-MG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG
Verificação de causas de óbito de paciente por demora na realização de hemodiálise	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG	Hospital Universitário São José
Verificação negativa de realização de exame previamente agendado	Ministério Público Estadual-MG	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
Verificação de Indícios de negligência ao atendimento de usuário do SUS	Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG	Hospital das Clínicas de Belo Horizonte
Verificação da Qualidade da assistência prestada pelo CENTRARE	Ministério Público Estadual-MG	Hospital da Baleia
Apuração da utilização do Protocolo de Manchester	Corregedoria Geral do Município de Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens
Apuração de realização de ultrason por profissional não médico	Setores internos da SMSA-BH/MG	Hospital Sofia Feldman
Verificação de possíveis irregularidades na cobrança de procedimentos	Setores Internos da SMSA-BH/MG	Hospital Universitário São José

Tabela 22 - Auditoria Assistencial - 2º Quadrimestre 2015: atividades encerradas

Finalidade	Demandante	Entidade
Dificuldade de acesso à consulta especializada	Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Hospital Municipal Odilon Behrens
Apuração procedimento autorizado diferente do realizado	Setores Internos da Secretaria Municipal de Saúde	Hospital Universitário São José
Apuração de tentativa de cobrança irregular	Cidadão	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG
Apuração de óbito de recém-nascido	Cidadão	Hospital Sofia Feldman

Finalidade	Demandante	Entidade
Estudo do fluxo de cirurgia plástica eletiva	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Hospital Universitário São José
Verificação de possíveis irregularidades na cobrança de procedimentos	Controle e Avaliação	Hospital Universitário São José
Averiguação do serviço de marca-passo da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG	Setores Internos da Secretaria Municipal de Saúde	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG
Avaliação atendimento a usuários do SUS	Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Hospital Sofia Feldman
Avaliação da suspensão de implante de marca-passo da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG	Setores Internos da Secretaria Municipal de Saúde	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG
Avaliação de alta responsável	Componente Municipal do SNA	Hospital Municipal Odilon Behrens
Apuração de óbitos ocorridos no Hospital São Francisco de Assis	Controle e Avaliação	Hospital Universitário São José
Apuração de irregularidades	Cidadão	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG
Averiguação de irregularidades nas contas hospitalares referente à realização de endoscopia digestiva	Controle e Avaliação	Hospital das Clínicas de Belo Horizonte- MG

Tabela 23 – Auditoria Assistencial - 3º Quadrimestre 2015: atividades encerradas

Tipo de Atividade	Finalidade	Demandante	Entidade
Auditoria 136	Apuração de denúncia: Mau atendimento a usuário do SUS-BH/MG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Hospital São Francisco
Auditoria 140	Análise da prestação da assistência no Hospital Evangélico	Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais	Hospital Evangélico
Visita Técnica 34	Apuração de indícios de cobrança indevida	Cidadão	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG

Tipo de Atividade	Finalidade	Demandante	Entidade
Visita Técnica 35	Acompanhamento das recomendações da Auditoria nº 14571	Ministério Público Estadual	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG
Visita Técnica 37	Apuração de indícios de irregularidades	Cidadão	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte- MG
Visita Técnica 41	Averiguação da prestação da assistência em Oncologia, segundo a Lei 12.732.	Ministério Público Estadual	Hospital das Clínicas
Visita Técnica 44	Visita motivada por Ofício da 2ª Promotoria de Justiça de Defesa de Saúde, para avaliação de medidas do serviço, referente a Auditoria nº131	Ministério Público Estadual	Hospital da Baleia
Visita Técnica 47	Apuração de denúncia constante na Manifestação nº 113810, referente Hospital Universitário São José	Cidadão	Hospital Universitário São José
Parecer Técnico 10	Análise e emissão de parecer técnico referente a atendimento a paciente	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Hospital Evangélico
Parecer Técnico 11	Análise e emissão de parecer técnico referente a Minuta de contrato a ser celebrado entre SMSA/BH e prestador.	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG
Parecer Técnico 12	Análise e emissão de parecer técnico referente á Nota Técnica nº003/2015, que trata de prontuários de pacientes	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- MG

Fonte: GEAUD/SMSA/SUS-BH - Sistema Nacional de Auditoria – SNA – 30/12/2015

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 (UBS) e de 6 Unidades de Suporte Avançado (USA), conforme mostra o Quadro 16.

Quadro 16 - Quantitativo das unidades de suporte do SAMU, BH – 2008 a 2014

SAMU – Unidades de suporte								
Tipo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
USB	16	18	18	18	18	21	21	21
USA	2	5	5	6	6	6	6	6

Fonte: GEUG/SMSA-BH

Tabela 24 - 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	2015
Nº de atendimentos telefônicos recebidos	531.159	634.335	679.047	715.673	675.051	566.559	640.076	640.076
Nº de atendimentos realizados <i>com deslocamento</i> de ambulância	53.190	89.049	99.852	90.956	102.769	96.199	97.752	96.937

Transporte em Saúde								
Descrição	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de Veículos	44	49	52	68	68	77	77	77

Fonte: GEUG/SMSA-BH

O total de atendimentos realizados nas Unidades de Pronto Atendimento, em 2015, é de 608.988. O maior número de atendimentos, 104.453, foi realizado no D.S. Barreiro, e o menor no D.S. Centro Sul com 3.009 atendimentos, conforme o Quadro 17.

Tabela 25 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte, 2009 a 2015.

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	938	0,16

Ano	Atendimentos	Taxa de Resolutividade %	Óbitos	Taxa de Mortalidade
2013	569.479	96,4	903	0,15
2014	570.181	96,4	866	0,15
2015	608.988	96,58	943	0,15

Fonte: GEUG/SMSA

Quadro 17 - Número de atendimentos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Belo Horizonte – 2015.

Atendimentos das UPAS –2015	
Distrito Sanitário	Número de atendimentos
Barreiro	104.453
Centro Sul	53.009
Leste	79.753
Nordeste	69.479
Norte	71.697
Oeste	80.986
Pampulha	61.970
Venda Nova	87.641
Total	608.988

Fonte: GEUG/SMSA-BH

A ação da urgência no Serviço de Atenção Domiciliar permitiu que 9.807 vidas fossem acompanhadas no ano de 2015. Para a assistência, o número de 2.441 desospitalizações significou a liberação de leitos e, conseqüentemente, economia de recursos financeiros.

Tabela 26 - Procedimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar – 2009 a 2015

Descrição	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de vidas acompanhadas	3.955	7.075	9.117	9.942	8.886	8.417	9.807
Número de equipes implementadas	21	21	22	22	24	24	26
Número de desospitalizações	506	804	1.186	1.822	1.987	2.026	2.441

Fonte: GEUG/SMSA-BH

*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. Programa de Educação Permanente (PEP)

O PEP, implantado a partir de 2010 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.

Em janeiro de 2015, findou o termo de compromisso que previa financiamento do projeto, assinado entre Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Com isso, os coordenadores e facilitadores tiveram o contrato de trabalho do PEP finalizado. No entanto, o horário destinado ao PEP foi mantido pela gestão municipal para que os facilitadores, interessados, continuassem a ação educativa durante a carga horária de trabalho de seu vínculo efetivo.

Em 16 de setembro de 2015 a Secretaria Estadual de Saúde publicou a Resolução SES/MG N° 4.914 que estabelece as normas gerais de execução do Programa de Educação Permanente (PEP) para médicos de família e demais médicos que atuam na atenção primária à saúde do município de Belo Horizonte. No entanto, somente em dezembro foi disponibilizado e assinado o termo de compromisso do Programa de Educação Permanente do Município de

Belo Horizonte com previsão de novo financiamento.

Desta maneira, a partir de 2016 o Programa de Educação Permanente estará sob coordenação do Centro de Educação em Saúde e abrangerá além de Médicos os Enfermeiros, (que terão PEP específico da categoria profissional) as demais categorias que atuam na APS por meio do PEP Equipe.

Atualmente, o Centro de Educação em Saúde está empenhado nos processos que antecedem a recontração dos facilitadores do PEP (elaboração / publicação de edital, seleção e contratação de facilitadores). Nesta etapa serão selecionados 63 profissionais Médicos (Médicos de Família e Comunidade, Clínicos Gerais, Ginecologistas- Obstetras e Pediatras) e 73 profissionais Enfermeiros com previsão de realizarem 136 Grupos de Aperfeiçoamento Profissional específico da categoria profissional e mais 500 GAP's Equipe (multiprofissional e interdisciplinar aplicável a todas as categorias profissionais que atuam na APS) com capacidade de qualificar 7500 profissionais da APS por ciclo.

6.2. Residência no SUS BH

6.2.1. Residência Multiprofissional

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde são iniciativas dos Ministérios da Saúde e da Educação, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais.

A residência constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, com recebimento de bolsa do Ministério da Saúde e Educação (para Instituições Federais).

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte oferta programas de Residência Multiprofissional através do Centro de Educação em Saúde (CES) e Hospital Odilon Behrens, em que estão instituídas as devidas Comissões de Residência Multiprofissional (COREMU). O CES oferece 01 (um) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família, aprovado na Portaria Conjunta nº1 de 14 de janeiro de 2015 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

O Hospital Odilon Behrens oferta programas de residência multiprofissional desde o

ano de 2010, conforme disposição a seguir: Atenção Básica/Saúde da Família- aprovado no Edital 17/2011; Saúde da Criança- aprovado no Edital n° 24/2009; Saúde da Mulher- aprovado no Edital n° 17/2011; Saúde Mental- aprovado no Edital 17/2011; Saúde do Idoso- aprovado no Edital 17/2011; Urgência e Trauma- aprovado no Edital n° 24/2009 e 17/2011.

Esses visam formar e capacitar profissionais de saúde, no contexto da Rede de Serviços do SUS/BH. Está organicamente articulado à dinâmica da Rede de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, o que possibilita integrar a residência à educação permanente da SMSA/PBH, bem como desenvolver competências que articulem ensino, serviço, gestão e controle social.

Para ingressar nos Programas é preciso que o candidato seja graduado e aprovado em processo seletivo coordenado pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Atualmente são ofertadas vagas para as seguintes categorias profissionais: assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta. O Profissional de Saúde Residente receberá mensalmente, durante todo o Programa de Residência, uma bolsa de trabalho, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde (Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde). O Ministério da Educação oferta bolsas para Instituições de Ensino e Hospitais Federais.

6.2.2. Residência Médica

A Residência Médica foi Instituída pelo Decreto n° 80.281, de 5 de setembro de 1977. A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte oferta programas de Residência Médica através do Centro de Educação em Saúde (CES) e Hospital Odilon Behrens, em que estão instituídas as devidas Comissões de Residência Médica (COREME). A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de dois anos e com pagamento de bolsa para o médico residente.

No Hospital Odilon Behrens existem os seguintes programas de Residência Médica: Cirurgia Geral; Cirurgia Geral- Avançado; Cirurgia do Trauma; Cirurgia Vascular; Clínica Médica; Geriatria; Ginecologia e Obstetrícia; Medicina de Família e Comunidade; Medicina Intensiva; Medicina Intensiva Pediátrica; Medicina do Trabalho; Medicina Urgência; Neonatologia; Neurocirurgia; Neurologia Pediátrica; Ortopedia; Pediatria; Psiquiatria;

Reprodução Humana em GO; Ultrassonografia em GO.

Em 2015, iniciou na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH), através do Centro de Educação em Saúde, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC), com 05 (cinco) vagas. A RMMFC visa promover o desenvolvimento de competências que articulem ensino, serviço, gestão e controle social. Para atingir esse objetivo, a proposta é que os residentes da SMSA/PBH tenham estágios (treinamento em serviço) em cenários de prática da Atenção Básica, Secundária e Terciária com a finalidade de aprimorar o conhecimento e sua aplicabilidade na Atenção Primária em Saúde, formando profissionais capacitados para trabalharem na rede SUS/SMSA/PBH.

Para ingressar na Residência Médica é preciso que o candidato seja graduado em medicina e seja aprovado em processo seletivo coordenado pela Comissão de Residência Médica (COREME) da SMSA/PBH, conforme legislação da CNRM, em parceria com a Comissão Estadual de Residência Médica de Minas Gerais (CEREM/MG) e Associação de apoio a Residência Médica (AREMG).

Os Programas de Residência Médica organizados pela SMSA/PBH baseiam-se em diretrizes e princípios, reformulados e aplicados nos melhores projetos de educação médica de pós-graduação de formação integral, centrados na aquisição de competências sustentadas nas evidências científicas, metodologias ativas, na valorização da experiência e das boas práticas, bem como na cultura, ética e valores ao usuário centrado no compromisso com a sociedade. O residente é incentivado a assumir um papel cada vez mais ativo. Ter iniciativa criadora e científica, pensamento crítico-reflexivo, capacidade para auto avaliação, trabalho em equipe, senso de profissionalismo e sensibilidade na assistência.

Quadro 18 - Ações educacionais realizadas, por tipo de curso. Belo Horizonte, 2015.

