

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – 2016

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



EQUIPE DIRIGENTE - 2016

Secretário – Fabiano Geraldo Pimenta Júnior

Secretária Adjunto – Marília de Azevedo Jannotti Guerra

Consultora Técnica – Tammy Angelina Mendonça Claret

Gerência de Assistência – Taciana Malheiros Lima Carvalho

Gerência Administrativa – Mario Lúcio Diniz

Gerência de Controladoria – Paulo Rogério Ferreira

Gerência de Comunicação Social – Luciana de Melo

Gerência da Rede Complementar – Marina Oliveira Bráz

Gerência de Orçamento e Finanças – Maria Inês Rodrigues

Gerência de Regulação – Christine Ferreti Santiago

Gerência de Urgência e Emergência –Paula Martins

Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Maria Inez Ribeiro Oliveira

Gerência de Planejamento e desenvolvimento – Anthero Drummond Júnior

Gerência de Tecnologia em Informação – Eliete Guizilini Moreira de Carvalho

Gerência de Vigilância em Saúde – Maria Tereza da Costa Oliveira

Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro – Flávio Douffles

EQUIPE DIRIGENTE - 2017

Secretário – Jackson Machado Pinto

Secretária Adjunto – Fabiano Geraldo Pimenta Júnior

Consultora Técnica – Marília de Azevedo Jannotti Guerra

Gerência de Assistência – Taciana Malheiros Lima Carvalho

Gerência Administrativa – Mario Lúcio Diniz

Gerência de Controladoria – Paulo Rogério Ferreira

Gerência de Comunicação Social – Luciana de Melo

Gerência de Educação em Saúde – Cláudia Fidélis Barcaro

Gerência de Medicamento – Ana Emília de Oliveira Ahouagi

Gerência de Orçamento e Finanças – Maria Inês Rodrigues

Gerência de Regulação – Christine Ferreti Santiago

Gerência de Urgência e Emergência – Susana Maria Moreira Rates

Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Maria Inez Ribeiro Oliveira

Gerência de Planejamento e desenvolvimento – Anthero Drummond Júnior

Gerência de Tecnologia em Informação – Eliete Guizilini Moreira de Carvalho

Gerência de Vigilância em Saúde – Lúcia Maria Miana de Matos Paixão

Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro – Flávio Douffles

COORDENAÇÃO

Gerência de Planejamento e Desenvolvimento

Amália Virgínia Fróes Fonseca

Anthero Drummond Júnior

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adriana Cristina Camargos de Rezende

Adriana Ferreira Pereira

Alberto Kazuo Fuzikawa

Alexandre Mendes

Alexandre Sampaio Moura

Amália Virginia Froes Fonseca

Amanda A. A. Diniz

Amanda Arantes Perez

Ana Carolina Diniz Oliveira

Ana Carolina Lemos Rabelo

Ana Cristina de Carvalho Fernandez Fonseca

Ana Paula Vasques Sales Braúna

Ana Pitchon

Andrea Vieira Goncalves

Anna Christina da Cunha Martins Pinheiro

Argus Leão Araújo

Arnor José Trindade Filho

Bianca Guimarães Veloso

Bruna Walker Ferreira de Faria

Camila Marciana Costa

Carla Cecília de Freitas Emediato

Caroline Schilling Soares

Claudia Prass Santos

Corina Toscano Sad

Cristiane Hernandes da Silva
Cristina Pirani Valadares
Daniel Vergilino Flores Nunes
Daniela de Almeida Ochoa Cruz
Danielle Vassalo Cruz
Eduardo Vieira Viana Gusmão
Eliana Maria de Oliveira Sá
Eliete Guizilini Moreira de Carvalho
Elisabete Costa Reis Dutra
Emmanuel Wellerson de Faria Martins
Estela de Cássia Pereira
Ester Cardozo Dias
Fabiane Scalabrini Pinto
Fátima Luzia Morelli
Felipe Alcântara Braga
Fernanda Azeredo Chaves
Fernanda Cristina dos Reis
Fernanda de Souza Vanni Rocha
Fernando Medeiros
Gisele Lúcia Nacur Vianna
Gislaine Rodrigues da Silva
Glauca de Fatima Batista
Helen Maria Ramos de Oliveira Lopes
Helena de Mesquita Souza Lara
Iaska Santos
Ione Lima Magalhães
Isabela Dias Lauar
Jandira Aparecida Campos Lemos
Janete dos Reis Coimbra
Jaqueline Camilo de Sousa Felício
Julia Marcia Maluf Lopes

Juliana Dias Pereira dos Santos
Juliana Veiga Costa Rabelo
Jussara de Medeiros Silva
Karine Suelem Marques
Klébio Ribeiro Silva De Martin
Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
Lenice Harumi Ishitani
Leticia Dias Aguiar Soeiro
Lívia Fulgêncio da Cunha Mel
Luana Queiroga Mendes Ramos
Lúcia Maria Miana de Mattos Paixão
Luciana Braga Balsamão
Luciana Cordeiro Duarte
Luzia Toyoko Hanashiro
Marcela Nara Goulart Ricarte
Márcia Rocha Parizzi
Marco Antônio Bragança de Matos
Marco Aurélio de Oliveira
Maria das Graças S. Garcia
Maria de Lourdes Miri Megda
Maria do Carmo Freitas da Costa
Maria do Socorro Alves Lemos
Maria Elisa Malaquias Carvalho Barbosa
Maria Fernanda Camarano
Maria Gorete dos Santos Nogueira
Maria Helena Lopes da Gama Cerqueira
Maria Núbia Alves Cruz
Maria Vitória Assumpção Mourão
Mayara Rocha dos Santos
Mirian Vanessa Costa Pacheco
Natália Simões

Nayara Figueiredo Vieira
Nora Nei Reis Pereira
Patrícia Pereira Rodrigues Magalhães
Paulo César Machado Pereira
Quésia Tamara Villamil
Rejane Ferreira dos Reis
Renata Coimbra Prates
Renata Figueiredo Cotta
Rony Carlos Las casas Rodrigues
Rúbia Mácia Xavier de Lima
Sandra Haueisen
Silvana Martins Munaier
Simone Passos de Castro e Santos
Simone Silveira de Castro
Solange Maria Nonato
Sônia Gesteira e Matos
Sônia Lansky
Sônia Reis
Taciana Malheiros Lima Carvalho
Tatiane Felicia dos Santos Luciano
Tatiani Oliveira Fereguetti
Terezita de Fátima Fernandes
Thales Onofri de Oliveira
Thatiany Phaola Moraes e Silva
Vanessa de Oliveira Pires Fiuza
Vanessa Ferreira de Souza
Vanessa Ferreira de Souza
Vanessa Maria Rodrigues Coelho
Vânia de Freitas Drumond
Vânia Elizabeth Simões Duarte
Vânia Terezinha Sernizon

Virgílio José de Queiroz

RELAÇÃO DE SIGLAS

ACE - Agente de Combate a Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDPI neonatal - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância neonatal

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEPAI - Centro Psíquico da Adolescência e Infância

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAM AD - Centro de Referência Saúde Mental Álcool e Drogas

CERSAMI - Centro de Referência Saúde Mental Infante Juvenil

CES - Centro de Educação em Saúde

CGP - Centro Geral de Pediatria

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestora Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMC - Central de Marcação de Consultas

CMO - Centro Municipal de Oftalmologia

CMT - Centro Mineiro de Toxicomania

CMV - Centro Mais Vida

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CREAB - Centro de Reabilitação

CRR - Centro de Referência em Redução de Danos

CS - Centro de Saúde

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CTR - Centro de Referência e Treinamento Orestes Diniz

CTRDIP Orestes Diniz – Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto - parasitárias

CV - Centro de Convivência

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DS - Distrito Sanitário

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EAAB - Estratégia Amamenta, Alimenta Brasil

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

EMEI - Escola Municipal de Educação Infantil

EPS - Educação permanente em saúde

EqSF- Equipe de Saúde da Família

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESF POP RUA - Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

GCSO - Gerência de Comunicação Social

GCT - Gestão do Cuidado no Território

GEAS - Gerência de Assistência

GECOZ - Gerência de Controle de Zoonoses

GEDIG - Gerência de Apoio Diagnóstico

GEEPI - Gerência de Epidemiologia e Informação

GERASA - Gerência Distrital de Assistência à Saúde

GERC - Gerência de Rede Complementar

GERCZO - Gerências de Controle de Zoonoses distritais

GEREPI - Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia

GERG - Gerência de Regulação

GEURG - Gerência de Urgência

GGTE - Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

GPLD - Gerência de Planejamento e Desenvolvimento

GT - Grupo de Trabalho

GTIS - Gerência de Tecnologia em Informação em Saúde

GTPS - Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde

GVSI - Gerência de Vigilância em Saúde e Informação

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HOB - Hospital Metropolitano Odilon Behrens

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

IP - Instituições Prisionais

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVS - Índice de Vulnerabilidade da Saúde

LG18T - Lian Gong em 18 Terapias

LIRAA - Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti

MQ-BH - Monitoramento Quadrimestral do Estado de Saúde da População de Belo Horizonte

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPAD - Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OSC - Organização da Sociedade Civil

PA - Pressão Arterial

PAS - Programação Anual de Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PIC - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PIEP - Complexo Penitenciário Estevão Pinto