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Capacitação em febre maculosa	2	Abril	Enfermeiro, médico, psicólogo e referência técnica	36	GEAS	Concluído
Capacitação monitores da vacina BCG	2	04/09 e 11/09/2015	Enfermeiros e médicos	17	CES / SMSA	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Web conferência	2	12/02/2015 ; 12/03/2015 ; 11/05/2015; 24/06/2015 ; 04/08/2015 ; 18/08/2015 ; 25/08/2015 ; 28/08/2015 ; 01/09/2015 ; 03/09/2015 ; 16/09/2015 ; 17/09/2015 ; 24/09/2015 ; 21/10/2015 ; 28/10/2015 ; 09/11/2015 ; 11/11/2015 ; 12/11/2015 ; 13/11/2015 ;	ASB, TSB, ACS, assistente social, auxiliar administrativo, auxiliar enfermagem, cirurgião dentista, enfermeiro, gerente, medico, psicólogo, educador físico, técnico em informática.	740	CES e GTIS	Concluído
Capacitação em feridas e curativos	3	02/07/2015	Enfermeiro	21	Rede Complementar	Concluído
Capacitação testes rápidos para HIV	3	06/05/2015	Assistente social, enfermeiro, médico	47	GEAS	Concluído
Ensaio oficinas promotoras de saúde - 7 e 8	3	27/10/2015 ;04/11/2015	Gerentes e facilitadores	21	NEP	Concluído
Manejo clinico da dengue	3	27/11 e 03/12	Médicos e enfermeiros APS	52	GEREPI B, GEAS	Concluído
Oficina distrital noroeste: feitos e efeitos	3	Dezembro	Gerentes, gerentes adjuntos, referências técnicas distritais e apoiador distrital	45	GERSA NO	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Proposta de implantação e-SUS e suas repercussões para os centros de saúde	3	Dezembro	Gerentes, gerente adjuntos, técnicos distritais, técnico nível superior das unidades;	12	GEREPI NO	Concluído
Reunião de discussão sobre doença renal crônica noroeste e GEAS	3	Dezembro	Profissionais da gestão e atenção relacionados ao tema	22	GEAS / NEP	Concluído
Reuniões de matriciamento em temas da endocrinologia - diabetes	3	3 datas	Médico	27	NEP	Concluído
Sensibilização dos agente comunitário de saúde sobre a ficha de visita domiciliar	3	27/11/2015 ao dia 03/12/2015	Agente comunitário de saúde	210	GEREPI N	Concluído
Sensibilização para retomada do projeto qualificação do cuidado ao idoso frágil	3	Novembro; dezembro	Assistente social; NASF; gerentes e técnicos distritais; fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais	79	CES	Concluído
Situação de emergência para dengue, zika e chikungunya e plano de intervenção	3	Dezembro; 23/11/2015	Gerentes, encarregados (ACEII), coordenadores de zoonoses e técnicos do distrito; agente comunitário de saúde, ACE	239	NEP	Concluído
Treinamento de sífilis congênita para agente comunitários de saúde	3	20/no	Agente comunitário de saúde	37	NEP	Concluído
Treinamento em febre zika	3	18/dez	Médico, enfermeiro	22	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Treinamento: endereçamento e tramitação das correspondências.	3	14/10/15, quarta feira de 13:00 às 16:00h 15/10/15, quarta feira de 13:00 às 16:00h; 14/10/15, quarta feira de 13:00 às 16:00h 15/10/15, quarta feira de 13:00 às 16:00h	Profissionais administrativos (APPA, AMAS, interativa e efetivos), gerente e gerente adjunto	162	NEP	Concluído
Alinhamento teórico e discussão do fluxo de encaminhamento para neuropediatria	4	Maio e julho	Médicos	200	Rede Complementar	Concluído
3º módulo da Assistência Farmacêutica	4	29/09/2015 ; 15/10/2015	Auxiliares de enfermagem	79	GERASA	Concluído
Abordagem breve aos fumantes	4	04/09/2015 , 09/10/2015 , 14/10/2015 , 23/10/2015 , 13/11/2015 , 20/11/2015 , 04/12/2015	Técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, cirurgião dentista, estagiário do posso ajudar, enfermeiros e médicos	98	GEAS	Concluído
Abordagem clínica do chikungunya	4	10 de fevereiro 8 às 12 h	Enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, profissionais NASF e referências técnicas do distrito sanitário	44	NEP	Concluído
Abordagem sindrômica às DST, AIDS e hepatites virais	4	07/04/2015 , 07/08/2015 e 10/11/2015	Enfermeiros, médicos e odontólogos	98	GEAS	Concluído
Apresentação: apoiador de território	4	04/11/2015	Gerentes e referências técnicas	11	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Atualização em ortopedia para Atenção Primária à Saúde	4	03/02 ; 06/02 ; 10/02	Enfermeiros e médicos	109	Rede Complementar/ GEAS	Concluído
Atualização em Urgência e Emergência	4	10/11/2015 ; 11/11/2015	Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem	54	NEP	Concluído
Avaliação e cuidados com o pé diabético	4	Maio e setembro	Enfermeiros, gerentes e médicos	244	Rede Complementar	Concluído
Benefícios do INSS - ênfase em aposentadoria e BPC	4	Dezembro	Assistentes sociais e referencias técnicas	15	NEP	Concluído
Capacitação: SISREG	4	17/03/2015	Auxiliar administrativo, médico, enfermeiro, recepcionista, estagiário e técnico de informática, referências técnicas e gerentes	42	GTIS	Concluído
Capacitação de vacina BCG	4	27/11/2015	Enfermeiros	40	CES	Concluído
Capacitação em assistência farmacêutica	4	Fevereiro, março e maio	Médicos, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem	30	NEP	Concluído
Capacitação em atendimento anti-rábico humano	4	Março, abril e setembro	Médicos, enfermeiros e gerentes de centros de saúde	101	NEP	Concluído
Capacitação em interações medicamentosas	4	Abril	Médicos, dentistas e enfermeiros	30	NEP	Concluído
Capacitação em prótese odontológica	4	06/10/2015	Cirurgião dentista	66	GEAS	Concluído
Capacitação para o manejo da criança que chia	4	30/06/2015 , 01/07/2015	Enfermeiro e médico	13	GEAS	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Capacitação sobre dengue, chikungunya e zika para supervisores e estagiários do posso ajudar	4	17/12 e 21/12	Estagiários e supervisores do “ <i>Posso Ajudar</i> ”	402	GEAS	Concluído
Capacitação sobre febre maculosa brasileira	4	Março	Agente de ombate de endemias I e II Agente sanitário	80	NEP	Concluído
Capacitação testes rápidos para HIV	4	Junho, setembro e dezembro	Todas os profissionais da atenção primária	84	GEAS	Concluído
Capacitação: visita domiciliar da saúde bucal	4	08 e 10/09/2015	Auxiliar de consultório dentário, auxiliar de saúde bucal, cirurgião dentista, fonoaudiólogo.	133	GEAS	Concluído
Capacitação em câmara de frio	4	29/01/2015	Enfermeiro, auxiliar de enfermagem, bioquímico e auxiliar de laboratório	24	NEP	Concluído
Classificação do Protocolo de Manchester	4		Enfermeiros	33	GEAS	Concluído
Comitê de prevenção ao óbito fetal, infantil e materno	4	Outubro	Enfermeiros UBS	28	NEP	Concluído
Curso introdutório-novo servidor	4	26/02/2015	Cirurgião dentista e enfermeiro	18	EVG/CES	Concluído
Descentralização da Ouvidoria	4	19/ago 20/ago 25/ago	Gerentes adjuntos	46	NEP	Concluído
e-SUS	4	Novembro e dezembro	Agentes comunitários de saúde, gerentes e enfermeiros	501	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Fórum da criança	4	05/08/2015	Enfermeiro e médico	13	GEAS	Concluído
Grupo de aperfeiçoamento gerencial	4	Fevereiro a dezembro	Gerentes/adjuntos/coordenadores	55	NEP	Concluído
Grupo de aperfeiçoamento profissional - médico (PEP)	4	Fevereiro a dezembro	Médicos da Atenção Primária	604	NEP	Concluído
Grupo de estudo de profissionais enfermeiros	4	Fevereiro a dezembro	Enfermeiros da Atenção Primária	86	NEP	Concluído
Imunização - atualização vacinal	4	13/03/2015	Médicos e enfermeiros	35	NEP	Concluído
Introdução à Plataforma Arouca	4	Abril	Gerente e/ou gerente adjunto, administrativo, enfermeiro	31	NEP	Concluído
IV Encontro de Imunização do Adolescente, do Adulto e Idoso	4	11.07.2015	Enfermeiros	1	NEP	Concluído
Manejo cardiovascular no Programa Academia da Cidade	4	Abril	Educadores físicos	18	Rede Complementar/NEP	Concluído
Manejo clínico de diabetes	4		Profissionais das ESF, NASF	34	GEAS / NEP	Concluído
Manejo clínico e avaliação de contatos hanseníase	4	Abril	Enfermeiros e médicos	8	NEP	Concluído
Medicação intramuscular	4	Novembro	Enfermeiros	20	NEP	Concluído
Monitoramento de indicadores	4	Julho e outubro	Apoiadores institucionais e técnicos distritais	43	NEP	Concluído
Noções gerais sobre o protocolo de imunização e inventário para algumas enfermeiras.	4	01/dez 03/dez	Enfermeiros	13	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Oficina do Encontro	4	14/09/2015	Profissionais admitidos entre setembro de 2013 e setembro de 2015	45	NEP	Concluído
Oficinas promoção a saúde - tabaco alcool e outras drogas 7	4	Novembro e dezembro	Todos profissionais da atenção primária em saúde.	587	GTPS/NEP	Concluído
Oficinas promoção a saúde - tabaco alcool e outras drogas 8	4	Novembro e dezembro	Todos profissionais da atenção primária em saúde.	526	GTPS/NEP	Concluído
Plano de intervenção para apoiadores distritais	4	Julho	Apoiadores institucionais da GERSA-NO	8	NEP	Concluído
Reflexão sobre a prática profissional em abordagem em saúde sexual	4	05 a 09.10.2015, 14 a 18.09.2015, 19 a 23.10.2015 e 14.12 a 18.12.2015	Todas categorias profissionais da atenção primária	19	NEP	Concluído
Reflexo vermelho	4	14/05/2015, 27/05/2015	Médico	20	GEAS	Concluído
Registro/produção dos profissionais de enfermagem	4	Setembro e outubro	Enfermeiros e gerentes das UBS	39	NEP	Concluído
Roda de conversa aleitamento materno	4	Fevereiro, abril, julho agosto e setembro.	Agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, NASF	234	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Roda de conversa sobre guias de atendimento às vítimas de violência.	4	Dezembro	Todos profissionais da atenção primária em saúde.	55	NEP	Concluído
Rodas de conversa sobre o programa "maior cuidado"	4	Maio	Assistente social, enfermeiros, psicólogos dos CS com área CRAS e técnicos distritais da saúde e da assistência	30	NEP	Concluído
Seminário "O Olhar do Agente Comunitário de Saúde " 1º Módulo do 2º Ciclo	4	Dezembro	Agente comunitário de saúde	384	NEP	Concluído
Seminário Gestão Clínica	4	14/05/2015	Referencias técnicas GERSA-CS	36	GEAS / NEP	Concluído
Sensibilização em hanseníase	4	Agosto	Enfermeiros, médicos e gerentes de unidade de saúde	71	NEP	Concluído
Sensibilização Em Hiv, AIDS e Hepatites	4	24/03/2015	Agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e gerente	89	GEAS	Concluído
SISREDE para odontologia	4	Janeiro, fevereiro, março e agosto	Cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal	210	NEP	Concluído
Treinamento das oficinas de promoção da saúde (5,6,7,8)	4	Julho	Gerentes e gerentes adjuntos das UBS e RC, profissionais das unidades	31	GTPS / NEP	Concluído
Treinamento de habilidades - doenças respiratórias	4	Maio e junho	Enfermeiros e médicos	44	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Treinamento SISREDE imunização	4	Fevereiro a maio	Enfermeiros	14	NEP	Concluído
Treinamento: coleta e transporte de amostras.	4	29/10, 05/11 e 12/11/2015	Auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem	85	Rede Complementar	Concluído
Valorização da enfermagem	4	Junho	Técnico e auxiliar de enfermagem e enfermeiros da URS e CEM-NO	27	NEP	Concluído
Vigilância em saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias e outros agravos.	4	17 e 18/06	Auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde	124	NEP	Concluído
Visita técnica em saúde	4	14/05/2015	Enfermeiros e médicos	95	GEAS	Concluído
Capacitação no programa de controle da toxoplasmose congênita	5	23/06/2015 ; 24/06/2015	Enfermeiro e médico	31	GEAS	Concluído
Capacitação do programa de controle da tuberculose	8	10/04/2015 ;10/04/2015 ; 18/9/2015; 18/11/2015 ; 18/09/2015 ;18.09.2015 ; 18/09/2015 ;10/04/2015 ;29/05/2015;18/11/2015	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos	127	CES / GEAS	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Abordagem breve aos fumantes	8	17/04/2015 ; 08/05/2015 ; 04/09/2015 ; 09/10/2015 ; 13/11/2015 ; 17/04/2015 ; 04/09/09/10 ; 13/11/15 ; 04/09/2015 ; 14/10/2015 ; 09/10/2015 ; 23/10/2015 ; 01/03/2016 ; 11/03/2015 ; 09/10 ; 13/11/15	Farmacêuticos, médicos e psicólogos	420	GEAS	Concluído
Aidipi - atenção às doenças prevalentes na infância	8	13, 20 e 27/08/2015 ; 14, 21, 28.08.2015 ; 01/03/2016 ; 08/09/2015	Médicos de medicina de família e comunidade, enfermeiros da rede smsa, profissionais de saúde bucal e gerentes das unidades, residente	80	GEAS	Concluído
Avaliação e cuidados com o pé diabético	8	23/03 e 24/03/15	Enfermeiros	38	Rede Complementar	Concluído
Capacitação confecção de órteses para membro superior	8	03/09/2015 ; 03 e 04/09/15 ; 03 a 04.09.2015 ; 03 a 04.09.2015 ; 03 a 04.09.2015 ; 03 e 04 de setembro de 2015 ; 03 e 04/09/15	Terapeutas ocupacionais que atuam no NASF e CREAB	43	Rede Complementar	Concluído
Capacitação dos agentes comunitários de saúde- sistema e-SUS	8	09/12/2015 a 23/12/2015	Agente comunitário de saúde	210	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Comissão de elaboração do plano de gerenciamento de resíduos sólidos dos serviços de saúde	8	Maio	Agente sanitário, auxiliar de limpeza, bioquímico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, cirurgião dentista	19	SMSA	Concluído
Doenças respiratórias agudas - teoria	8	22 abril 13:30 às 17:00 e 29 de abril de 07:30 às 11:00.	Enfermeiros, generalistas, farmacêuticos, pediatras	40	GEAS	Concluído
Iii seminário de promoção a saúde do trabalhador	8	16 de novembro de 2015	Profissionais ligados à área de saúde e segurança no trabalho (4 gerentes / 1 referência técnica GERASA)	5	SMSA	Concluído
Seminário boas práticas	8	04/02/2015	Multiprofissional	124	GERASA	Concluído
Seminário PROHAMA -	8	19.11.2015	Todas categorias profissionais da atenção primária / administrativos; efetivos	13	GERASA	Concluído
Suporte básico de vida ofertado pelo 2º Batalhão do Corpo de Bombeiros de Contagem	8	21 e 28 de agosto de 2015	Profissional de educação física, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, psicólogo e fonoaudiólogo.	40	NEP	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Treinamento de preenchimento dos formulários de produção	8	Fevereiro	Agente comunitário de saúde e enfermeiros	47	NEP	Concluído
Capacitação do programa de controle a tuberculose	9	10/04/2015	Enfermeiros, farmacêuticos, médicos e residentes multiprofissionais	34	GEAS	Concluído
Avaliação e cuidados com o pé diabético	12	08.09 e 15.09.2015	Enfermeiros e médicos	30	Rede Complementar	Concluído
Capacitação Assistência Farmacêutica - Módulo II	12	20 e 27 jan. 03 e 10/02;04,05,07,11,12,14,18,19 e 21/05	Auxiliar enfermagem	211	NEP	Concluído
Capacitação testes rápidos para HIV	12	18 à 20/03/15;23/09/2015 a 25/09/2015;09/09/2015 a 11/09/2015;30/09/2015 a 02/10/2015;30/09/2015 a 02/10/2015;11/12/2015	Enfermeiros e médicos da atenção primária, profissionais da rede complementar, odontólogos, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais; CERSAM	246	GEAS	Concluído
Formação novos tutores Estratégia Amamenta Alimenta Brasil	12	14 a 16.09.2015	Enfermeiros	3	GEAS	Concluído
Formação sexual	12	18/03 a 20/03/2015	Educadores físicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos	34	GEAS	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
XI Jornada Mineira de Atualização em Amamentação	12	07 e 08.08.15	Enfermeiros e médicos pediatras	2	Sociedade Mineira de Pediatria de MG	Concluído
Capacitação de agente comunitário de saúde	16	Setembro, outubro, novembro e dezembro	Agente comunitário de saúde	234	NEP	Concluído
Educação permanente profissionais CERSAM	16	26/03, 09/04, 18/06, 23/07	Profissionais CERSAM NE (CERSAM e CERSAM AD)	45	NEP	Concluído
Curso de Power Point	20	09/11 a 13/11/2015	Profissionais efetivos	1	EVG/ CES	Concluído
Capacitação das referências técnicas da Gestão do Trabalho Barreiro	20	09/09/2015	Referências técnicas Gestão do Trabalho Barreiro	8	NEP	Concluído
Capacitação no atendimento às vítimas de violência	20	05/11;12/11;19/11;26/11;03/12	Enfermeiro, terapeuta ocupacional, farmacêuticos, assistente social, médicos, fisioterapeuta, gerente, psicólogo, agente comunitário de saúde, aux. Enfermagem, fonoaudiólogo, cirurgião dentista, educador físico, gerente	92	NEP	Concluído
Curso de Informática Básica	20	14 a 18/09/2015 ; 14/09 a 18/09/2015	Agente comunitário de saúde, gerente adjunta; ASB	3	EVG/ CES	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Curso: reflexão sobre a prática profissional em saúde sexual	20	19/10 a 23/10/2015 ;13/04 a 17/04/2015 ;13 à 17/04/15;14 a 18/09/2015 ;05/10 a 09/10/2015 ;14/09 à 18/09/2015 ;30/11 a 4/12	Enfermeiros, porteiros, médicos, agente comunitário de saúde, agentes de combate a endemias, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, tsb, auxiliar de saúde bucal, assistente social, psicólogos, terapeutas ocupacionais referências técnicas, gerentes, gerentes adjuntos, administrativos, dentistas, farmacêuticos, educadores físicos.	126	GEAS	Concluído
Excel	20	13 a 17/04/2015 e 19 a 23/10;30/11 a 4/12	Referência técnica e farmacêutica	4	EVG/ CES	Concluído
Excel avançado	20	28/09 a 02/10/2015 - 08h00 às 12h00	Profissionais efetivos	3	EVG/ CES	Concluído
MapInfo	20	02 à 06/02/15;25 a 29/10/2015 ;05 a 09.10.2015	Servidores públicos; gerente; psicóloga	2	EVG/ CES	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Qualificação do cuidado ao idoso frágil	20	18 à 26/05/15; 02/03/2016 13 à 17/04/15; 02/03/2016 ;27/04 à 06/05/15; 02/03/2016 ;07 à 15/05/15; 02/03/2016 ;18/05 a 26/05/2015	Agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem; 02/03/2016 médicos	101	CES	Concluído
Treinamento ações de controle da hanseníase	20	16 a 20 de novembro de 2015.	Equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta (NASF), terapeutas ocupacionais (NASF), que prestam assistência em serviço de atendimento aos portadores da hanseníase.	17	GEAS	Concluído
Treinamento prático e manejo clínico de aleitamento materno	20	23 e 30/11/2015	Facilitadores da Estratégia Alimentação Amamenta Brasil	6	NEP	Concluído
Roda de conversa sobre POP's da enfermagem	24	Janeiro a abril	Enfermeiros	77	NEP	Concluído
Curso De Atenção às Doenças Prevalentes na Infância - AIDIPI	30	12/03, 19/03 e 26/03/2015 , 15,22 e 29/10/2015 ;02, 09 e 13, 20 e 27/08/2015	Enfermeiro e médico; 02/03/2016 médicos de Medicina de Família e Comunidade e enfermeiros	61	GEAS	Concluído

Curso	Carga horária	Período	Público alvo	Nº de participantes	Unidade Executora	Situação
Capacitação de Saúde Mental Para Atenção Básica	36	30/11, 01/12 e 02/12; 14/12 ; 15/dez	Médicos e enfermeiros APS	21	GEAS	Concluído
Educação permanente farmacêuticos	36	9 módulos - 14/04, 12/05, 9/06, 14/07, 11/08, 8/09, 13/10, 10/11, 8/12	Farmacêuticos NE	13	NEP	Concluído
Oficinas de gestão distrital: avaliação e perspectivas	36	Fevereiro a maio	Gerentes	58	NEP	Concluído
Educação permanente profissionais enfermagem CERSAM	40	26/03, 09/04, 28/05, 18/06, 23/07, 23/07, 20/08, 15/10, , 26/10, 19/11	Enfermeiros e técnico enfermagem CERSAM NE (CERSAM e CERSAM AD)	45	NEP	Concluído
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	40	14,15,16,21 e 23/09/2015	Profissionais de nível superior (distrito, NASF ou centro de saúde) efetivos de 40h/semanais e disponibilidade para atuar como tutor; enfermeiro e nutricionista	25	GEAS	Concluído
Caminhos do Cuidado	60	3/01, 20/01, 27/01, 03/02 e 10/02;05/01/1900	Agente comunitário de saúde	269	CES	Concluído

Fonte: CES/SMSA-BH

6.3. 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 qualiquantitativa da força de trabalho, mas também o compromisso com melhores resultados para o SUS/BH.

6.3.1. Gestão dos postos de trabalho da SMSA

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

Quadro 19 - Postos de Trabalho de Profissionais em Unidades e Serviços da SMSA

Quadro de Profissionais em Unidade e Serviços da SMSA - Dezembro de 2015	
Vínculos	Quantitativo
PBH/SMSA	12.472
Cedidos	157
Municipalizados	669
Mais Médicos	58
Contratos administrativos (CADM)	3.174
Estagiários Posso Ajudar	645
Terceirizados e Conveniados	3.250
Total	19.780

Fonte: NUINF e GCORF /GGTE/SMSA-BH

Dados dos Postos de Trabalho - Dez/2015 – GGTE

Efetivos

Dentre estes vínculos o nosso maior percentual é do vínculo PBH, cedidos e municipalizados, que correspondem a 67% da força de trabalho da SMSA.

Até o ano de 2015 foram nomeados 3.132 (três mil cento e trinta dois) candidatos aprovados no concurso público vigente da SMSA - Edital 02/2011, dos quais 2.021 (dois mil e vinte um) 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 profissionais aprovados nos seguintes cargos/especialidades: Médicos – Alergia, Angiologia, Cardiologia, Cardiologia pediátrica, Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia geral, Clínica médica, Coloproctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Infectologia, Medicina do Trabalho, Medicina Física e Reabilitação, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatra, Psiquiatria, Psiquiatria Infantil e Saúde da Família; Cirurgião dentista – Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial; Técnico Serviço Saúde – Técnico em Ótica e Técnico em Saúde Bucal.

Quadro 20- Nomeações do Concurso SMSA – Edital 002 de 2011

Nomeações do Concurso SMSA - Edital 002 de 2011 - Posição em dezembro de 2015		
Cargo	Nomeados	Empossados
Médico	1.230	451
Técnico Superior De Saúde	575	500
Enfermeiro	489	411
Cirurgião Dentista	160	135
Técnico Serviço Saúde	678	524
Total	3.132	2.021
Dados da Tabela Transitória - Dez/2015 - SMARH, GGTE - 2015		

Fonte: GGTE/SMSA-BH

Um novo concurso Edital 07/2014 – Saúde I foi realizado em maio de 2015 para 731 vagas, cujo maior número de vagas, 685, é para o cargo de médico nas diversas categorias. Este concurso ainda não foi homologado.

Empregados Públicos: ACE e ACS

O percentual de cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é de 86,8% nas equipes de PSF. No que se refere ao Agente de Combate a Endemias I (ACE I) há uma cobertura de 85,6% e, com relação ao Agente de Combate a Endemias II (ACE II), a cobertura é de 91,2%.

Foram realizadas as Seleções Públicas para ACE I com 345 vagas e ACS com 246 vagas - Editais 04 e 05/2014 totalizando 591 vagas. As provas ocorreram em abril e maio de 2015 respectivamente. Foram aprovados 426 profissionais na seleção pública do ACS.

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 Controladoria 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 2015 foram emitidos pela GGTE, 06 relatórios entre os meses de janeiro e dezembro conforme demonstrado a seguir:

Tabela 27 - Síntese do TCG 008 CADM na SMSA

Mês TCG 008	CADM Carater Temporário	CADM Aguardando Substituição Efetivos	Outros	Total
Janeiro	413	2.035	442	2.890
Março	431	2.030	401	2.862
Maio	477	2.183	408	3.068
Julho	344	2.311	427	3.082
Setembro	341	2.521	371	3.233
Novembro	324	2.536	339	3.199

Fonte: GGTE/SMSA-BH

Encontra-se em análise pela Câmara de Coordenação Geral, CCG, a 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 profissionais aprovados.

Terceirização e Convênios

No que tange aos terceirizados, são 2.605 postos de trabalho ocupados em 2015, 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 pelas empresas Arte Brilho, APPA Empregos e G4S Interativa;
- 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 21 – Número de Terceirizados e Conveniados na SMSA, 2015.

Quadro de Terceirizados e Conveniados – SMSA/2015		
Postos de Trabalho Autorizados		
Empresa/Órgão	Funções	Nº Profissionais
AMAS - Associação Municipal de Assistência Social	Administrativo, Informática e outros	339
Arte Brilho	Administrativo, almoxarife, técnicos operacionais, e outros	196
G4S	Administrativo, almoxarife, técnicos operacionais, e outros	338
APPA	Administrativo, almoxarife, técnicos operacionais, e outros	406
Conservo	Auxiliar de Serviços Gerais e Portaria	664
Interativa	Auxiliar de Serviços Gerais e Portaria	662
SSVP e FUMP	Estagiários (Programa Posso Ajudar?)	645
TOTAL		3.250

Fonte: Gerência de Contratos e Registro Funcional - GCORF/GGTE - dezembro - 2015

6.3.2. Estratégias de fixação dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH

Plano de Carreiras, Cargos e Salários dos profissionais ACS e ACE

Dentre as metas previstas pela GGTE está a proposta do Plano de Carreiras de ACS e ACE que vem sendo construída através de Consultoria Externa com o acompanhamento da Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos, Secretaria Municipal de Saúde e o SINDIBEL.