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

PMPS - Política Municipal de Promoção da Saúde

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

PNH - Política Nacional de Humanização

PNAISP - Política Nacional de Assistência Integral à Saúde Prisional

POP - Procedimento Operacional Padrão

PPL - População Privada de Liberdade

PRHOAMA - Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica

PSE - Programa Saúde na Escola

RAG - Relatório Anual de Gestão

RC - Rede Complementar

SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEDS - Secretaria Estadual de Defesa Social
SES - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAPI - Sistema de Internação e Alta Psiquiátrica Involuntária
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SIMC - Sistema de Monitoramento Clínico
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISREDE - Sistema de Informações Saúde em Rede
SMAAS - Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social
SMARH - Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos de Belo Horizonte
SMED - Secretaria Municipal de Educação
SMPS - Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUSBH - Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte
TB - tuberculose
UA - Unidade de Acolhimento Transitório
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UMEI - Unidade Municipal de Educação Infantil
UNASUS - Universidade Aberta do SUS
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
URBEL - Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte
URS - Unidade de Referência Secundária
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VISA - Vigilância Sanitária

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Informativos da APS distribuídos na rede SUSBH no ano de 2016

Figura 2: Centros de Saúde participantes da Gestão do Cuidado no Território no modelo ampliado, durante o ano 2016

Figura 3: Publicações de Vigilância em Saúde, Belo Horizonte, 2016

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico A: População de Belo Horizonte, segundo declaração de cor

Gráfico B: População da Belo Horizonte, segundo sexo e faixa etária

Gráfico C: Mortalidade por grupos de causa, faixa etária e residência em Belo Horizonte

Gráfico D: Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência, em Belo Horizonte

Gráfico E: Percentual do Tipo de estabelecimento por tipo de gestão em Belo Horizonte, 2016

Gráfico F: Tipo de Estabelecimento por natureza jurídica, em Belo Horizonte, 2016

Gráfico G: Profissionais SUS por vínculo empregatício em BH, 2016

Gráfico 1: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura da ESF no período de 2008 a 2016, em Belo Horizonte

Gráfico 2: Média mensal da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte no período de janeiro a outubro de 2016

Gráfico 3: Evolução do número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da atenção primária no período de 2009 a 2016, em Belo Horizonte

Gráfico 4: Total de internações de residentes de Belo Horizonte por Hipertensão Arterial Sistêmica no período de 2011 a 2016

Gráfico 5: Proporção de cura e abandono dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2008 a 2016

Gráfico 6: Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de 2013 a 2016 de residentes de Belo Horizonte

Gráfico 7: Total de atendimentos na especialidade de geriatria no Centro Mais Vida, no período de setembro de 2010 a dezembro de 2016

Gráfico 8: Percentual de crianças da educação infantil (0 a 5 anos) de Belo Horizonte por códigos de necessidades em saúde bucal no período de 2014 a 2016

Gráfico 9: Percentual de crianças das escolas municipais de Belo Horizonte por códigos de necessidades em saúde bucal no período de 2014 a 2016

Gráfico 10: Tempo de espera em dias para marcação de primeira consulta para infectologia adulto, conforme oferta, no período de janeiro a novembro de 2016 em Belo Horizonte

Gráfico 11: Total de casos novos e taxa de incidência (por 100.000 hab.) de Aids por ano no período de 2001 a 2016 em Belo Horizonte

Gráfico 12: Total de óbitos e taxa de mortalidade por AIDS em residentes de Belo Horizonte no período de 2001 a 2016

Gráfico 13: Evolução do número de consultas de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica na rede SUS BH, no período de 2011 a 2016

Gráfico 14: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária dos residentes de Belo Horizonte no período de 2008 a 2016

Gráfico 15: Razão da Mortalidade Materna, no período de 1998 a 2016, em Belo Horizonte

Gráfico 16: Taxa de Mortalidade Infantil em Belo Horizonte, por componente, no período de 1993 a 2016

Gráfico 17: Taxa de internações por Asma (por 10.000 habitantes) em crianças e adolescentes, por faixa etária, residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015

Gráfico 18: Taxa de internações por Pneumonia (por 10.000 habitantes) em crianças e adolescentes, por faixa etária, residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015

Gráfico 19: Principais resultados encontrados na pesquisa “Avaliação da efetividade do programa de Lian Gong em 18 terapias na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”.

Gráfico 20: Número de fumantes atendidos nas ações de Controle do Tabagismo do SUS BH no período de 2012 a 2016

Gráfico 21: Notificações de dengue e outras DNC, Belo Horizonte, de 2007 a 2016

Gráfico 22: Testes rápidos NS 1 na Rede SUS-BH, 2012 a 2016

Gráfico 23: Incidência e letalidade por Leishmaniose visceral humana, em Belo Horizonte, 1999 a 2016

Gráfico 24: Distribuição dos vírus respiratórios, identificados em pacientes com SRAG, por SE de notificação, em Belo Horizonte, 2016

Gráfico 25: Proporção de cura e abandono dos casos novos de tuberculose bacilífera em residentes de Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2008 a 2016

Gráfico 26: Incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte, de 2001 a 2015

Gráfico 27: Número de cirurgias de esterilização animal, 2005 a 2016

Gráfico 28: Percentual de Adequações no controle externo da qualidade dos laboratórios, em Belo Horizonte, 2016

Gráfico 29: Produção dos laboratórios distritais e municipal, Belo Horizonte, de 2008 a 2016

Gráfico 30: Produção laboratorial das Unidades de Pronto Atendimento, Belo Horizonte, 2008 a 2016

Gráfico 31: Evolução dos leitos no SUS-BH, 2005 a 2016

Gráfico 32: Cirurgias Eletivas no SUS-BH, 2000 a 2016

Gráfico 33: Número de casos acompanhados pelo NASF, por regional, em Belo Horizonte, 2016

Gráfico 34: Total de vagas e currículos triados para entrevistas nos Distritos Sanitários de Belo Horizonte, visando contratação administrativa, 2016

Gráfico 35: Índice de abastecimento de medicamentos nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, de janeiro a dezembro de 2016

Gráfico 36: Gastos da PBH com Ações e Serviços de Saúde

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Casos confirmados, óbitos e incidência de dengue, em Belo Horizonte, 1996 a 2016

Quadro 2: Visitas realizadas para o controle da dengue, Belo Horizonte, 2006 a 2016

Quadro 3: Atividades realizadas para controle da Leishmaniose visceral, Belo Horizonte, 2016

Quadro 4: Casos humanos e óbitos por Leishmaniose visceral em Belo Horizonte, 2009 a 2016

Quadro 5: Solicitações para controle de roedores atendidos e recebidos, Belo Horizonte, 2016

Quadro 6: Animais peçonhentos, solicitações recebidas e atendidas, Belo Horizonte, 2016

Quadro 7: Vacinação antirrábica de cães e gatos, Belo Horizonte, 2009 a 2016

Quadro 8: Doações de animais realizadas nas feiras de adoção do CCZ e nos convênios com ONG, Belo Horizonte, 2016

Quadro 9: Número de notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, em Belo Horizonte, de 2011 a 2016

Quadro 10: Número de vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas por categoria profissional, em Belo Horizonte, de 2012 a 2016

Quadro 11: Número de atendimentos realizados pelos Centros de Referência Regional de Saúde do Trabalhador (B e CS) por tipo, em Belo Horizonte, de 2011 a 2016

Quadro 12: Outras atividades em Saúde do Trabalhador, em Belo Horizonte, 2016

Quadro 13: Apresentação e divulgação do Protocolo de Saúde do Trabalhador na rede SUSBH

Quadro 14: Tempo de espera para agendamento, Belo Horizonte, novembro de 2016

Quadro 15: Absenteísmo nos anos de 2015 e 2016, por Central, de todos os atendimentos incluindo os agendados pela rotina de reaproveitamento de oferta pelo SISREG, em Belo Horizonte

Quadro 16: Número de agendamento, por especialidade, nas centrais de marcação de consulta e nas 09 centrais distritais, central oftalmologia e central de reabilitação, em Belo Horizonte, 2016

Quadro 17: Projeto de Cirurgias Eletivas do SUS-BH, junho de 2009 a dezembro de 2016

Quadro 18: Número de atendimentos realizado pelas UPA, em Belo Horizonte, de 2009 a 2016

Quadro 19: Quantitativo de unidades de suporte do SAMU, Belo Horizonte, 2008 a 2016

Quadro 20: Número de atendimentos telefônicos recebidos, atendimentos realizados com deslocamento de ambulância e número de veículos disponíveis, Belo Horizonte, 2008 a 2016

Quadro 21: Transporte em Saúde, Belo Horizonte, 2008 a 2016

Quadro 22: Procedimentos realizados pelo serviço de atenção domiciliar, Belo Horizonte, 2009 a 2016

Quadro 23: Quantitativo de capacitações para profissionais da SMSA-BH e HOB, 2012 a 2016

Quadro 24: Quantitativo de residentes médicos em cenário de prática da SMA SUS-BH e HOB SUS-BH, 2012 a 2016

Quadro 25: Quantitativo de residentes multiprofissionais em cenário de prática da SMA SUS-BH e HOB SUS-BH, 2012 a 2016

Quadro 26: Quantitativo de vagas no cenário de prática da SMSA e HOB do SUS BH, para residentes multiprofissionais, 2012 a 2016

Quadro 27: Quantitativo de profissionais atuantes na SMSA, por vínculo, por Distrito sanitário de Belo Horizonte, 2016

Quadro 28: Resumo do resultado do concurso edital 07/2014

Quadro 29: Quantitativo de cargos vagos na carreira de saúde, em Belo Horizonte, 2016

Quadro 30: Resumo das lotações de profissionais nomeados em Belo Horizonte, 2017

Quadro 31: Quantitativo de ACE e ACS lotados na SMSA BH, 2016

Quadro 32: Percentual de cobertura de ACS nas equipes de saúde da família de Belo Horizonte, 2016