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

Em março de 2015 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 2014, para 4.142 empregados públicos (ACE e ACS) e servidores efetivos (Agente Sanitário). As metas alcançadas com o BCMRI variaram da seguinte forma: entre 85 a 100% (Zoonoses); e entre 82,8 a 100% (ACS).

Política de Humanização e Acompanhamento Sócio Funcional

Na busca do fortalecimento das relações de trabalho através do acompanhamento sócio funcional e da incorporação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, no ano de 2015, foram realizadas várias ações pela GGTE conduzidas pela equipe do Núcleo de Acompanhamento Sócio Funcional da Gerência de Planejamento e Acompanhamento de Recursos Humanos. Dentre elas destacamos as oficinas de trabalho com as Gerências Distritais de Gestão do Trabalho (GERGETR), as capacitações das referências técnicas das GERGETR, buscando o alinhamento da missão da gestão do trabalho e do acompanhamento sócio funcional e com a Gerência de Saúde e Segurança do Trabalho (GSST) na construção do fluxo e do Termo de Cooperação Técnica com o INSS.

Foram realizadas também ações em unidades de saúde e Gerências do Nível Central da SMSA, em consonância com as diretrizes da Política de Humanização, com a escuta dos trabalhadores e dos demais segmentos envolvidos.

6.3.3. Modernização da GGTE

Dentre as ações de modernização da GGTE, continuaram os investimentos em diversos níveis com discussões importantes junto aos atores que fazem interface com a Gestão do Trabalho.

Em relação à gestão da informação, está sendo construído um novo projeto buscando a integração dos dados nos diversos sistemas na saúde e visando qualificar as informações da força de trabalho nos processos de RH. Foi constituído um Grupo de Trabalho formado pelos profissionais do Núcleo de Informação, que vem revisando os processos de trabalho interno e propondo melhorias.

6.3.4. 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, e continuado em 2015 o “Circuito da Gestão do Trabalho”.

Com público-alvo gerencial, este movimento teve 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 foi um dos focos de atenção destes encontros.

Foram realizados 10 Encontros com a participação de aproximadamente 400 profissionais entre Gerentes e Referências Técnicas dos Distritos Sanitários, Unidades de saúde e Nível Central da SMSA. Segundo a avaliação da maioria dos participantes o conteúdo apresentado no Circuito da GGTE impacta diretamente nas rotinas de trabalho, amplia o conhecimento, gera ideias para melhoria em outras atividades e inspira a vontade de rever fluxos de trabalho.

6.4. Assistência Farmacêutica

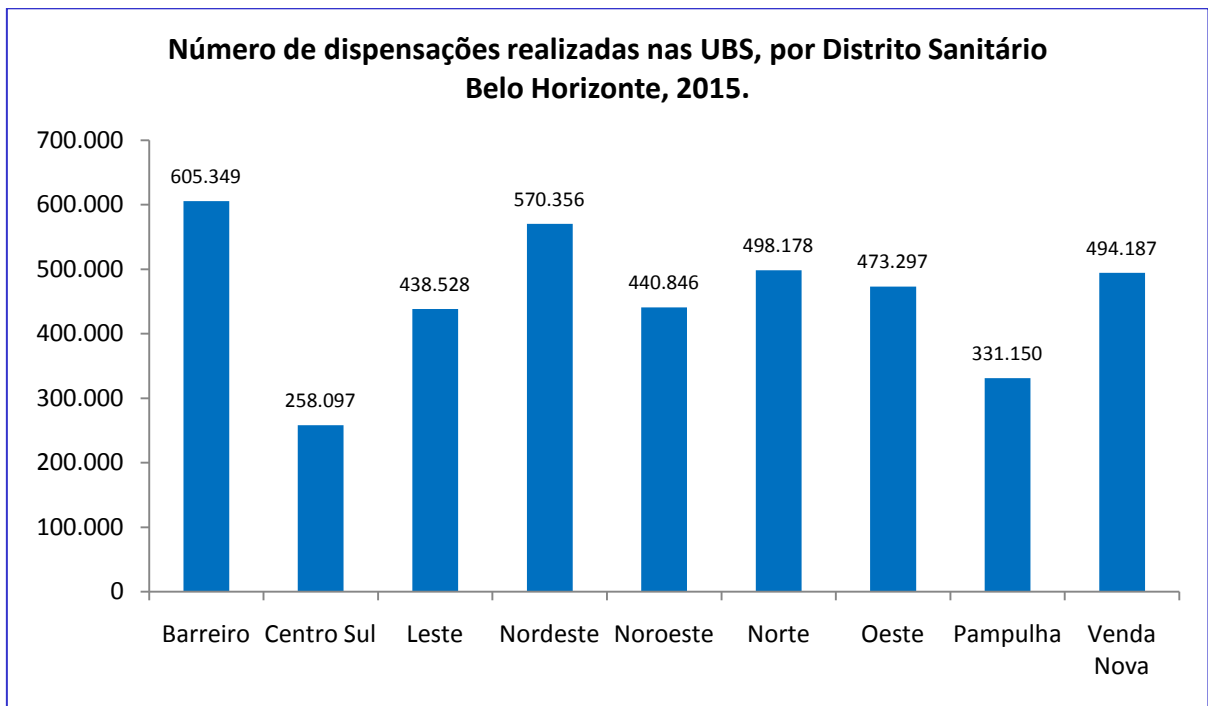
A Assistência Farmacêutica, em Belo Horizonte, está organizada através da Gerência de Assistência Terapêutica (GEMED), no nível central da SMSA/BH, em nove farmácias distritais, no âmbito distrital e em 184 farmácias locais, incluindo diversos níveis de atenção e serviços que contam com o farmacêutico: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM) e CERSAM Álcool e Drogas (CERSAM-AD), CERSAM Infantil, Unidade de Referência Secundária (URS), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz (CTR/DIP). Em cada distrito sanitário, a Farmácia Distrital é responsável pela distribuição dos medicamentos unidades de saúde e também fornece um importante apoio técnico. A rede de farmácias possui, ainda, uma farmácia de Manipulação e uma Central de Abastecimento Farmacêutico, (CAF) localizada no almoxarifado central.

Em Belo Horizonte, o farmacêutico desenvolve tanto as ações gerenciais quanto assistenciais. Várias atividades relacionadas à Gestão Técnica do Medicamento já se encontram consolidadas no município, sendo descritas em manuais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP). O desenvolvimento das atividades assistenciais é recente e sua efetiva implantação iniciou-se com a inserção dos farmacêuticos na APS, por meio da estratégia dos NASF. Atualmente, conta-se com 64 farmacêuticos na APS, resultando numa proporção de 1 farmacêutico para 2 ou 3 centros de saúde. A meta da SMSA é de ampliar o número de profissionais farmacêuticos, visando atingir em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) carga horária mínima do profissional de 20 horas por Unidade.

A GEMED vem implantando várias ações que visam aprimorar a distribuição de medicamentos e, conseqüentemente, melhoria do abastecimento, tais como, repactuação do cronograma de distribuição de medicamentos da CAF para as farmácias distritais, consolidação da planilha de itens críticos e acompanhamento diário do estoque de medicamentos. Não obstante, o desabastecimento tem sido um problema nas unidades de saúde e, muitas vezes, reflexo de fatores associados ao mercado farmacêutico.

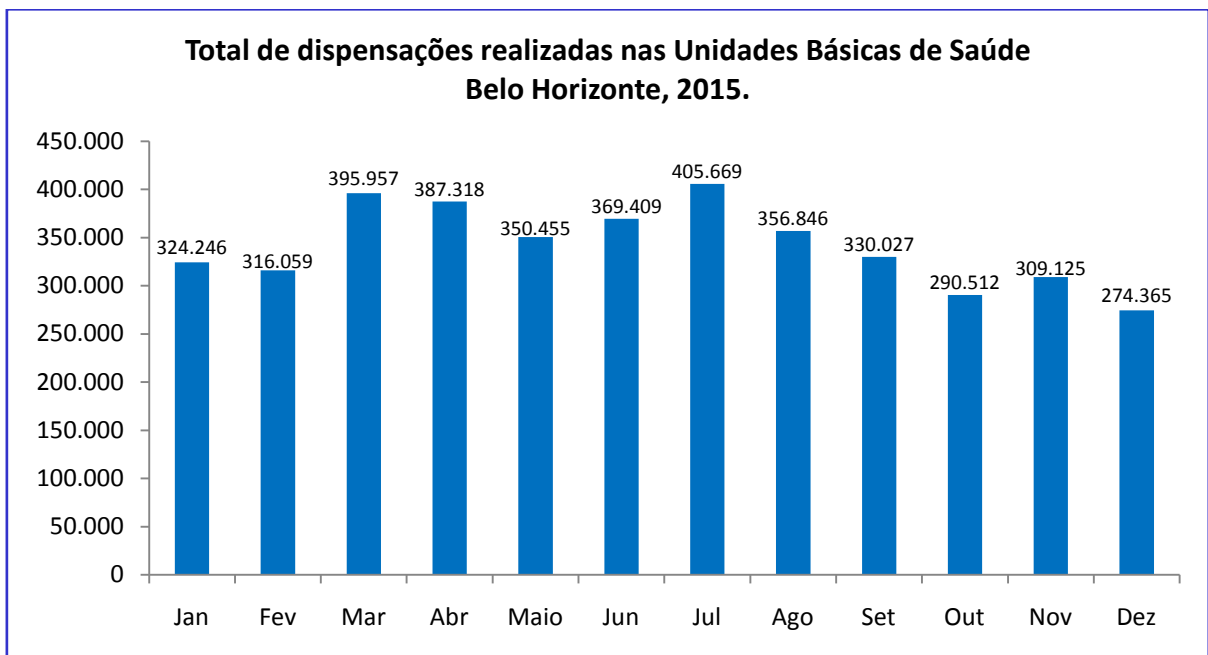
No ano de 2015 foram realizadas 4.109.988 dispensações nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. O Gráfico 34 mostra as dispensações realizadas por distrito sanitário e o Gráfico 35, as dispensações nas UBS.

Gráfico 34 – Número de dispensações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, por Distrito Sanitário. Belo Horizonte, 2015



Fonte: Fênix, 2015

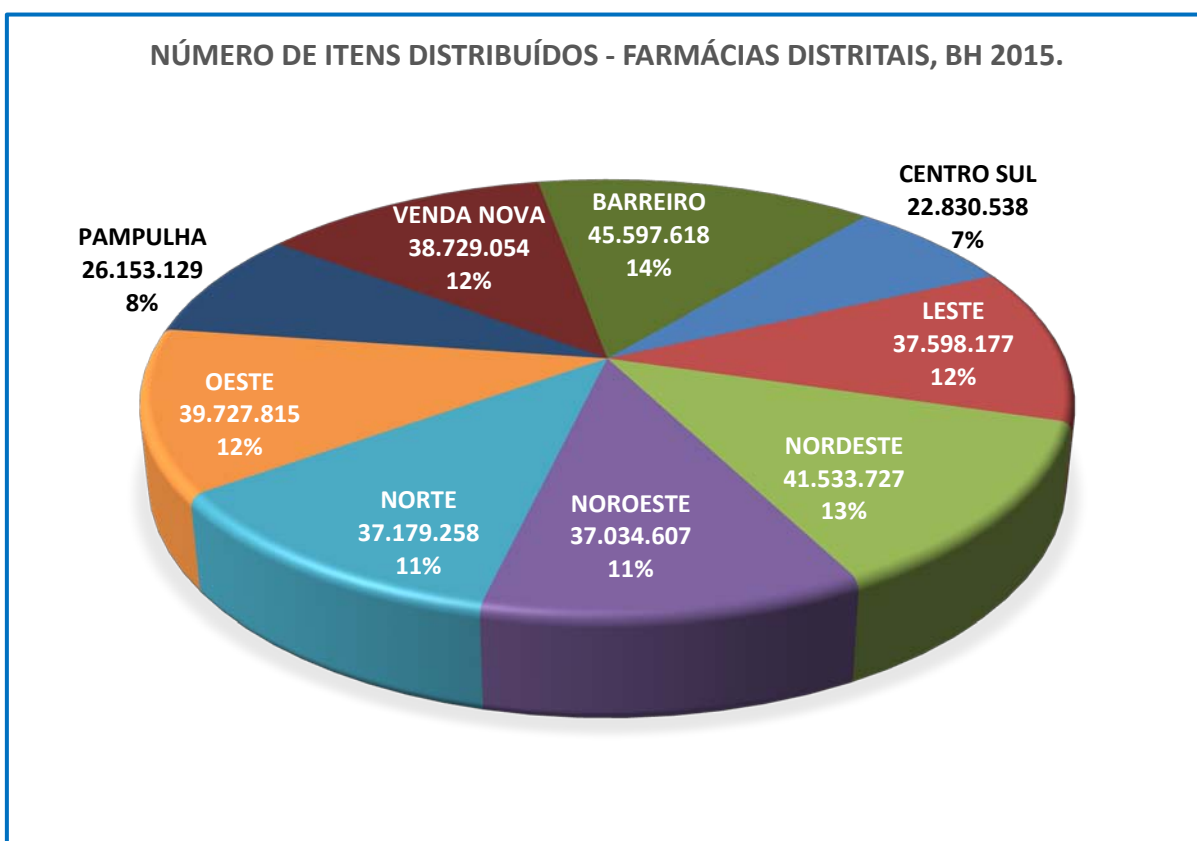
Gráfico 35 – Número de dispensações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, por mês. Belo Horizonte, 2015.



Fonte: Fênix, 2015

Com relação ao número de itens distribuídos por Farmácia Distrital, a farmácia distrital do Barreiro realizou distribuição da maior quantidade de itens, chegando ao número de 45.597.618 unidades. O Gráfico 36 retrata a distribuição de itens por farmácia distrital, em 2015.

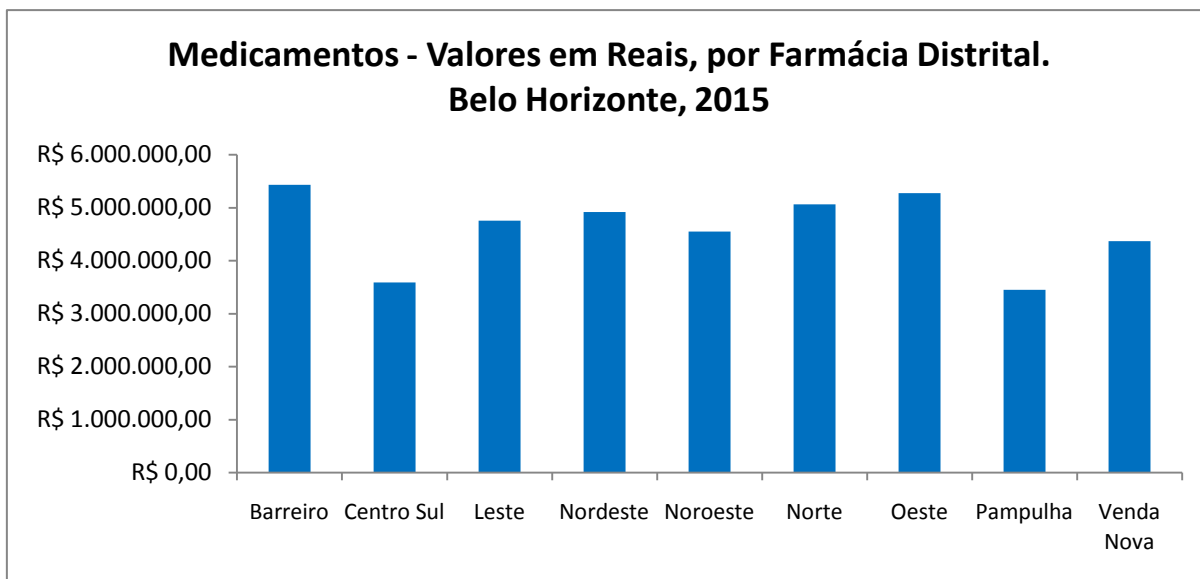
Gráfico 36 - Número de itens distribuídos por farmácia distrital – Belo Horizonte, 2015.



Fonte: SIEST, 2015

O Gráfico 37 apresenta o valor total dos medicamentos recebidos por cada farmácia distrital, no ano de 2015. Durante o ano foi recebido pelas farmácias distritais um total de R\$ 41.418.826,07 (quarenta e um milhões, quatrocentos e dezoito mil, oitocentos e vinte e seis reais e sete centavos) em medicamentos, sendo a Farmácia Distrital do Barreiro a que percebeu maior valor financeiro.

Gráfico 37 - Entrada de medicamentos, em reais, por Farmácia Distrital, em 2015.



Fonte: SIEST, 2015

Houve avanços, como a qualificação da estrutura de compras de medicamentos, com definição de equipe própria, contratação de empresa especializada para pesquisa de preços de medicamentos, atendendo à legislação vigente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) é referência para o fornecimento de medicamentos específicos, diretamente para hospitais e clínicas de saúde do Município. Visando melhorar a orientação sobre a forma de acesso a esses medicamentos, foi elaborado o manual “Fluxo de Fornecimento de Medicamentos para Hospitais” que descreve informações de forma detalhada, otimizando esse processo. O manual está disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=sau&idConteudo=185952>

7. INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	79,06%	82,15%	79,02%	80,76%	83,00%	83,08%	83,00%	85,74%
2	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica.	36,92	35,76	35,29	32,33	32,35	31,00	31,00	31,43
3	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%	92,00%
4	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	35,69%	38,78%	39,17%	45,94%	47,47%	48,62%	44,07%	41,32
5	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,32%	0,31%	1,05%	1,03%	3,34%	4,50%	3,46%	4,05%
6	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	10,47%	8,22%	7,21%	7,31%	6,45%	4,82%	5,00%	5,49%
7	Razão de procedimentos ambulatoriais de média de complexidade e população residente	1,8	1,91	2,25	2,95	3,05	2,97	3,10	3,40
8	Razão de internação clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente	4,85	4,77	5,06	4,89	4,79	4,83	4,99	4,86
9	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	4,47	4,54	4,93	5,58	5,93	6,29	6	-
9 ¹	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	21,02	21,4	24,61	26,09	27,80	28,06	30,58	32,66
10	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente(ocorrência)	0,83	0,91	0,98	1,03	1,08	1,14	1,25	1,29
10 ¹	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente(residência))	0,32	0,35	0,37	0,39	0,42	0,44	0,48	0,5
11	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	43,33%	48,39%	44,83%	65,38%	64,00%	57,14%	95,00%	95,00%

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
12	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	n/d	44	64	90	106	121	118	140
13	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	62,3%	59,9%	62,9%	60,9%	54,3%	57,2%	58,1%	59,8%
14	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	15,54%	14,84%	12,08%	9,10%	13,30%	12,09%	10,50%	n/d
15	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	10,85%	9,78%	10,06%	10,01%	7,80%	8,30%	8,04%	n/d
16	Cobertura do SAMU - 192	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Proporção de internações de urgências e emergências reguladas	Não existia nos anos anteriores					100%	100%	100%
18	Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,5	0,53	0,46	0,47	0,46	0,42	0,45	0,44
19	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,23	0,24	0,23	0,25	0,25	0,26	0,27	0,3
20	Proporção de parto normal	51,85%	51,72%	50,26%	47,34%	47,85%	47,54%	49,73%	52,06%
21	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	73,76%	75,08%	74,68%	74,65%	75,01%	75,40%	77,04%	77,37%
22	Número de testes de sífilis por gestante	0,031	0,02	0,012	0,025	0,006	0,01	0,033	0,066
23	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	13	12	21	11	11	13	11	10
24	Taxa de Mortalidade Infantil	11,67	11,26	10,85	10,37	10,67	9,62	9,86	10,32
25	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0	18,28%	23,27%	25,65%	37,92%	37,92%	38%	55,70%
26	Proporção de óbitos maternos investigados	0	66,67%	95,24%	81,82%	100%	100%	100%	100%
27	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	0	91,33%	87,02%	85,65%	81,31%	95,37%	94,60%	72,20%

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
28	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	57	45	74	73	154	172	239	291
29	Cobertura de Centros de Atenção psicossocial - CAPS	0,47	0,51	0,57	0,57	0,56	0,56	0,67	0,67
30b	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	286,8	274,64	275,44	274,14	272,81	270,67	283,1	274,1
35	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	14,2%	28,6%	25,0%	33,3%	22,2%	25,0%	0,0	0,0
36	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	71,8%	64,7%	74,6%	71,1%	70,3%	70,8%	68,8%	32,5%
37	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	61,5%	60,9%	63,1%	71,2%	78,9%	87,2%	78,9%	79,9%
38	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	93,01%	93,56%	94,57%	94,22%	94,76%	94,87%	95,33	94,78%
39	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	89,40%	87,20%	68,30%	90,20%	78,00%	87,70%	82,1%	90,0%
40	Números de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	2.408	2.470	2.251	2.949	3.001	2.897	3.060	4.549
42	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	1	0	1	1	1	0	2
44	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	13.183	8.606	12.209	15.276	18.022	21.637	24.875	30.941
45	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90,4%	84,6%	82,6%	81,1%	95,8%	94,3%	91,5%	87,2%
46	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	81,9%	83,7%	87,8%	79,9%	90,7%	93,9%	97,2%	90,6%
47	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	18	32	24	15	12	7	5	13

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
48	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	68,03%	70,68%	69,80%	não teve campanha	61,29%	62,73%	não teve campanha	69,44%
51	Número absoluto de óbitos por dengue	3	0	15	0	0	10	0	2
52	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	75,15%	74,82%	76,17%	78,24%	77,07%	75,38%	78,58%	74,13%
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais - PCT	101,2%	103,7%	104,9%	104,9%	104,9%	104,9%	94,8%	104,6%
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de turbidez-PT	101,2%	103,7%	104,9%	104,9%	104,9%	104,9%	94,7%	25,0%
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de cloro residual livre-PCRL	92,6%	76,5%	96,3%	71,6%	96,3%	74,1%	93,6%	28,1%
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, turbidez e cloro residual livre: 1,2*PCT+1,0PT+1,0PCRL/3,2	98,5%	95,2%	102,2%	94,5%	102,2%	95,3%	94,4%	55,8%
57	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	Não existia nos anos anteriores					0	0	n/d
58	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	n/d
59	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em	Não existia nos anos anteriores					0	0	n/d

Nº	Indicadores do Pacto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental								
60	Números de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados	Não existia nos anos anteriores					147	147	147
61	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
62	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	1
63	Número de plano de saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde	1	1	1	1	1	1	1	1
64	Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	0	0	0	0	1	1	1	1

Obs.: no indicador 9^o houve migração de procedimentos da alta para a média complexidade e cálculo por ocorrência.

8. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FÍSICA

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.	16	1 ESF + 1 Alteração equipe transitória para ESF.	Aguarda a reconstrução dos CS (PPP) para redistribuir as equipes e implantar as que necessitarem conforme número de pessoas adscritas
	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	86,57	Em 2014 houve a participação dos técnicos da GEAS e GGTE na elaboração e publicação do Edital do Processo Seletiva Público dos ACS. Realizado Processo Seletivo Público dos ACS, a partir do edital publicado a área técnica está acompanhando para que aconteça a homologação do mesmo e a inserção dos profissionais na rede.
	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	
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%	A SMSA/PBH possui uma Equipe de Saúde da Família que, de maneira itinerante, presta atenção, assistência e vigilância à saúde para a população privada de liberdade da PIEP, Casa do Albergado e DEOESP CS, juntamente com a Equipe de Saúde da SEDS que tem um quadro funcional próprio de profissionais da saúde, lotados nessas instituições prisionais.
Acompanhar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), em relação às condicionalidades 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%	Destaca-se a importância da informação que a gestante repassa para o ACS, nas visitas domiciliares, quanto ao seu estado de gestação, quando essas visitam o domicílio com o Mapa de Acompanhamento do Programa Bolsa Família. O protagonismo da gestante é fundamental para que haja a captação da situação de gestação, com vistas ao acompanhamento. Portanto, trabalhamos com a gestante captada no denominador.
	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	
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%	80%	
	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	
Ampliar as Academias da Cidade	Attingir 100 polos de Academias da Cidade até 2016.	Número de polos de Academias.	78	63	Em 2015 houve abertura da Academia Risoleta Neves em março, no distrito de Venda Nova. Essa Academia foi em substituição da Academia Nossa Senhora do Carmo (Venda Nova). Aumento da Academia São José em setembro, no Distrito Pampulha. A Academia JK, da Regional Centro Sul, continua fechada desde 2014, aguardando um novo espaço na regional para sua reabertura. Hoje existem sete espaços prontos para serem abertos e aguardam recursos humanos. Assim como existem 16 obras do Orçamento Participativo para serem concluídos em 2016.

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.	4	4	
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.	100%	100%	
	Distribuir kits de escovação em 100% das escolas municipais nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de escolas com kits recebidos	100%	0	Várias unidades encontravam-se com estoques de pasta e escovas que foram distribuídos no primeiro semestre. A morosidade do processo de compra aliado a escassez de recurso não possibilitou a distribuição de Kit's no segundo semestre. O processo de compra está em fase final: as amostras do ganhador foram analisadas e aprovadas pela Coordenação de Saúde Bucal. Aguarda-se a entrega do fornecedor.

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.	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.	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	147	145	1. Centros de Saúde Minas Caixa/Venda Nova - não teve profissional disponível para fazer a capacitação. 2. Centro de Saúde Waldomiro Lobo - profissional capacitado com licença médica prolongada.
	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	85	72	O número de espaços públicos não aumentou como previsto, mas nos mesmos espaços, ocorreu um aumento de grupos/turmas pelo fato de ter mais de 1 instrutor utilizando o mesmo espaço. Ou seja, num mesmo espaço atuam diferentes instrutores em dias e horários distintos, totalizando 258 grupos (turmas).
	Realizar 2 oficinas sobre práticas corporais para ampliar o conhecimento dos instrutores, até 2015	Número de oficinas realizadas.	1	1	Realizado Seminário Internacional de Lian Gong em 18 Terapias com a presença do professor Zhuan Jian Shen/Xangai/China, com a presença de 250 instrutores.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Organizar o atendimento à demanda programada para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas dentro dos parâmetros previstos nos protocolos assistenciais.	Elaborar um documento com as diretrizes para a organização da assistência à demanda programada na Atenção Primária, até 2015.	Documento elaborado	1	1	

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.	100%	100%	Realizadas 22 capacitações e formação de 496 profissionais de saúde da rede SUS-BH. Considerando-se a rotatividade de profissionais na assistência e necessidade de ampliar-se a oferta propõe-se a capacitação de 100% das ESF até 2017.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
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.	160	178	
	Capacitar 720 profissionais de nível superior dos Centros de Saúde, para abordagem intensiva do fumante, até 2017.	Número de profissionais de nível superior capacitados.	200	229	
	Atender 1.200/ano usuários através de abordagem intensiva, nos anos de 2014 a 2017.	Número de usuários atendidos.	1200	3147	Foram atendidos 3147 usuários no ano 2015, recebendo medicamentos do Programa de Tabagismo.