Quadro 33: Quantitativo de empregados públicos – ACE I e II – na rede SUS BH, distribuição nos distritos e comparativo entre vagas existentes, cobertas e em aberto, janeiro de 2017

Quadro 34: Síntese do TCG 008 – CADM SMSA, dezembro de 2016

Quadro 35: Quantitativo de profissionais terceirizados e conveniados na SMSA BH, 2016

Quadro 36: Número de casos acompanhados pelo NASF, por distrito sanitário de Belo Horizonte, 2016

Quadro 37: Número de intervenções coletivas pelo NASF, Belo Horizonte, 2016

Quadro 38: Participações do NAF nos processos seletivos para gerentes de unidades de saúde, em Belo Horizonte, 2016

Quadro 39: Indicadores financeiros, 2016

Quadro 40: Número de atividades programadas e concluídas – Auditoria Assistencial, 2016

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela A: População de Belo Horizonte, segundo declaração de cor

Tabela B: População da Belo Horizonte, segundo sexo e faixa etária

Tabela C: Mortalidade por grupos de causa, faixa etária e residência em Belo Horizonte

Tabela D: Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência, em Belo Horizonte

Tabela E: Tipo de estabelecimento por tipo de gestão em Belo Horizonte, 2016

Tabela F: Tipo de Estabelecimento por natureza jurídica, em Belo Horizonte, 2016

Tabela G: Profissionais SUS por vínculo empregatício em Belo Horizonte, 2016

Tabela 1: Vigilância de contatos intradomiciliares dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos de 2008 a 2016 em residentes de Belo Horizonte

Tabela 2: Total de ILPI conveniadas, idosos residentes, acompanhamento médico próprio da instituição, e somatório de visitas da ESF no período de 2014 a 2016

Tabela 3: Total de oferta, usuários em fila e tempo de espera em dias para marcação de primeira consulta para infectologia adulto HIV e hepatites virais de janeiro a novembro de 2016, em Belo Horizonte

Tabela 4: Principais resultados do atendimento pelo NASF no período de 2011 a 2016

Tabela 5: Produção por ocorrência de consultas de pré-natal, puerpério, internações na gravidez e parto, exames preventivos do câncer do colo de útero e mamografias em Belo Horizonte no período de 2009 a 2016

Tabela 6: Série histórica do número de Postos e de Unidades de Coleta de Leite Humano e do volume leite humano doado, no período de 2012 a 2016, em Belo Horizonte

Tabela 7: Evolução do número de escolas municipais de ensino fundamental e UMEI com o PSE implantado, alunos com avaliação de saúde pela equipe de saúde, consultas oftalmológicas e óculos fornecidos no período de 2011 a 2016

Tabela 8: Total de equipamentos e atendimentos na rede de atenção psicossocial do SUS-BH no período de 2010 a 2016

Tabela 9: Evolução do número de Academias da Cidade, professores e usuários no período de 2011 a 2016

Tabela 10: Total de unidades, espaços, grupos, instrutores e alunos inscritos na prática de Lian Gong no período de 2008 a 2016. Belo Horizonte, 2016.

Tabela 11: Número de profissionais capacitados e centros de saúde com abordagem intensiva aos fumantes no Controle do tabagismo na rede SUS BH, no período de 2013 a 2016, Belo Horizonte

Tabela 12: População privada de liberdade atendida pela equipe da SMSA

Tabela 13: Distribuição das pessoas em situação de rua cadastradas por Distrito Sanitário, Belo Horizonte

Tabela 14: Classificação final dos casos de dengue por Distrito Sanitário de residência, em Belo Horizonte, 2016

Tabela 15: Casos notificados por suspeita de zika, Belo Horizonte, 2016

Tabela 16: Gestantes notificadas com suspeita de zika, residentes em Belo Horizonte, 2016

Tabela 17: Casos confirmados de chikungunya, por Distrito Sanitário, de residentes em Belo Horizonte, 2016

Tabela 18: Testes rápidos realizados em Belo Horizonte para diagnóstico de leishmaniose visceral, maio de 2010 a 2016

Tabela 19: Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral por Distrito Sanitário e Ano de Ocorrência. Belo Horizonte, 2008 a 2016

Tabela 20: Distribuição dos óbitos ocorridos em Belo Horizonte, por fonte de investigação. 2008 a 2016

Tabela 21: Coberturas vacinais em menores de 1 ano de idade, Belo Horizonte, 2016

Tabela 22: Análise do indicador de desempenho de Controle Externo da Qualidade na rede de laboratórios. Belo Horizonte, 2016

Tabela 23: Laboratórios nas unidades de pronto atendimento, Belo Horizonte, 2016

Tabela 24: Produção laboratorial na Rede SUS-BH - 2008 a 2016

Tabela 25: Consultas e procedimentos agendados através das Centrais de Regulação do SUS-BH, janeiro a dezembro de 2016

Tabela 26: Evolução das notificações de desvio de qualidade, por trimestre, 2016

Tabela 27: Indicadores da Pactuação Interfederativa – 2013 a 2016

Tabela 28: Receita e despesa por fonte de recurso – 2016

Tabela 29: Gastos com Ações e Serviços de Saúde com recursos da PBH – 2016

APRESENTAÇÃO	28
INTRODUÇÃO	29
1. ASPECTOS GERAIS – 2016 (roteiro do SARGSUS).....	31
1.1 Identificação do Município	31
1.2 Demografia e Dados de Mortalidade.....	32
1.3 Rede Física.....	38
1.4 Profissionais do SUS.....	41
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	43
2.1.1 Ampliações de Estrutura: Centros de Saúde, Equipes e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família	45
2.1.2 Qualificação e Integração dos Processos de Trabalho nos Centros de Saúde	50
2.1.2.1 Atenção às Condições Crônicas	55
2.1.2.2 Atenção à Saúde do Homem	64
2.1.2.3 Atenção à Saúde do Idoso	65
2.1.2.4 Atenção à Saúde Bucal.....	70
2.1.2.5 Atenção às Doenças Epidêmicas.....	76
2.1.2.6 Atenção à Saúde Sexual, DST/Aids e hepatites virais.....	78
2.1.2.7 Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	84
2.1.2.8 Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina antroposófica	86
2.1.2.9 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde	88
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”	90
2.2.1 Saúde da Mulher	94
2.2.2 Saúde da Criança e do Adolescente.....	97
2.2.3 Atenção às crianças e adolescentes em situação de violência.....	103
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”	104
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.”	111
2.4.1 Academias da Cidade	112

2.4.2 Lian Gong em 18 Terapias.....	116
2.4.3 Tabagismo	119
2.4.4 População privada de liberdade	121
2.4.5 Bolsa Família	123
2.4.6 Projeto Família Cidadã	125
2.4.7 População em Situação de Rua.....	127
2.4.8 Terapia Comunitária Integrativa.....	129
2.4.9 Promoção da Igualdade de Raça e Cor	131
3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	133
3.1 Vigilância Epidemiológica	133
3.1.1 Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis	134
<i>A. Dengue, Zika e Chikungunya</i>	<i>134</i>
<i>Avanços na vigilância da dengue:</i>	<i>137</i>
<i>Vigilância da Zika.....</i>	<i>138</i>
<i>Ações realizadas para a implantação da vigilância do Vírus Zika:.....</i>	<i>140</i>
<i>Vigilância da Febre do Chikungunya</i>	<i>140</i>
<i>Ações realizadas para a implantação da vigilância do Chikungunya:</i>	<i>141</i>
<i>B. Leishmaniose visceral</i>	<i>142</i>
<i>C. Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)</i>	<i>144</i>
<i>D. Vigilância da Tuberculose</i>	<i>146</i>
<i>E. Vigilância da Hanseníase</i>	<i>147</i>
<i>F. Sífilis Congênita.....</i>	<i>147</i>
<i>G. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-BH).....</i>	<i>148</i>
3.1.2 Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Mortalidade	149
<i>A. Vigilância de Violências e Acidentes</i>	<i>149</i>
<i>B. Vigilância de Doenças Crônicas não-Transmissíveis</i>	<i>150</i>
<i>C. Projeto Vida no Trânsito</i>	<i>151</i>

<i>D. Vigilância de Óbitos</i>	152
1.2 Saúde do Viajante.....	154
1.3 Imunização.....	154
1.4 Vigilância Sanitária.....	156
<i>Controle de Infecção relacionada a assistência à saúde e Segurança do Paciente.</i>	<i>157</i>
<i>Programas de rotina e Vigilância Ambiental</i>	<i>158</i>
1.5 Controle de Zoonoses.....	160
3.6 Saúde do Trabalhador.....	168
3.6.1 Notificações.....	168
3.6.2 Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho – VAPT’s.....	169
3.6.3 Assistência.....	170
3.6.4 Outras atividades realizadas em Saúde do Trabalhador.....	171
3.6.5 Participação em Comissões e Grupos de Trabalho (GT).....	172
3.7 Material Informativo.....	172
4. REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS E COMPLEMENTARES À SAÚDE	174
4.1 Consultas e Exames Especializados.....	174
4.2 Saúde Bucal.....	177
4.3 Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas.....	178
5. MELHORIA DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E ESPECIALIZADO	183
5.1 Regulação Assistencial.....	183
5.1.1 Projetos impactantes para a garantia de acesso da população à rede:.....	184
<i>Projeto Cirurgias Eletivas</i>	<i>185</i>
<i>Projeto de integração entre o sistema de regulação ambulatorial e o sistema de</i>	
<i>prontuário do SUS-BH</i>	<i>186</i>
5.1.2 Aperfeiçoamento do sistema de regulação do acesso à assistência ambulatorial:	186
5.1.3 Processo de trabalho no Controle e Avaliação Ambulatorial.....	194
5.1.4 Avanços na Alta Complexidade de forma geral.....	194
5.1.5 Avanços na Comissão Municipal de Nefrologia e Transplante.....	195
5.1.6 Avanços na Comissão Municipal de Oncologia.....	196
5.1.7 Comissão de Cardiologia.....	197

<i>Comissão Municipal de Propedêutica</i>	197
5.1.9 Integração e evolução do processo de trabalho da supervisão hospitalar	198
5.1.10 Evolução dos Sistemas informatizados das Centrais reguladoras.....	198
5.1.11 Tratamento Fora do Domicílio	199
5.1.12 Projeto de Implantação de Serviço para Tratamento de tumores intra oculares	200
5.2 Rede de Urgência	202
<i>Unidades de Pronto Atendimento (UPA)</i>	203
<i>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</i>	204
<i>O SAMU-192 tem como objetivos:</i>	204
<i>Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)</i>	206
<i>Perfil prioritário de pacientes para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD</i> .	206
6. GESTÃO DO SUS.....	208
6.1 Centro de Educação em Saúde	208
<i>Ações do Plano de Educação Permanente para Profissionais da Rede SUS BH</i>	210
<i>Parcerias com Instituições de Ensino Públicas e com Entidades de Ensino Superior</i> ...	210
6.2 Gestão do Trabalho.....	212
<i>Gestão dos Postos de Trabalho</i>	214
<i>Servidores efetivos na SMSA</i>	215
<i>ACE e ACS – Empregados Públicos</i>	218
<i>Terceirização</i>	220
<i>Bonificação pelo Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI)</i>	221
<i>Ampliação das estratégias de fixação dos profissionais</i>	221
<i>Gestão do Trabalho nos distritos e nível central SMSA</i>	222
<i>Acompanhamento Sóciofuncional</i>	222
<i>Processos Seletivos</i>	225
<i>Programa Mais Médicos para o Brasil</i>	227

6.3 Assistência Farmacêutica	227
<i>Abastecimento de medicamentos em 2016.</i>	227
<i>Implantação do Projeto de Farmacovigilância na SMSA/BH</i>	229
<i>Produção da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)</i>	229
6.4 Tecnologia da Informação em Saúde.....	230
<i>Incremento e aprimoramento da Infraestrutura realizada em 2016:</i>	230
<i>E- SUS: Exportação de dados do SISREDE para o Sistema e-SUS AB</i>	231
<i>Família Cidadã:</i>	232
<i>Prescrição de Mandatos Judiciais:</i>	232
<i>Gestão de Medicamentos – PROTHEUS : Projeto encerrado, em produção.</i>	232
7. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) E PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA.....	233
7.1 Programação Anual de Saúde	233
7.1.1 Demonstrativo da Execução Física	234
7.2 Pactuação Interfederativa	286
8. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO-ORÇAMENTÁRIO.....	288
9. AUDITORIAS	291
<i>Missão:</i>	291
<i>Visão:</i>	291
<i>Valores:</i>	291
<i>Produção de atividades de Auditoria Assistencial no ano de 2016.</i>	292
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	293

APRESENTAÇÃO

O Relatório Anual de Gestão, de acordo com as Portarias nº 3.085/GM e nº 3.332/GM, é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes.

Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sua elaboração utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS – www.saude.gov.br/sargsus), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória. Destaca-se que sendo o SARGSUS do Ministério da Saúde o sistema obrigatório e pré-formatado para sistematização do Relatório Anual de Gestão, o gestor fica limitado em suas informações quer seja pela inexistência de campos quer pela limitação de espaço para as considerações, dessa forma a gestão da SMSA BH apresenta este relatório ampliado, para as considerações complementares.

Deve ser submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente conforme Portaria nº 399/GM/MS, de 23 de fevereiro de 2006.

De acordo com a Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 os municípios deverão comprovar a observância do disposto no art. 36 mediante o envio de Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao ano da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo por meio do SARGSUS, sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos art. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte – SUS-BH é uma complexa rede de serviços no contexto de uma capital de Estado que possui gestão plena do sistema de saúde e que presta serviços em todos os níveis de complexidade aos seus moradores e a cidadãos de outros municípios, tendo em vista o grande acúmulo de tecnologias em saúde existentes na cidade.

Entre os principais desafios apresentados ao SUS-BH, está a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a qualificação das ações desempenhadas e a melhoria da integração do sistema de saúde junto à Região Metropolitana.

Em função de todas essas ações, o corpo dirigente da Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA) buscou elaborar o planejamento das políticas municipais de saúde para o período de 2016, de maneira estratégica, tendo como foco a efetividade das ações a serem desempenhadas no período. Este processo de planejamento ocorreu de maneira participativa entre os gestores, trabalhadores e usuários do SUS-BH, inclusive através da realização de conferências de saúde locais, distritais, que culminaram com a 13ª Conferência Municipal de Saúde ocorrida de 16 a 18 de julho de 2015. Deve ser ressaltado que o planejamento realizado pela atual gestão da SMSA, bem como o produto da citada conferência municipal, serviu de base para o Plano Municipal de Saúde (PMS) do quadriênio 2014-2017. Este plano elucida o diagnóstico situacional e a partir deste as ações e metas da programação plurianual a serem desenvolvidas nos quatro anos, de maneira que o mesmo se encontra previsto em lei, sendo, portanto, condição no âmbito da legalidade do SUS.

A gestão da SMSA tem sido marcada pela constante atividade de monitoramento do seu Planejamento Estratégico incluindo o acompanhamento das ações e metas dos instrumentos de gestão como no Plano Municipal de Saúde, Plano de Governo, PPA e LDO/LOA.

O presente relatório busca descrever as atividades realizadas no ano de 2016, organizado em dez capítulos. O capítulo 1 aborda os aspectos gerais do município de Belo Horizonte. Contém a demografia, dados de mortalidade e morbidade hospitalar; a rede física e os postos de trabalho do SUS-BH. O capítulo 2 consiste na Atenção Primária à Saúde onde destaca as diretrizes do Plano Municipal de Saúde vigente, programas e atividades. No capítulo 3 está retratada a Vigilância em Saúde e suas especificidades: vigilância epidemiológica dos agravos transmissíveis e não transmissíveis, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador, saúde do viajante, controle de

zoonoses e imunizações. O capítulo 4 aponta análise referente às consultas e exames especializados – oferta, demanda, fila de espera e agendamento, bem como, as atividades de apoio diagnóstico em análises clínicas. O capítulo 5 contempla a regulação do acesso à assistência, a atenção hospitalar e a rede de urgências. O capítulo 6 trata da formação, alocação e valorização da força de trabalho do SUS; da qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso; da gestão participativa com foco em resultados; da modernização do sistema de informação desta Secretaria e da garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Contém, ainda, a participação popular e o controle social. O capítulo 7 indica os resultados alcançados nas metas da Programação Anual de Saúde (PAS) e dos indicadores da Pactuação Interfederativa, de 2016. No capítulo 8 estão apresentados os indicadores financeiros do município de Belo Horizonte, a receita e a despesa, por fonte de recurso, e, os gastos da PBH com ações e serviços de saúde. O capítulo 9 constitui-se das atividades de auditoria assistencial, e o capítulo 10 contém as considerações gerais sobre o relatório em pauta.

1. ASPECTOS GERAIS – (roteiro do SARGSUS)

1.1 Identificação do Município

IDENTIFICAÇÃO

UF: Minas Gerais

Município: Belo Horizonte

Prefeito da Cidade: Alexandre Kalil

Período a que se refere o relatório: 2016

SECRETARIA DA SAÚDE

Razão Social da Secretaria da Saúde: Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte

Nome Fantasia: Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte

CNPJ: 11.728.239/0001-07

Endereço da Secretaria da Saúde: Avenida Afonso Pena nº 2.336 – Savassi

CEP: 30.130-012

Telefone: (31) 3277-6394 / (31) 3277-5246

E-mail: smsa@pbh.gov.br

Site: www.pbh.gov.br

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Nome: Jackson Machado Pinto

Data da Posse: 01/01/2017 – Atos do Prefeito Decreto – Secretaria Municipal de Governo

BASES LEGAIS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do FMS: Lei Municipal Nº 6.087 de 09/01/1992.