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.	22%	4%	O principal dificultador para alcançar a meta de implantação foi o reduzido número de vagas do curso de Classificador do Protocolo de Manchester para treinar enfermeiros e médicos dos centros de saúde.

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 atualizados.	1	1	
	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	18	

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 pólos de NASF com pelo menos 20 horas de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico	80%	93%	Dados extraídos do CNES do NASF
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	0	0	Esta meta era para 2014 e foi cumprida.

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 (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.	Reduzir o número de crianças com toxoplasmose congênita, passando de 50 em 2013 para 35 em 2017.	Número de crianças com toxoplasmose congênita	45	27	Propedeutica clinica ainda em curso para confirmação ou descarte de diagnostico de toxoplasmose
	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.	12	0	Dificuldades na renovação dos contratos da AMAS inviabilizou o desenvolvimento deste projeto nas Escolas municipais em 2015. Atividades relacionadas com o tema "Promoção da Saude sexual e reprodutiva ocorreram, no entanto, em varias escolas promovidas por profissioanis de Centros de Saúde (92 oficinas foram realizadas)

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.	Captar precocemente (até 12 semanas de gestação) 78% das gestantes para o pré-natal, na Atenção Primária, até 2017.	Percentual de gestantes com captação precoce no pré-natal (1º trimestre)	74%	77,8%	
	Realizar teste do pezinho em 95% das crianças menores de 1 ano, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de crianças com teste do pezinho realizado.	95%	84%	Realizados 26584 Testes do pezinho em 2015 na rede SUS. O restante de testes são realizados na Saúde Suplementar e não estão disponíveis. Dados preliminares. Disponível os dados de Testes de Pezinho realizados pelo NUPAD. O SINASC não está fechado para cálculo da proporção de testes de pezinho realizados.
	Realizar no mínimo 6 consultas de pré-natal em 75% das gestantes, a partir de 2015.	Percentual de gestantes com 6 consultas de pré-natal.	75%	67,23%	As gestantes fazem o parto no SUS e não voltam para fechar o puerpério.
	Investigar 100% de óbitos maternos, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos maternos investigados	100%	100%	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Aumentar o percentual de puérperas acompanhadas para 50% até 2017.	Percentual de gestantes captadas/ atendidas que realizaram consulta de puerpério.	48%	45%	As gestantes fazem o parto no SUS e não voltam para fechar o puerpério.
	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	53%	Dado ainda não disponível .	
	Ampliar em 30% o número de Centros de Saúde com unidade de coleta de leite materno implantado, passando de 12 em 2013 para 17 até 2017.	Numero de Unidades de coleta de leite materno implantadas.	15	15	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Realizar 14 treinamentos para 420 profissionais de saúde, enfermeiros e médicos de família e comunidade, em AIDPI neonatal, nos anos de 2014 a 2017.	Números de treinamentos AIDPI Neonatal realizados.	4	3	Em 2015, houve atraso do Ministério da Saúde para enviar o "Manual de Quadros", livro texto imprescindível para o Treinamento. Com isso, o primeiro treinamento do AIDPI teve de ser cancelado.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Reduzir a mortalidade materna e a mortalidade infantil em Belo Horizonte.	Reduzir o percentual de cesariana de 52% para 50% nascidos vivos em BH até 2017.	Percentual de nascimentos vivos ocorridos por cesariana.	51%	47,6% *	* Dados preliminares com SINASC atualizado em 12 de janeiro de 2016
	Investigar 40% de óbitos fetais e infantis, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos fetais e infantis investigados	40%	83,9% *	* Dados preliminares, extraídos em 18 de janeiro de 2016
	Investigar 70% óbitos de mulheres em idade fértil, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos de mulheres em idade fértil investigados	70%	60,9% *	* Dados preliminares, extraídos em 18 de janeiro de 2017

Diretriz 3. Fortalecimento da rede de atenção psicossocial do SUS-BH, incluindo as atividades relativas aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

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.	Revisar e implantar os protocolos da rede de atenção psicossocial até 2015	Protocolo revisado e implantado	1	1	Estão em processo de revisão os protocolos do SUP
	Manter os atuais e criar novos grupos de familiares de usuários em sofrimento mental nas UBS, a partir de diagnóstico de necessidade, de 2015 a 2017.	Grupos de familiares mantidos e criados	1	0	Esta meta foi repactuada para 2016
	Redimensionar o quantitativo de profissionais de saúde mental para a rede de atenção psicossocial do SUS-BH até 2015.	Plano de redimensionamento de RH da saúde mental implantado	1	1	Houve aumento em 50% do RH dos coordenadores da SRT. Ampliação do número de auxiliares de enfermagem do CERSAM Norte e CERSAM AD Pampulha.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	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	0	Meta repactuada para 2016
	Implementar na rede SUS um plano de ação que valorize a lógica antimanicomial e a política de saúde mental adotada no município, incluindo a política de redução de danos, na atenção aos cidadãos em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas à partir de 2015.	Plano de ação implementado	1	0	Meta repactuada para 2016

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Pactuar com as demais políticas públicas, até 2015, a adoção da lógica antimanicomial e os princípios da política de saúde mental do município, na abordagem e no acolhimento aos cidadãos em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.	Reunião realizada	1	0	Meta repactuada para 2016
	Executar 100% dos convênios celebrados para a implementação da política de saúde mental do município	Convênio em execução	1	1	Convênios : Caritas, Sópão, São Vicente de Paula: 100% executados
	Realizar 1 Oficina de Saúde Mental abrangendo toda a rede SUS-BH em 2015.	Oficina de Saúde Mental realizada	1	1	Oficina de Atenção à Crise: realizada em parceria com o Movimento dos Trabalhadores- novembro 2015

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	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	0	Encontro realizado em 2014
	Implantar 04 novas Equipes de Consultório de Rua até 2017	Número de equipes de Consultório na Rua implantadas	2	0	Meta repactuada para 2016

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	Somente em outubro de 2015 que a Portaria 0129/2015 foi publicada instituiu o Comitê Municipal de Prevenção da Sífilis Congênita e da Transmissão Vertical da Sífilis, HIV e Hepatites virais
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	0	DECRETO Nº 16.235, PUBLICADO SOMENTE EM 2016 NO DIA 25 DE FEVEREIRO.
	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	

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.	100%	92,70%	Em 2013, temos no Fênix, o registro de 1.122.661 doses aplicadas pelos CS - (retirado o dado da vacina gripe, pois não se exige registro nominal) e em 2015, temos no SISREDE, o registro nominal de 1.041.018. O sistema SISREDE está implantado em todos os CS, inclusive o CRIE (sistema implantado em março de 2015), faltando apenas o Serviço do Viajante, o qual faz um quantitativo expressivo de vacina, principalmente febre amarela, hepatite B, triviral e dupla adulto . Em 2015, tivemos fornecimento insuficiente das vacinas BCG, Febre Amarela, Hepatite A, raiva e DTPa infantil, mas esse fato por si só, não justifica a diferença de 81.643 registros não realizados. Necessário continuarmos sensibilizando os profissionais para o registro nominal das doses aplicadas e que seja informatizado o Serviço do Viajante.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer as ações de vigilância à saúde do trabalhador.	Realizar ações de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho - VAPT em empresas do município, passando de 750 em 2013 para 820 até 2017.	Número de vigilâncias realizadas.	785	Foram realizadas 775 vistorias Meta Prevista 100% Meta executada 98,73%	Consideramos meta atingida
	Investigar os casos de acidente de trabalho grave notificados no SINAN, passando de 30% em 2013 (Elenco 1) para 50% em 2016 (Elenco 3).	Percentual de casos investigados.	40%	Nº acidentes notificados 2,553 Nº acidentes investigados 1,250 61%	-
	Elaborar 4 artigos/ano do tema Saúde do Trabalhador, para publicação em Boletins Epidemiológicos ou postagem no site do Observatório em Saúde do Trabalhador, nos anos de 2014 a 2017.	Número de artigos publicados.	4	Foram escritos 5 artigos	-

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Capacitar em Vigilância Saúde do Trabalhador, 1 Referência Técnica por distrito sanitário (9) e 60% das Referências Técnicas dos municípios da área de abrangência (14) do CEREST-BH, nos anos de 2014 e 2015.	Número de Referências Técnicas capacitadas.	23	RT distritais de BH 61 pessoas de 9 distritos Profissionais de odontologia de BH 135 pessoas Profissionais de saúde de BH 104 pessoas Profissionais de saúde do IML MG 163 pessoas Profissionais de serviço de beleza de MG 97 RT outros municípios da área de abrangência 41 pessoas de 12 municípios Profissionais de saúde de outros municípios 47 pessoas	-

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
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.	90%	90%	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. Quanto aos ACE II, estamos aguardando a homologação da seleção pública para que a SMSA faça a seleção interna.
	Implantar o dispositivo móvel para as atividades de controle vetorial da Dengue nos nove Distritos Sanitários (DS), até 2016	Nº de DS com o o dispositivo móvel implantado	4	4	Implantado nas Regionais Norte, Noroeste, Pampulha e Venda Nova.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	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/SM ARH.	Percentual de espaços com diagnóstico realizado	100%	0	Em 2015 havia 176 Pontos de Apoio; segundo relatório da GSST foram avaliados 24. Devido a impossibilidade de agenda junto à GSST não foi realizado em 100%.
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%	11,46%	Em 2013 houve 15.945 cirurgias de esterilização de cães e gatos e em 2015 foram realizadas 17.773 cirurgias, ou seja, 11,46% de aumento.
	Ampliar o programa de adoção dos animais do CCZ para 2 convênios, até 2014.	Convênio celebrado	1	1	Em 2011 foi firmado o primeiro Convênio de Adoção dos animais do CCZ; em dezembro de 2014 houve a assinatura do 2º Convênio, totalizando 2 Convênios de Adoção.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Acompanhar 100% dos animais adotados na rotina do CCZ até 2017	Percentual de animais acompanhados.	10%	26,90%	Em 2015 foram adotados na rotina do Centro de Controle de Zoonoses 512 animais (cães e gatos), sendo que 138 animais foram acompanhados através de visitas de pós-adoção, ou seja, 26,9% do total.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar o serviço de controle de Infecção relacionada a assistência à saúde e a gestão do programa de segurança do paciente.	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.	60%	77%	87 hospitais cadastrados no SISVISA e 67 possuem NSP
	Cadastrar 100% de estabelecimentos de assistência à saúde (hospitais e ambulatórios que realizam procedimentos invasivos) no SIVISE, até 2017.	Percentual de estabelecimentos cadastrados no SIVISE	60%	78 %	107 de 138 EAS hospitalares e ambulatórios que realizam procedimentos invasivos

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Implantar 18 Núcleos e Programas de Segurança do Paciente (NSP e PSP) na SMSA-SUS-BH, até 2016.	Número de NSP e PSP implantados.	9	1	Apenas 01 estabelecimento implantou NSP na SMSA-SUS-BH.
Fortalecer as ações de vigilância à saúde (zoonoses, vigilância sanitária, epidemiológica e outras ações no território).	Aumentar para 80% o percentual de cumprimento das ações do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), até 2017.	Percentual de cumprimento	70%	62,18%	Houve uma melhoria de cumprimento das metas, principalmente àquelas onde era necessário aprimoramento do processo de trabalho. Porém, algumas ações dependem de recursos que extrapolam a Vigilância em Saúde, como por exemplo, concurso público para aumento do quadro de fiscais sanitários; informações de salas de vacinas de unidades conveniadas; sistema de informação para supervisão de dengue; etc.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
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	40%	0%	O aumento da cobertura de fiscalização não foi possível no ano de 2015, pois não houve aporte no quadro de funcionários da prefeitura de novos fiscais sanitários municipais, uma vez que não houve realização de concurso público para o ingresso na carreira.

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, 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%	
	Executar o "Projeto Izidora" no Centro de Saúde Etelvina Carneiro/Distrito Sanitário Norte (unidade piloto), até 2015.	Projeto executado	1	1	O Projeto Izidora permanecerá em atividade no CS Etelvina Carneiro nos anos de 2016 e 2017, tendo em vista as potencialidades que o projeto apresenta para a Unidade.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Minimizar impactos ambientais decorrentes das atividades da SMSA/SUS-BH.	Implantar o programa SUSTentabilidade Ambiental em 50% das unidades administrativas da SMSA (nível central e sedes dos Distritos Sanitários), até 2017	Percentual de unidades administrativas com o Programa SUSTentabilidade Ambiental implantado	40%	20%	O Programa SUSTentabilidade Ambiental foi implantado na sede da SMSA em 2015. A implantação do Programa no Distrito Sanitário Noroeste prevista para até dezembro ocorrerá no início de 2016. Além disso, já foi pactuada a implantação do Programa com os Distritos Sanitários Barreiro e Pampulha. Nessa perspectiva, a previsão é de que a meta de 2016 seja extrapolada.