CNPJ do FMS: 11.728.239.0001/07

Nome do Gestor do Fundo: Jackson Machado Pinto

Gestor do FMS: Secretário da Saúde

INFORMAÇÕES DE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Instrumento legal de criação do CMS: Lei Municipal nº 5.903 de 03/06/1991

Nome do Presidente: Bruno Abreu Gomes

Segmento: Trabalhador

Data da última Eleição do CMS: 08/09/2016 – Gestão 2016 a 2018

Telefone: (31) 3277-7814

E-mail: cmsbh@pbh.gov.br

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Data da última Conferência de Saúde: 13ª Conferência Municipal de Saúde (16 a 18/07/2015)

Com o tema: “Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas: Direito do Povo Brasileiro”.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde tem Plano Municipal de Saúde: Sim

Período a que se refere o PMS: 2014 a 2017

Aprovação no CMS: Resolução CMS/BH nº 376 de 18/12/2014

1.2 Demografia e Dados de Mortalidade

Tabela e Gráfico A: População de Belo Horizonte, segundo declaração de cor

População do último Censo(ano 2010)	Qte	%
Branca	1.110.034	49,67%
Preta	241.155	9,59%
Amarela	25.270	1,01%
Parda	995.167	39,59%
Indígena	3.477	0,14%
Sem declaração	48	0,00%

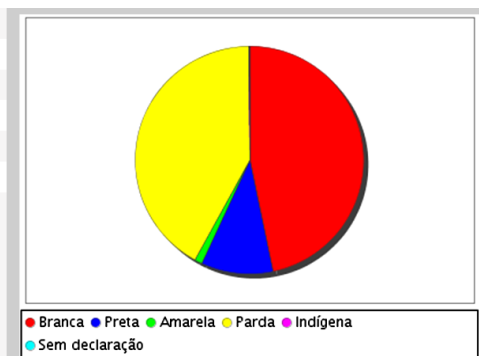
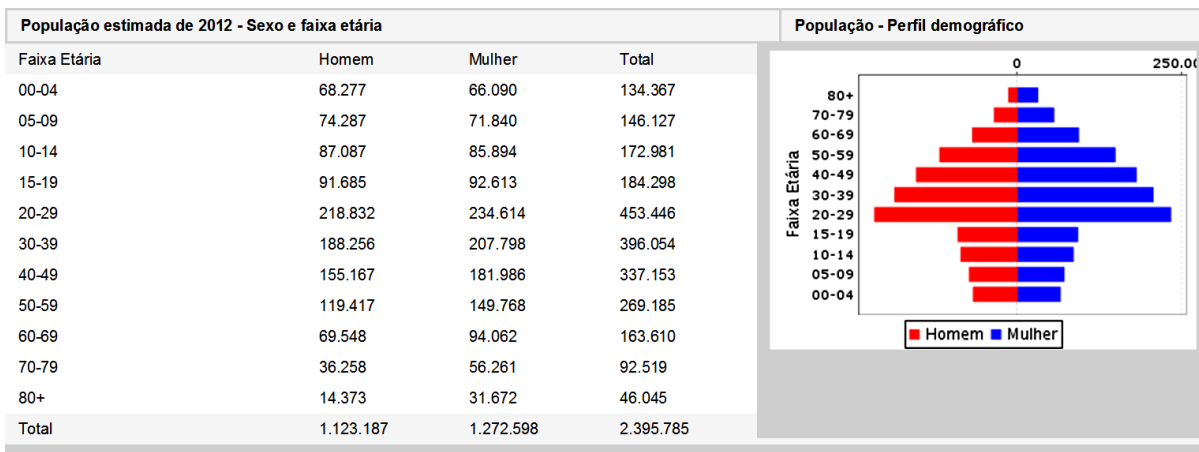


Tabela e Gráfico B: População da Belo Horizonte, segundo sexo e faixa etária



De acordo com o censo de 2010, Belo Horizonte conta com uma população de 2.375.151 habitantes. Para 2016 a população estimada foi de 2.513.451, significando um aumento de 5,82%. A população de BH declara-se branca em 49,67% e parda em 39,59%.

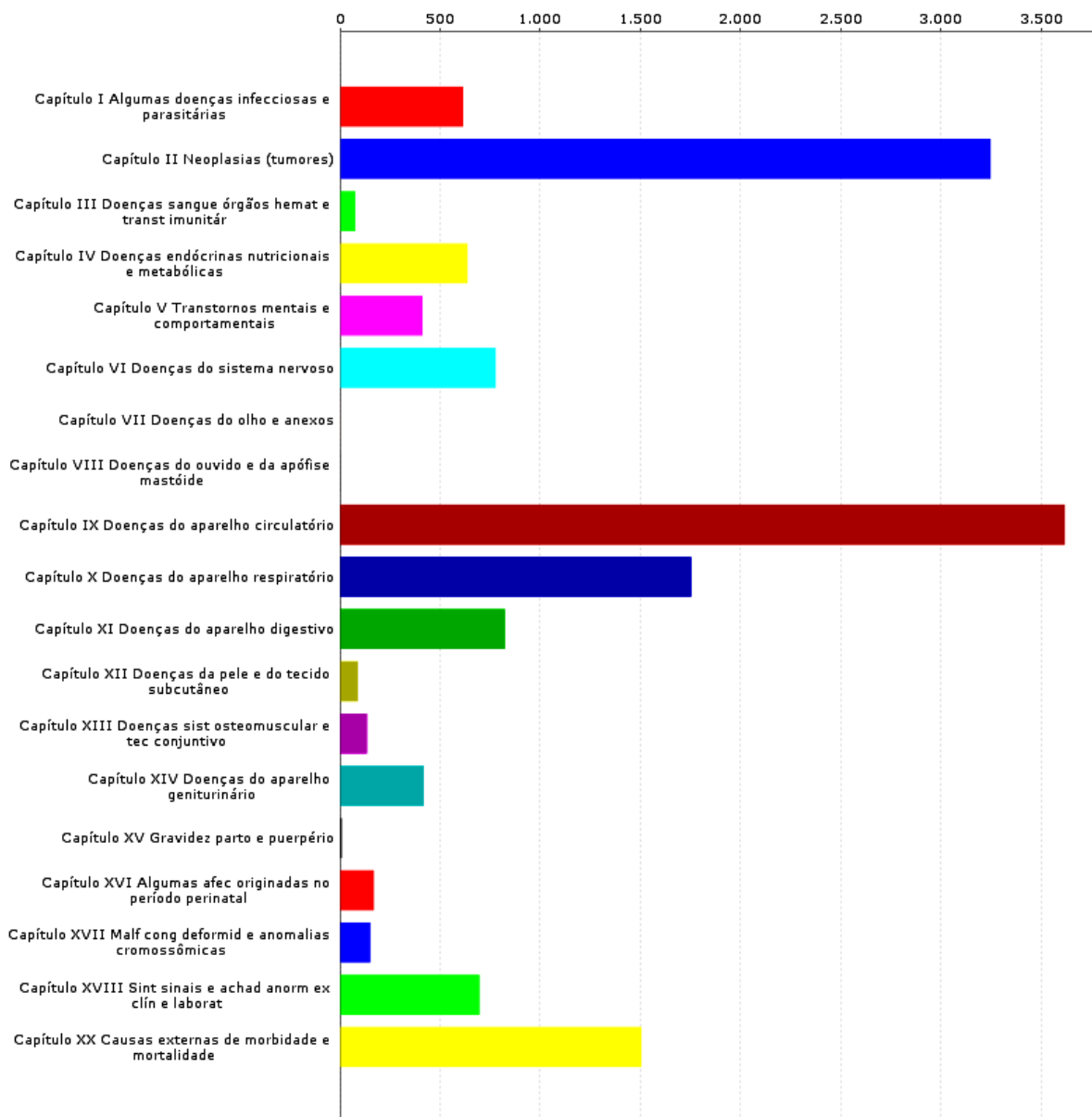
As mulheres são 53,12% da população. Nasceram mais homens que mulheres, mas a partir da faixa etária 15 a 19 anos a população feminina fica em maior número, chegando a ser 68,78% na faixa etária dos maiores de 80 anos.

A transição demográfica é evidente quando se observa a distribuição dos grupos etários na população.

Tabela C: Mortalidade por grupos de causa, faixa etária e residência em Belo Horizonte

Dados Epidemiológicos																	
Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2015 - Preliminar) - Última atualização: 21/02/2017 08:35:44																	
Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária																
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	Total			
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	3	2	1	2	18	50	72	93	96	112	159	0	615			
Capítulo II Neoplasias (tumores)	2	7	3	9	9	28	80	202	550	808	775	774	0	3.247			
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	1	0	1	1	2	2	4	10	16	22	17	0	78			
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	1	0	3	3	17	34	80	115	155	227	0	638			
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	10	12	21	28	40	33	43	225	0	412			
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	4	8	5	4	8	19	12	30	41	57	128	462	0	778			
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1			
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3			
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	2	0	1	1	6	21	69	161	385	648	868	1.455	0	3.617			
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	4	9	0	1	5	14	25	48	103	197	396	951	0	1.753			
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	6	3	1	1	1	0	31	79	146	158	176	222	0	824			
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	0	0	0	2	3	5	4	11	16	48	0	90			
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	2	6	5	8	8	19	32	56	0	136			
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	2	1	0	0	1	5	2	10	25	55	88	230	0	419			
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério					0	0	0	3	6	1	0	0	0	10			
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal				167	2	0	0	0	0	0	0	1	0	170			
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas				114	9	0	4	6	0	4	2	3	5	152			
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anom ex clín e laborat				3	2	0	0	10	21	33	80	115	128	697			
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade				8	5	6	17	164	354	261	192	176	94	1.505			
TOTAL				324	51	20	39	228	508	621	956	1.780	2.440	3.012	5.166	0	15.145

Gráfico C: Mortalidade por grupos de causa, faixa etária e residência em Belo Horizonte



Na tabela e gráfico acima, observa-se a mortalidade por grupo de causa e faixa etária, destacando-se as doenças do aparelho circulatório com 23,88% seguidas de perto pelas neoplasias com 21,44%. As doenças do aparelho respiratório (11,57%) e as causas externas (9,94%) também representam importantes causas de mortalidade na população belo-horizontina.

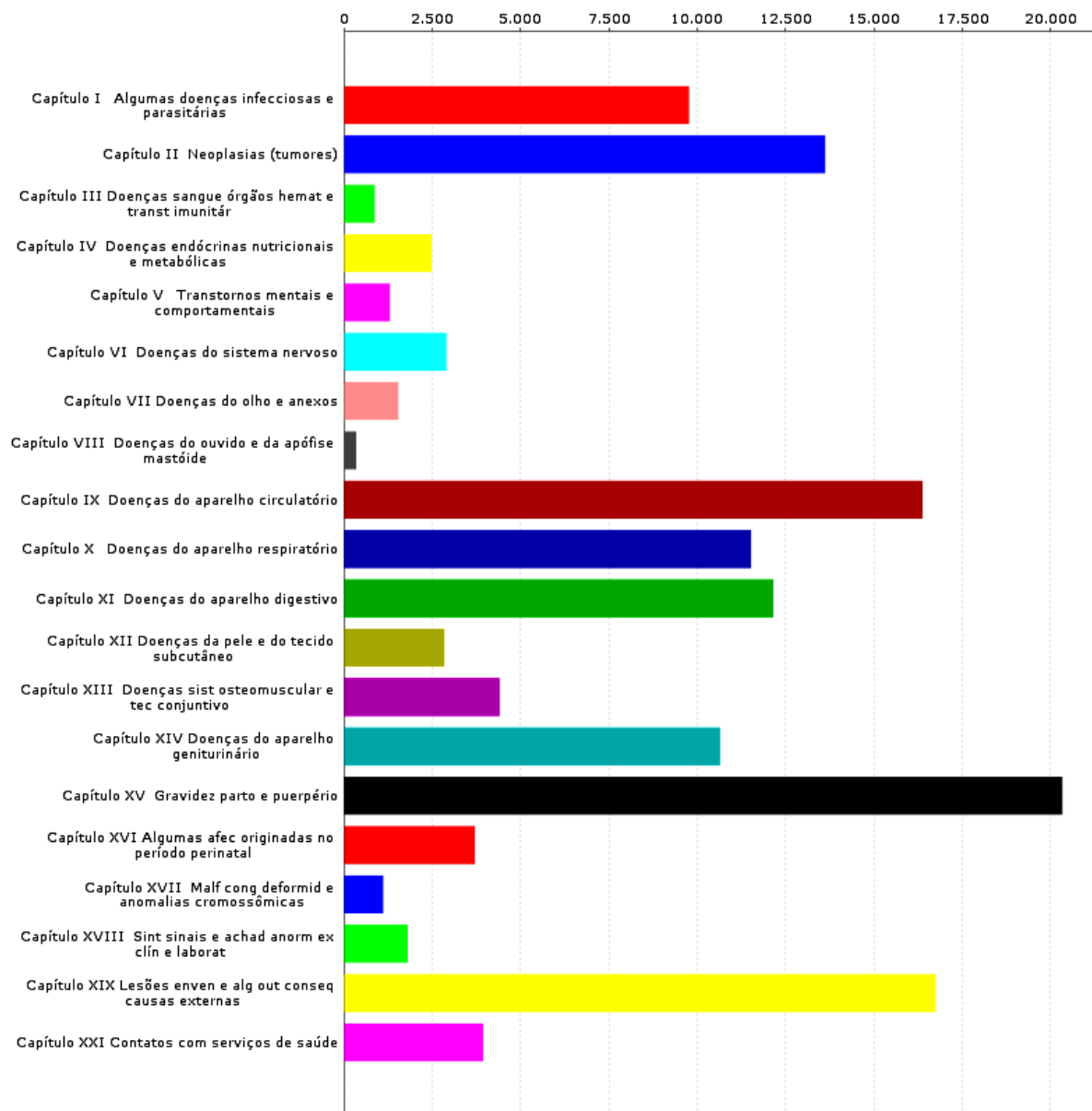
Deve ser destacada a redução da taxa de mortalidade infantil, que era de 10,85 óbitos por mil nascidos vivos em 2010 passando para 9,3 em 2016 (dados preliminares).

A razão da mortalidade materna em Belo Horizonte vem apresentando uma tendência de queda, passando de 92,5 em 1998, para 28,5 em 2015. Ao realizar o cálculo preliminar da razão de mortalidade materna do ano de 2016, constatou-se uma razão de 37,9 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos de residentes em Belo Horizonte (número de mortes maternas= 12 e número de nascidos vivos= 31.605).

Tabela D: Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência, em Belo Horizonte

Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2016) - Última atualização: 21/02/2017 08:35:44														
Intimações por Capítulo CID-10	Faixa Etária												Total	
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais		
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	947	612	439	350	340	779	931	1.120	1.259	1.196	907	890	9.770	
Capítulo II Neoplasias (tumores)	18	203	153	139	191	379	913	1.989	2.962	3.510	2.187	977	13.621	
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	26	79	46	49	57	103	83	100	104	102	69	62	880	
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	54	68	61	68	52	128	254	327	525	457	295	201	2.490	
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	1	1	3	19	104	197	295	330	214	73	27	47	1.311	
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	116	179	141	90	106	221	349	385	498	409	264	148	2.906	
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	11	31	72	68	63	147	132	153	218	313	229	113	1.550	
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	19	48	34	26	10	27	53	59	43	26	9	1	355	
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	48	64	55	50	83	411	1.178	2.198	3.549	3.944	2.972	1.821	16.373	
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	1.581	2.125	1.051	303	214	457	513	596	932	1.188	1.210	1.355	11.525	
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	233	284	311	231	324	1.232	1.704	1.882	2.266	2.023	1.095	568	12.153	
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	43	164	124	67	127	371	355	358	464	383	238	156	2.850	
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9	43	81	92	156	452	569	722	973	812	413	86	4.408	
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	238	206	120	155	378	1.048	1.499	1.627	1.731	1.679	1.141	824	10.646	
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério		2	0	0	124	3.325	10.410	5.739	720	9	0	1	0	20.330
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal		3.641	4	0	0	11	27	17	1	4	0	2	2	3.709
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas		294	223	129	97	69	110	73	46	36	26	12	4	1.119
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anom ex clín e laborat		85	49	56	55	71	129	194	274	274	285	205	133	1.810
Capítulo XIX Lesões enven e alg out conseq causas externas		82	257	308	445	1.156	3.014	2.979	2.346	2.337	1.685	1.133	1.003	16.745
Capítulo XXI Contatos com serviços de saúde		196	18	37	60	97	908	1.128	533	408	321	205	30	3.941
TOTAL		7.644	4.658	3.221	2.488	6.934	20.550	18.958	15.766	18.806	18.432	12.614	8.421	138.492

Gráfico D: Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência, em Belo Horizonte



Na tabela e gráfico referentes a morbilidade hospitalar, as internações motivadas por gravidez, parto e puerpério historicamente representam o principal motivo de internação (14,68%) entre a população de BH. A segunda causa de internação hospitalar foi lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, com 12,09%, sendo a faixa etária de 20 a 29 anos a mais afetada.

1.3 Rede Física

Tabela E: Tipo de estabelecimento por tipo de gestão em Belo Horizonte, 2016

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	10	8	2	0
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTAÇÃO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	1	1	0	0
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	3	2	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	4	1	2	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	13	13	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	161	150	9	2
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	71	71	0	0
CONSULTORIO ISOLADO	1	1	0	0
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	11	11	0	0
FARMACIA	1	0	1	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	12	12	0	0
HOSPITAL GERAL	19	19	0	0
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	1	1	0	0
POLICLINICA	6	6	0	0
POLO ACADEMIA DA SAUDE	75	75	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	9	9	0	0
TELESSAUDE	2	1	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	82	81	1	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	3	3	0	0
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	34	34	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	11	1	10	0
Total	531	501	27	3

Gráfico E: Percentual do Tipo de estabelecimento por tipo de gestão em Belo Horizonte, 2016

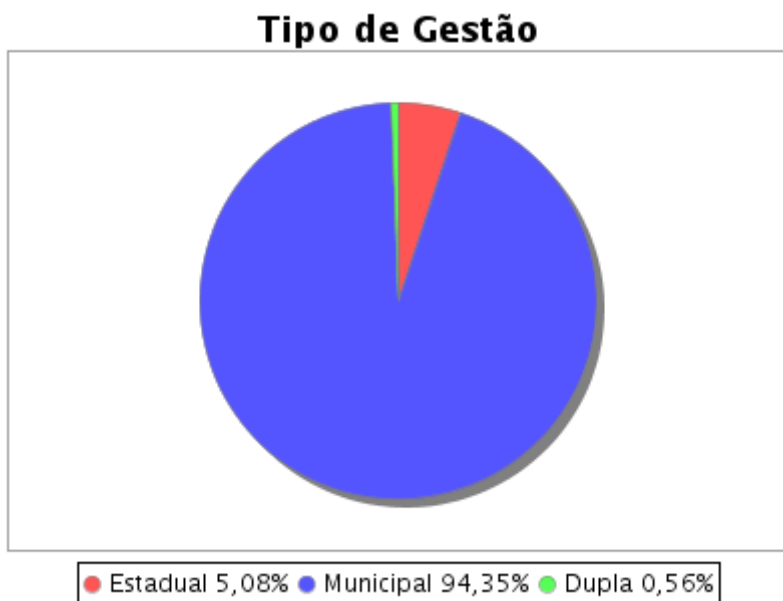
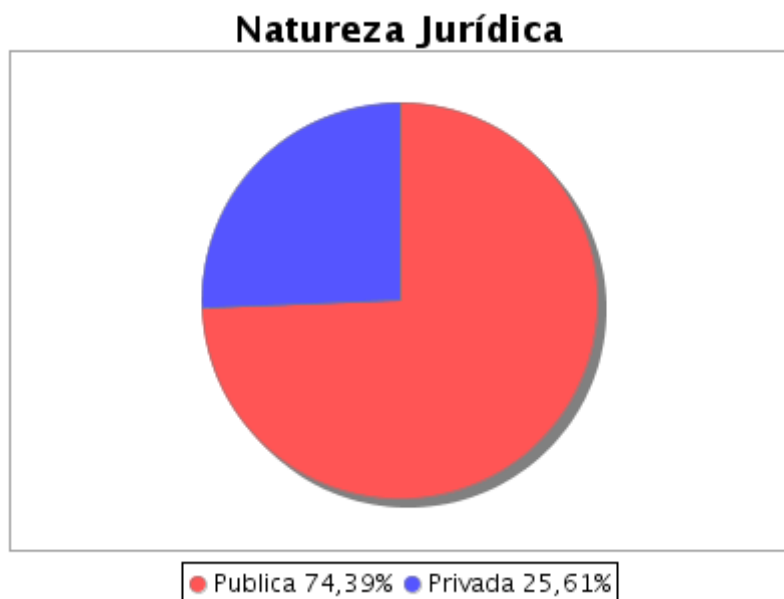