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.	4.330	3.689 (85.20%)	<ul style="list-style-type: none"> • Queda na produção decorrente de greve nas unidades de saúde dificultando os encaminhamentos para os CEREST-BH • Profissional médico e do serviço social em licença médica

Eixo III: Rede de Cuidados Especializados Complementares à Saúde

Diretriz 3. Fortalecimento da rede de atenção psicossocial do SUS-BH, incluindo as atividades relativas aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

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.	Implantar 2 CERSAM AD Adulto até 2015.	Equipamento implantado.	1	0	O prédio onde funcionará o CERSAM AD Noroeste está com 95% das obras concluídas. Havia uma previsão de criação de mais um CERSAM AD na Centro Sul, mas essa meta está sendo revista em virtude da readequação do trabalho do CMT, dispositivo da FHEMIG, que vem estreitando o trabalho com a rede e vai funcionar também aos finais de semana a partir de março.
	Implantar a Unidade de Acolhimento o AD adulto em 2014.	Unidade de Acolhimento AD adulto em funcionamento.	1	1	Unidade implantada e em pleno funcionamento.

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	
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%	50,3	Para a redução do tempo de espera para atendimento de consultas e exames especializados, foram identificados os principais pontos a se enfrentar: a perda de oferta de serviços, a necessidade de aprimorar o encaminhamento médico para a especialidade (APS e Rede Complementar), e a otimização do uso das ofertas disponíveis (redução do absenteísmo). Para recomposição da oferta foi utilizada a estratégia de publicar um chamamento público com o objetivo de contratar especialistas para as vagas existentes, até que seja realizado o concurso público. Porém, houve pouquíssima adesão. A captação e manutenção de médicos especialistas na Rede Complementar continuam difícil em Belo Horizonte, considerando a realidade do mercado de trabalho para os médicos especialistas na região metropolitana. Foi também proposta a realização de mutirões de consultas e exames para a redução de filas em especialidades com grande tempo de espera, inicialmente para consultas de oftalmologia e exames de ultrassom, sem sucesso.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar a assistência ao usuário de aparelhos auditivos disponibilizados pelo SUS, assim como a assistência integral ao usuário	Incluir um novo prestador na rede de cuidados da saúde auditiva para disponibilização e adaptação de aparelho auditivo e acompanhamento dos usuários até 2015	Novo prestador habilitado pelo Ministério da Saúde .	1	0	Aguarda Habilitação pelo Ministério da Saúde
Ampliar e facilitar o acesso à Atenção Especializada com a implantação de novos serviços de referência especializada territorializados.	Implantar um Centro de Referência em Reabilitação (CREAB) Venda Nova até 2015	CREAB Venda Nova implantado	1	0	Não viabilizado devido à ausência de recurso financeiro.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar a supervisão dos postos de coleta da rede	Implantar análise crítica de desempenho em 100% dos postos de coleta, até 2017.	Percentual de postos de coleta com análise crítica de desempenho implantada.	50%	0	Optou-se pela elaboração de uma planilha eletrônica para preenchimento por todos os laboratórios usando o google drive. Essa planilha estava em desenvolvimento e foi finalizada em dezembro de 2015.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Expandir a supervisão para 100% postos de coleta.	Número de postos de coleta com supervisão de bioquímico.	95%	91%	Não foi possível realizar incremento de profissionais para atingir a meta programada para 2015.
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%	Acima de 90%	O percentual médio para os laboratórios distritais e municipal é 93,7%. Para os laboratórios de Upa esse percentual é 96,1%.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Implantar o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), com vistas à ampliação da rede de atenção hospitalar de emergências no eixo sul da cidade e oferta de cobertura para os municípios da região metropolitana.	Iniciar as atividades do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro a partir de 2015.	Hospital inaugurado em 2015.	1	1	Inaugurado em 12/dez/2015
	Atender 320 pacientes-dia no Pronto-socorro do HMDCC, até 2016	Percentual de atendimentos realizados no Pronto Socorro.	50	0	Aberto em 12/dez/2015 parcialmente, porém apenas com atendimento referenciado, uma vez que não foram repassados recursos estadual e federal para uma abertura mais ampla.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Disponibilizar 320 leitos de Enfermarias, do HMDCC, até 2016.	Número de leitos de enfermaria disponibilizados.	160	39	Aberto em 12/dez/2015 parcialmente, porém apenas com atendimento referenciado, uma vez que não foram repassados recursos estadual e federal para uma abertura mais ampla. Foram disponibilizados 39 leitos de internação e 6 leitos de CTI.
	Disponibilizar 80 leitos de CTI, para o HMDCC, até 2016.	Número de leitos de CTI disponibilizados.	20	6	Aberto em 12/dez/2015 parcialmente, porém apenas com atendimento referenciado, uma vez que não foram repassados recursos estadual e federal para uma abertura mais ampla. Foram disponibilizados 39 leitos de internação e 6 leitos de CTI.
	Realizar 700 cirurgias mensais no Bloco Cirúrgico do HMDCC, até 2016	Percentual de cirurgias realizadas	30	0	Aberto em 12/dez/2015 parcialmente, porém apenas com atendimento referenciado, uma vez que não foram repassados recursos estadual e federal para uma abertura mais ampla. Foram disponibilizados 39 leitos de internação e 6 leitos de CTI, sem abertura do bloco cirúrgico.

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	
Expandir a oferta de leitos em hospital geral de acordo com o perfil epidemiológico da população.	Ampliar 63 leitos de cuidados para o paciente crônico até 2017.	Número de leitos ampliados	13	13	
	Reduzir em 20% as internações de pacientes crônicos em hospitais gerais até 2017.	Percentual de pacientes crônicos desospitalizados.	5%	5%	
Ampliar o acesso às cirurgias eletivas	Realizar 100% dos novos procedimentos pactuados com os hospitais contratados/conveniados até 2016.	Percentual de novos procedimentos realizados de cirurgias eletivas realizados.	50	50	Com o término do incentivo federal para o projeto de Cirurgias Eletivas está inviabilizado o cumprimento da meta estimada em 100%.
Aprimorar a regulação assistencial da rede própria, contratada e conveniada do SUS-BH com vistas à equidade e ao acesso oportuno à rede de atenção à saúde.	Repactuar 100% dos Planos Operativos Anuais (POA) com os hospitais contratados e conveniados, com cláusulas de penalidades, até 2016	Percentual de repactuações realizadas; Evento sentinela	60	53	Devido a exigência dos prestadores em rever valores financeiros de incentivos federais e estaduais, para repactuação dos POA's, o que foge à governabilidade da SMSA, não foi possível atingir a meta proposta

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	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	85	
	Rever 100% dos protocolos de acesso da CInt e CMC até 2017.	Percentual de protocolos revisados.	30	30	

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	9.807	Aumento das complexidade dos pacientes atendidos em UPA, com conseqüente redução do perfil para atendimento domiciliar.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar o acesso dos cidadãos às Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	Implantar 3 novas UPAs até 2017 (UPA Noroeste I, Noroeste II e Norte II).	Nº de UPAs construídas.	1	1	UPA HOB (Noroeste II)
	Substituir a sede de 4 UPAs, até 2017 (UPAs Pampulha, Nordeste, Leste e Norte I).	Número de UPAs com sede substituída.	3	1	Concluída a substituição da UPA Leste. A UPA N I (padrão SES-MG) está com 67% da segunda etapa da construção concluída. Aguarda nova licitação pela Sudecap para conclusão da obra. A UPA NE (padrão SES-MG) encontra-se com 98% da primeira etapa concluída. Aguarda licitação da Sudecap para continuação da obra. A UPA Pampulha encontra-se em fase final de elaboração do projeto executivo pela Sudecap para licitação da obra.
Melhorar a infraestrutura dos locais de urgência e emergência.	Aumentar a capacidade operacional das Unidades Barreiro, Centro Sul, Oeste e Venda Nova até 2017.	Número de Unidades com capacidade operacional aumentada	2	2	
Melhorar o conhecimento da população sobre atribuições e critérios para atendimentos do serviço móvel de urgência - SAMU 192.	Diminuir em 30% o número de solicitações de envio de transporte que não são atribuição específica do SAMU 192, até 2017.	Percentual de diminuições de solicitações inadequadas.	10	10	

Eixo V: Gestão do SUS

Diretriz 8. Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Qualificar a Assistência Farmacêutica, ampliando o acesso ao medicamento e promovendo seu uso racional.	Prover 100% dos Centros de Saúde com um farmacêutico (40 hs), até 2017.	Percentual de Centros de Saúde com farmacêutico (40 h)	80%	80%	
	Prover 100% das farmácias dos Centros de Saúde com profissionais de nível médio (40h), específicos para farmácia, até 2017.	Percentual de C.S.com profissional de nível médio específico (40).	50%	0%	Ainda não há profissional específico para as farmácia dos Centros de Saúde. Os funcionários que ficam na farmácia participam do rodízio entre os postos de trabalho nos Centros de Saúde e/ou fazem outras atividades na Unidade.
	Prover 100% das farmácias das UPAS com um farmacêutico (40 h), até 2014.	Percentual de UPAs com farmacêutico (40 h).	100%	100%	
	Prover 100% das unidades da Rede Complementar e CERSAMs com um farmacêutico (20 hs) até 2014.	Percentual de unidades da Rede Complementar e CERSAMs com farmacêuticos (20 hs).	100%	92%	A unidade CERSAMI-NO ainda está sem cobertura de farmacêutico. A GEMED já fez a solicitação para preenchimento dessa vaga.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Prover 100% das unidades da Rede Complementar, UPAs e CERSAMs com profissionais de nível médio (40 hs), específicos para a farmácia.	Percentual de unidades da Rede Complementar, UPAs e CERSAMs com profissionais específicos em número adequado.	30%	84%	São 7 UPAs e 12 CERSAMs. Destes, 1 UPA tem um funcionário que reverte na recepção e 2 CERSAM's não tem funcionários específicos para o setor.
	Prover 100% das farmácias locais e distritais de infraestrutura adequada.	Percentual das farmácias locais e distritais com estrutura adequada para funcionamento.	40%	40%	Melhorias implantadas em 2015: - Instalação de equipamentos de combate à incêndio nas Farmácias Distritais. - Instalação de telas de proteção contra insetos e outros animais pequenos. - Distribuição de computadores novos para todas as farmácias locais e distritais.
	Ampliar o índice de abastecimento de medicamentos nas Unidades de Saúde para 95% até 2016.	Percentual de abastecimento de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.	90%	70%	Entre as causas do índice encontram-se: atraso na entrega por parte dos fornecedores, divergências e atrasos do fornecimento dos medicamentos básicos pela Secretaria Estadual de Saúde, medicamentos descontinuados pela ANVISA, medicamentos com restrições na sua produção pela falta ou suspensão de importação de matéria prima.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Implantar Projeto de Comunicação sobre a Assistência Farmacêutica na SMSA-BH.	Projeto de Comunicação da Assistência Farmacêutica implantado.	1	1	Projeto implantado. Ações desenvolvidas em 2015: - Divulgação dos POPs da Assistência Farmacêutica na Intranet; - Divulgação dos formulários da Assistência Farmacêutica na Intranet; - Ampla divulgação da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) Outras ações se estenderão até 2017.
Integrar a Assistência Farmacêutica ao processo de cuidado à saúde	Implantar o Projeto de Reestruturação da Assistência Farmacêutica na SMSA/BH, nos anos de 2014 a 2017.	Projeto de Assistência Farmacêutica implantado.	1	1	Projeto implantado. Ações desenvolvidas em 2015: - Criação do núcleo de segurança do paciente; - Monitoramento e avaliação das atividades assistenciais do farmacêutico nas unidades de saúde; - Elaboração de protocolos de alinhamento dos atendimentos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde. Outras ações se estenderão até 2017.

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	
Modernizar o sistema de Informação da SMSA/PBH.	Substituir 1.800 equipamentos de informática obsoletos e incorporar 600 em serviços e unidades ampliadas e inauguradas no ano de 2014 até 2015	Percentual de equipamentos adquiridos e instalados.	50%	95,50%	Aquisição 325 micros (GVSI) + 353 (doação e-SUS) + 1615 PMAT IV = 2293
	Informatizar 100% das Academias da Cidade até 2016.	Percentual de academias informatizadas.	50%	0,00%	Do total das 63 academias apenas 23 academias possuem link, (quantitativo considerado para os 100% das academias informatizadas com infraestrutura).
	Informatizar o atendimento de 100% das equipes de saúde bucal até 2015.	Percentual de equipes atendendo no sistema	10%	98,00%	As unidades de saúde receberam micros do M.S (estratégia e-SUS) para a informatização da odontologia.

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Modernizar a gestão da regulação em saúde.	Desenvolver e implantar o Sistema de Gestão da Regulação até 2017.	Percentual do projeto executado.	30%	22,00%	Foi executado 22% dos 30% previstos, devido a pouca agilidade nos procedimentos de validação da documentação da fase de Elaboração. Essa causa está localizada na empresa fornecedora e na interveniente técnica - Prodabel.
Incorporar tecnologia de informação e comunicação para área de urgência da SMSA.	Informatizar os serviços de urgência: SAMU e UPAs, até 2016	Percentual de unidades informatizadas	20%	0,00%	Replanejamento do PMAT IV, aquisição de micros e impressoras, Projeto Cirus (Central integrada de Relacionamento com o usuário da saúde) e SIGMED (Sistema Gestão de Medicamentos).
Incorporar tecnologia móvel para as atividades do ACS	Implantar o sistema de coleta móvel de dados para 100% dos ACS até 2015.	Percentual de ACS utilizando o dispositivo móvel	100%	0,00%	Replanejamento do PMAT IV, aquisição de micros e impressoras, Projeto Cirus (Central integrada de Relacionamento com o usuário da saúde) e SIGMED (Sistema Gestão de Medicamentos).