Tabela F: Tipo de Estabelecimento por natureza jurídica, em Belo Horizonte, 2016

Natureza Jurídica	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
FEDERAL	10	10	0	0
ESTADUAL	42	12	27	3
MUNICIPAL	343	343	0	0
PRIVADA	136	136	0	0
Total	531	501	27	3

Gráfico F: Tipo de Estabelecimento por natureza jurídica, em Belo Horizonte, 2016



O SUS-BH conta hoje com uma consolidada rede de serviços de saúde, para atender a uma população estimada pelo IBGE para 2016 de 2.513.451 habitantes. Conta com 150 Unidades Básicas de Saúde (que realizaram 2.558.096 consultas médicas na APS), nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 09 centros de convivência, uma Unidade de Acolhimento Transitório, 19 Hospitais Gerais, 12 Hospitais especializados, 76 Academias da Cidade, 03 Unidades de Vigilância em Saúde, SAMU, 14 Centrais de Regulação (09 centrais distritais, 01 central de marcação de consulta, 01 central de internação, 01 central de alta complexidade, 01 central de reabilitação e 01 central de oftalmologia) e 34 unidades móveis de nível pré-hospitalar.

A cidade de Belo Horizonte, em 2016, contou com 588 equipes da ESF, 300 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 150 equipes de Saúde Mental (SM) e 59 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A cobertura média de equipes na ESF alcançou 86,67% da população da cidade.

No banco de dados municipal, existem duas (não três) unidades sob gestão dupla: o Hemominas e o Complexo Penitenciário Estevão Pinto.

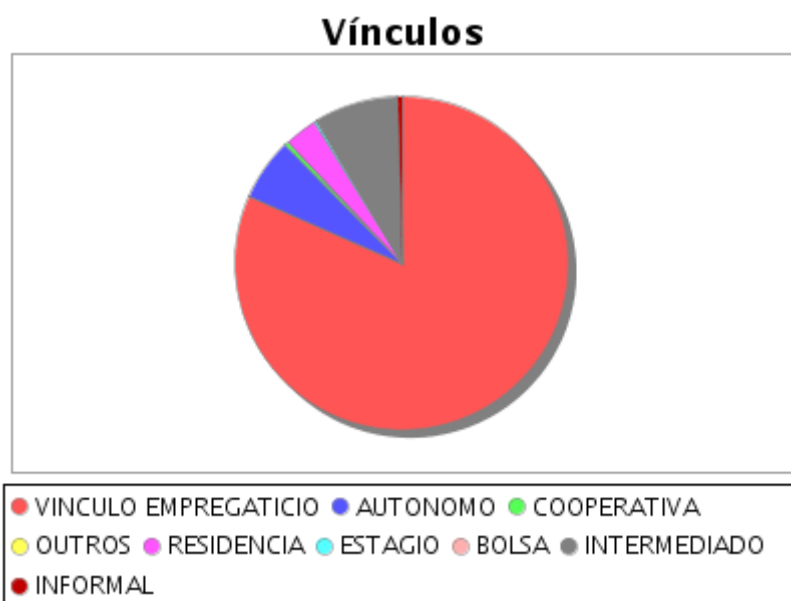
1.4 Profissionais do SUS

Tabela G: Profissionais SUS por vínculo empregatício em Belo Horizonte, 2016

PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)	
VINCULO EMPREGATICIO	
Tipo	Total
SEM TIPO	136
ESTATUTARIO	17.406
EMPREGO PUBLICO	6.237
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	5.643
CARGO COMISSIONADO	8
CELETISTA	13.139
TOTAL	42.569
AUTONOMO	
Tipo	Total
SEM TIPO	2
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	3
PESSOA JURIDICA	228
PESSOA FISICA	2.469
COOPERADO	424
TOTAL	3.126
COOPERATIVA	
Tipo	Total
SEM TIPO	215
TOTAL	215
OUTROS	
Tipo	Total
PROPRIETARIO	1
TOTAL	1
RESIDENCIA	
Tipo	Total
RESIDENTE	1.640
TOTAL	1.640
ESTAGIO	
Tipo	Total
ESTAGIARIO	146
TOTAL	146
BOLSA	
Tipo	Total
BOLSISTA	53
TOTAL	53
INTERMEDIADO	
Tipo	Total
EMPREGADO PUBLICO CELETISTA	71
CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO/TEMPO DETERMINADO	5
CELETISTA	236

AUTONOMO	33
COOPERADO	3.876
TOTAL	4.221
INFORMAL	
Tipo	Total
CONTRATADO VERBALMENTE (são os preceptores)	193
VOLUNTARIADO	7
TOTAL	200

Gráfico G: Profissionais SUS por vínculo empregatício em BH, 2016



No banco de dados da SMSA- BH, consta um total de 17.799 profissionais atuando na secretaria, sendo 8.349 efetivos, 18 de recrutamento amplo, 3971 celetista, 618 municipalizados ou cedidos, 468 estagiários e 1.165 terceirizados exercendo unções administrativas.

Das 8.686 vagas garantidas em lei, 3.266 são para médicos, estando 1.627 ocupadas.

São 2.306 Agentes Comunitários de Saúde, 1.274 ACEI e 151 ACE II.

A SMSA – BH tem buscado suprir a necessidade de pessoal, com a realização de um concurso público em 2015 referente ao Edital 07/2014 – Saúde que foi homologado em 15/06/2016, quando foi oferecido um total de 730 vagas, sendo 621 de ampla concorrência e 69 destinadas a pessoas com deficiência.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é pautada na elaboração e no acompanhamento das políticas de saúde, tendo como ações: planejar, normatizar, implantar, coordenar, monitorar, avaliar e qualificar intervenções e ações de cuidado à saúde.

Diante desse propósito e visando a integração da rede e a qualificação das atividades assistenciais, diferentes ações foram realizadas, com destaque para a estratégia Gestão do Cuidado no Território (GCT) e a ampliação da participação nos Ciclos de Monitoramento Quadrimestral do Estado de Saúde da População de Belo Horizonte. No Monitoramento Quadrimestral, a Gerência de Assistência e a Gerência de Vigilância em Saúde e Informação (GVSI) executam e analisam os dados, junto com os distritos com a coordenação da Gerência de Planejamento.

A estratégia da Gestão do Cuidado no Território é o macroprojeto principal e consolidado em 2016. Seu objetivo é apoiar os Distritos Sanitários e os Centros de Saúde no planejamento e desenvolvimento de ações de cuidado em saúde, por meio da avaliação dos processos de trabalho nos centros de saúde. Essa estratégia considera a necessidade de cada território e sua população, aproxima a rede de atenção primária com os distritos sanitários e amplia a integração entre as diferentes áreas técnicas.

Assim, a estratégia do cuidado no território é a metodologia de ação que busca a efetiva mudança no contexto assistencial da rede SUS-BH, o que refletirá na qualificação do cuidado para o usuário, na maior satisfação dos usuários e trabalhadores, e na melhora nos indicadores de saúde, especialmente aqueles escolhidos no monitoramento quadrimestral do estado de saúde da população.

A sequência das ações descritas neste capítulo segue a mesma estrutura organizacional do Plano Municipal de Saúde (2014 a 2017), e respeita as 4 diretrizes que compõem o eixo da Atenção Primária à 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;

- 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.

Em Belo Horizonte, a Atenção Primária à Saúde (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. Os CS são estruturas complexas que oferecem diversos serviços para a população, e funcionam como uma das principais portas de entrada dos usuários para outros pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). 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 o planejamento das ações. A partir dessas informações, um conjunto de estratégias é utilizado pela gestão na busca da integralidade e coordenação do cuidado ao usuário.

A cidade de Belo Horizonte, em 2016, contou com 150 centros de saúde, com 588 equipes da ESF, 300 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 150 equipes de Saúde Mental (SM), 59 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 76 academias da cidade. Com isso, a cobertura média de equipes na ESF alcançou 86,67% da população.

A Gerência de Assistência possui grande amplitude assistencial e desenvolve ações complexas e diversificadas. Neste contexto, a divulgação das informações em forma de cartazes, cartilhas, guias, protocolos e folders constitui ação importante para socializar e favorecer a adoção de medidas adequadas e de controle de agravos em saúde. Em 2016, foram feitas novas publicações de material gráfico relacionadas às temáticas da APS. A Figura 1 ilustra os informativos publicados em 2016 pela APS do SUSBH.

Figura 1: Informativos da APS publicados na rede SUS BH no ano de 2016



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 2016, conforme descritas na sequência.