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Prover ao Hospital Metropolitano Infraestrutura de tecnologia de comunicação e informação (serviços de back up e contingência), conforme projeto executivo.	Executar o projeto de incorporação de TIC até 2015.	Percentual de projeto executado	100%	86,00%	Até final de dezembro/2015 havia sido executado 86% do projeto devido a existência de pendências de entrega pela Concessionária e necessidade de correções e alinhamentos de questões técnicas apontadas pela Prodabel. Também devido a pendências de conclusão da obra o Sistema de informação ainda não pode ser totalmente implantado nem instalados todos os equipamentos de microinformática e telefonia nos lugares previstos. No momento o projeto encontra-se no seguinte status em cada subáreas: Rede de Dados e Segurança de Rede - 98% concluída;Data Center HMDCC: 98% concluído;Data Center Contingência: 84% concluído; PCN-TIC: 72%; Central de Serviços: 60%; Sistemas de Informação (implantação) - 80% concluída;Telefonia IP - 65% concluída;Videoconferência - 70% concluída;Central de Serviços - 87% concluída;Microinformática e virtualização de estações: 95%concluída;Controle de Acesso - 61% concluída;Circuito Fechado de TV - 59% concluída;Sistema Coletivo de TV - 75% concluída;POLÍTICA DE USO DE TIC NO HMDCC: 100%; MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS E SOFTWARE: 0%; PLANO DE CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES: 47%
Promover a atualização conceitual e tecnológica do SISREDE, incorporando funcionalidades ainda não contempladas na atual plataforma, conforme plano elaborado.	Evoluir tecnologicamente o SISREDE até 2017	% de projeto executado	30%	13,00%	Replanejamento do PMAT IV, aquisição de micros e impressoras.

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	100	
	Atendimentos à imprensa	Nº de demandas atendidas	*	1.937	* por se tratar de demandas espontâneas da imprensa, não temos como fazer previsão de quantas demandas serão feitas à GCSO
	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	51	

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Manter atualizado o Portal da Saúde no site da PBH, nos anos de 2014 a 2017.	Portal da Saúde atualizado	1	100%	
	Postagens nas Redes Sociais	Postagens		190	
	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	6.479.400	
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.	Exequitar 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	**	** Este projeto foi reavaliado e integrado às ações midiáticas e de coletividade

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Ações midiáticas e de coletividade	Nº de ações executadas.		222	
	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	9.500	
	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	70 ***	*** Em 2015 foi feita uma revisão no projeto "Empresa sem Dengue", priorizando empresas com um número maior de funcionários que podem agir como multiplicadores. Além disso, houve redução na equipe de técnicos do Mobiliza SUS

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	Realizar 100% dos eventos programáticos relacionados à promoção, prevenção e controle de endemias, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de eventos realizados.	100%	100%	
Fortalecer a comunicação interna entre os diversos níveis gerenciais e técnicos das Unidades da SMSA/SUS-BH.	Implementar o "Plano de Comunicação Interna" da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, até 2015.	Plano de comunicação interna implementado.	1	100%	

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	
Ressaltar a responsabilidade do SUS como ordenador da formação de Recursos Humanos (RH) em saúde.	Formalizar 100% dos convênios com estabelecimentos de ensino ligados a SMSA/PBH.	Percentual de convênios de estágio formalizados.	20		

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	Elaborar relatório anual com análise de dados quantitativos e qualitativos de acompanhamento sócio-funcional (ASF), nos anos de 2015 a 2017.	Número de relatórios de acompanhamento sócio-funcional elaborados.	1	1	
	Criar proposta de acompanhamento sócio funcional para os empregados públicos da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH até 2015.	Proposta com ações de acompanhamento sócio-funcional para as categorias de ACE e ACS/ Empregados Públicos elaborada.	1	1	A proposta de acompanhamento sócio funcional de ACS e ACE foi discutida com a GSST e elaborado um fluxo envolvendo INSS, GSST, GGTE, GERGETR'S e Gerentes de Unidades.
	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	9	9	

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
	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	4	8	Não foi realizado Seminário Distrital, mas, foram realizadas ações em Unidades de Saúde com a participação das GERGETR'S dos Distritos envolvidos, trabalhadores e Gerente das Unidades
	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	2	
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	1	A proposta foi elaborada, mas, não foi viável financeiramente. Portanto, estamos estudando uma proposta alternativa interna com um novo projeto de Gestão da Informação em RH

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar as estratégias de fixação dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH	<p>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.</p>	<p>Proposta de PCCS para categoria médica na SMSA criada</p>	1	1	<p>Estudo concluído. Proposta em negociação com o Sindicato dos Médicos.</p>
	<p>Apresentar estudo para reavaliação da classificação de 100% das unidades de saúde da SMSA quanto ao abono de fixação dos profissionais até 2014</p>	<p>Estudo da revisão da classificação das unidades de saúde quanto ao abono de fixação apresentado</p>	1	1	<p>Estudo concluído em 2014.</p>

Objetivo	Meta	Indicador/Produto	Quantidade		Observação/Justificativa
			Programada	Realizada	
Redirecionar e aprimorar a política e as práticas da gestão do trabalho com introdução de ferramentas do modelo de gestão por competências.	Definir o modelo de Gestão por Competências até 2015, a ser adotado na SMSA	Modelo de Gestão por Competências a ser adotado na SMSA definido.	1	1	Este Modelo de Gestão por Competências estava previsto na reestruturação da SMSA e consequentemente da GGTE, que não aconteceu em 2015. Deve ser retirado do Plano.
	Elaborar projeto de implantação da Gestão por Competências na SMSA, para o aprimoramento da gestão do trabalho na SMSA até 2015.	Projeto de implantação da Gestão por Competências na SMSA elaborado.	1	1	Este Modelo de Gestão por Competências estava previsto na reestruturação da SMSA e consequentemente da GGTE, que não aconteceu em 2015. Deve ser retirado do Plano.
	Criar matriz base de competências essenciais e de comportamentos de entregas necessárias à SMSA, para 100% dos postos de trabalho das unidades de saúde e administrativas, até 2017.	Percentual de postos de trabalho com a matriz base de competências essenciais e comportamentos de entrega à SMSA criada.	30	30	Este Modelo de Gestão por Competências estava previsto na reestruturação da SMSA e consequentemente da GGTE, que não aconteceu em 2015. Deve ser retirado do Plano.

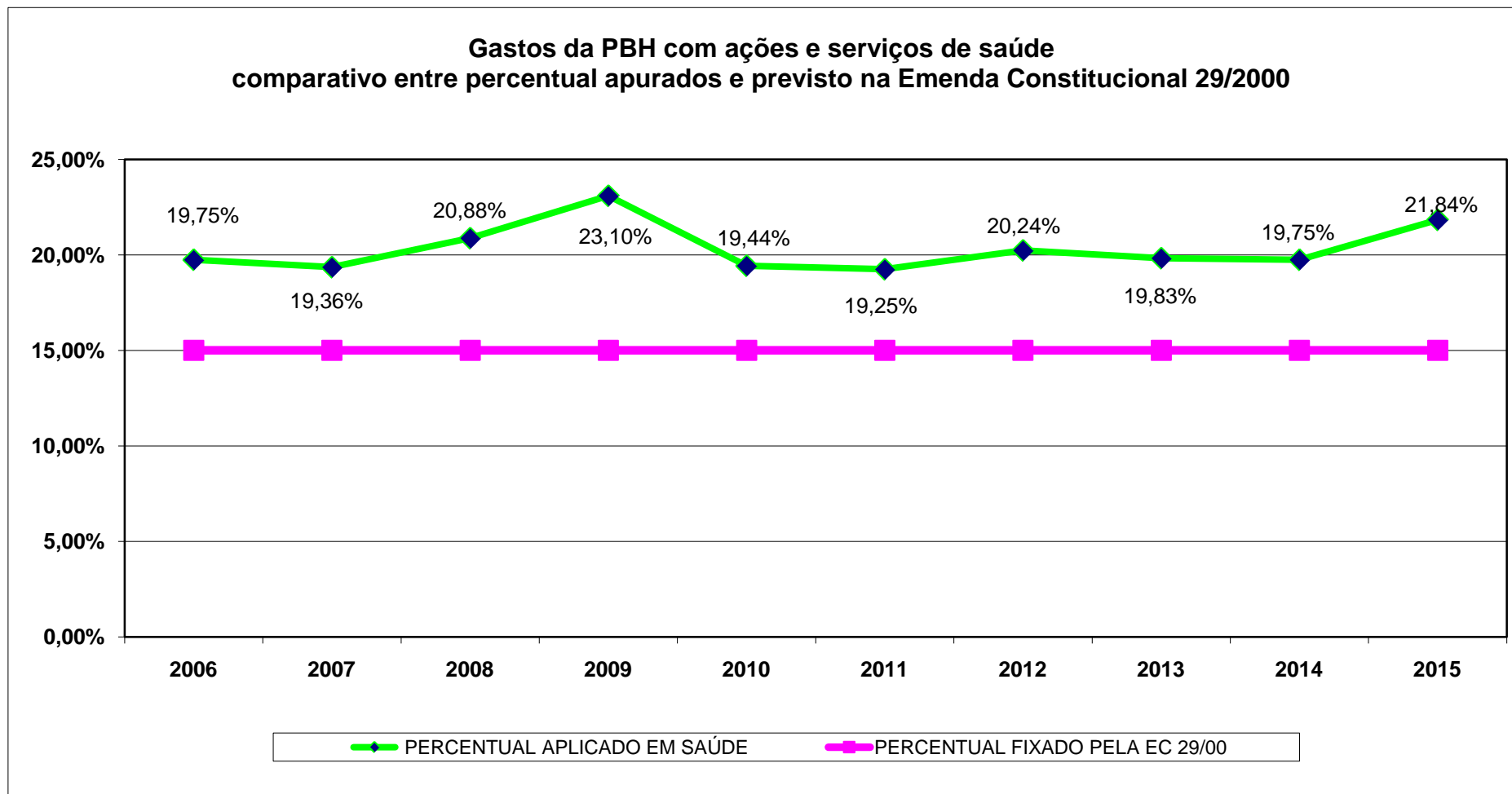
9. DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

Gastos com ações e serviços públicos de saúde	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Custeio:	567.958.200,82	571.476.660,48	661.985.202,75	760.973.727,91	796.621.106,42	862.832.032,08	989.959.900,62
Pessoal e encargos	553.467.651,60	556.874.393,72	596.025.634,86	644.764.260,86	688.945.135,77	706.714.430,63	788.879.515,66
Outras despesas correntes	14.490.549,22	14.602.266,76	65.959.567,89	116.209.467,05	107.675.970,65	156.117.601,45	201.080.384,96
Outras despesas correntes (orçamento participativo)	-	-	-	-	-	-	-
Investimentos:	15.809.212,41	12.906.473,45	6.349.145,54	14.183.761,07	28.539.868,98	38.363.343,31	39.219.337,17
Investimentos	5.123.910,78	8.886.331,95	4.140.037,73	14.183.761,07	16.440.301,60	24.212.307,47	26.174.437,55
Investimentos (orçamento participativo)	10.685.301,63	4.020.141,50	2.209.107,81	-	12.099.567,38	14.151.035,84	13.044.899,62
1 = TOTAL DE DESPESAS	583.767.413,23	584.383.133,93	668.334.348,29	775.157.488,98	825.160.975,40	901.195.375,39	1.029.179.237,79
RECEITAS DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IMPOSTOS	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	2.756.886.294,93

Gastos com ações e serviços públicos de saúde	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	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	1.799.071.483,99
OUTRAS RECEITAS CORRENTES	106.031.524,59	151.376.288,46	169.138.748,09	195.671.760,81	219.563.563,12	176.919.493,86	156.566.350,30
2 = TOTAL DE RECEITAS DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS	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	4.712.524.129,22

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 38 – Gastos da PBH com ações e serviços de saúde, 2006 – 2015.



REFERÊNCIAS

- 1- BELO
HORIZONTE, BH Recebe Referência Mundial. Disponível em:
<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=208609&pIdPlc=&app=salanoticias>. Acesso em 03/09/15.
- 2- BELO
HORIZONTE, Conselho Municipal de Saúde. Resolução CMS/BH – 390/15.
- 3- BELO
HORIZONTE, Decreto nº 15.970, de 28 de maio de 2015. Dispõe sobre a criação da Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional. DOM. 2015.
- 4- BELO
HORIZONTE, Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte / Recomendações para Organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2014. 60 p.
- 5- BELO
HORIZONTE, Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica – Um Verdadeiro Encontro Com a Saúde! 2015 – 58 p.
- 6- BELO
HORIZONTE, SIM-MS/GEEPI/GVSI/SMSA-PBH 2014(WHO, 2002).
- 7- BRASIL,
Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.
- 8- BRASIL,
Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> Acesso em 14/02/16.
- 9- BRASIL,
Ministério da Saúde, Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
- 10- BRASIL,

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2014.

11-

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, 2009.

12-

Brasil, Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

13-

Mendes, Eugênio

Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

14-

WORLD

HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. MPower. 2009. Disponível em: . Acesso em: 5 set. 10.

15-

BELO

HORIZONTE. Decreto nº 15.970, de 28 de maio de 2015. Dispõe sobre a criação da Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional. DOM. 2015.

16-

.BRASIL.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2014.

17-

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, 2009.

18-

BRASIL.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.