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

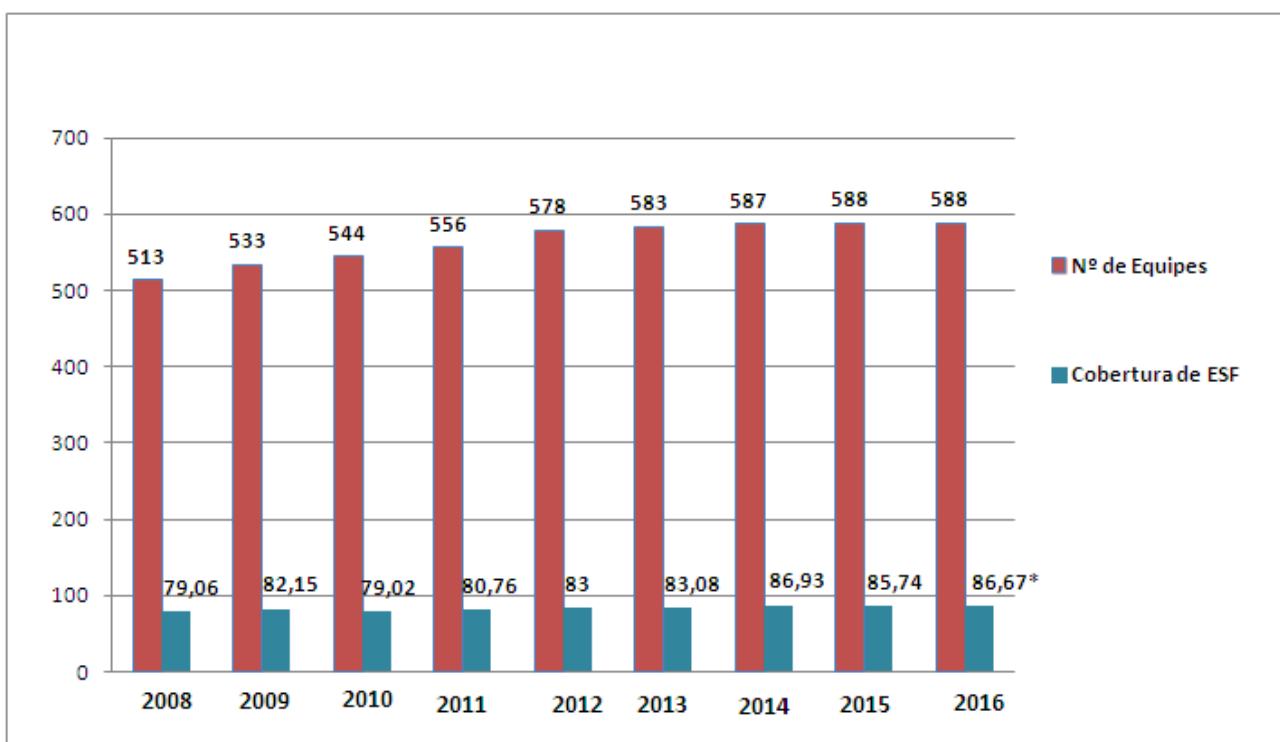
Na ampliação das estruturas para melhor acesso e atendimento da população, em junho de 2016, houve a inauguração do CS Padre Tiago recebendo duas equipes do CS São José e uma do CS Ouro Preto. Em setembro de 2016 o CS Camargos teve as suas atividades assistenciais iniciadas com duas equipes do CS Santa Maria, proporcionando melhor redistribuição das equipes e, conseqüentemente, melhor acesso e atendimento à população.

A redistribuição e reestruturação das equipes na ESF, refletiu na cobertura populacional passando de 79,06% em 2008, para 86,67% em 2016 (janeiro a outubro).

Dentro da perspectiva da ampliação das estruturas, há previsão de construção e reconstrução de novos centros de saúde, por meio da Parceria Público Privada (PPP), o que poderá favorecer o redimensionamento e incremento de novas equipes.

O Gráfico 1 apresenta a evolução e cobertura do número de equipes da ESF, no período de 2008 a 2016.

Gráfico 1: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura da ESF no período de 2008 a 2016, em Belo Horizonte

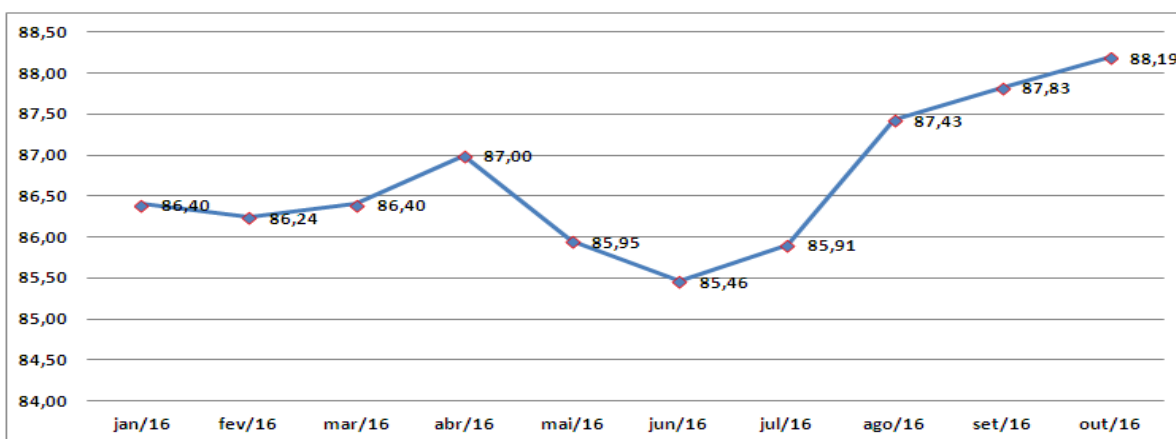


Fonte: PBH/SMSA/GEAS/Assessoria/ *outubro 2016

Em 2014, ocorreram mudanças na forma de calcular o indicador de cobertura da ESF, conforme Portaria do Ministério da Saúde 2488/11. Isto resultou em problemas nos registros de algumas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2015, houve melhoria no saneamento dos problemas relativos aos cadastros, cujos reflexos podem ser vistos na média de cobertura da ESF, de janeiro a outubro de 2016, que foi de 86,67%.

O Gráfico 2 ilustra as oscilações de cobertura da ESF ao longo de 2016, devido a rotatividade de profissionais nas equipes. De acordo com o Ministério da Saúde, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) que permanecerem incompletas por mais de 59 dias serão desativadas.

Gráfico 2: Média mensal da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte no período de janeiro a outubro de 2016



Fonte: PBH/SMSA/GEAS – outubro 2016

A manutenção da estabilidade dos profissionais médicos nas EqSF representou uma grande conquista em 2016. A adesão e renovação do município ao “Programa Mais Médicos” colaborou para este resultado.

O programa “Posso Ajudar? Amigos da Saúde” foi encerrado em abril de 2016 devido às medidas de contenção de despesas da Prefeitura de Belo Horizonte. Este programa foi implantado na rede SUS-BH, com o propósito de qualificar o contato dos usuários com os serviços de saúde. Os estagiários, acadêmicos de cursos superiores da área da saúde e serviço social, realizaram uma abordagem humanizada na porta de entrada nas unidades de saúde, de forma acolhedora, esclarecedora e com direcionalidade, conforme as demandas dos usuários. Os acadêmicos desempenharam, também, atividades educativas de prevenção aos agravos e promoção à saúde nas salas de espera das unidades. Os materiais utilizados nesse tipo de atividade foram folders, cartazes e álbuns seriados disponibilizados pela rede SUS-BH. Outras atividades e materiais criativos foram desenvolvidos pelos estagiários nos vários territórios. Dentre os temas abordados tiveram destaque: Dengue, Chikungunya e Zika com abordagem acerca de prevenção, alertas relacionados e as principais sintomatologias destas doenças. A qualificação da escuta aos usuários, a humanização do atendimento, o maior acesso a

informações em tempo oportuno, a prevenção de conflitos e o encaminhamento ágil das demandas foram resultados da importante contribuição do programa “Posso Ajudar?”.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem parte da equipe da ESF e seu trabalho é de grande relevância na ampliação do acesso da população à atenção primária. Além disso, a prática do ACS no território é indutora de cidadania e seu papel é ampliado em direção a um novo olhar em busca dos direitos de equidade e novas interfaces entre a comunidade e o serviço de saúde.

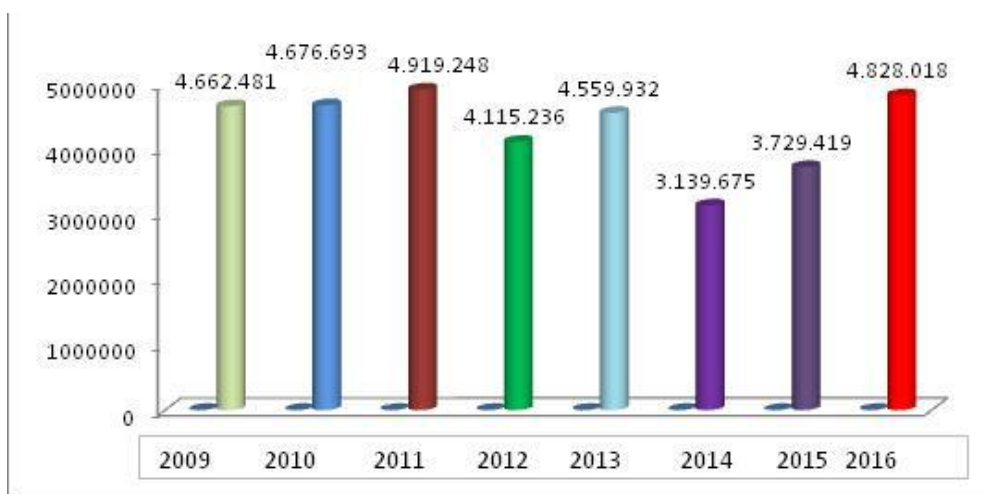
O ACS representa “o olhar vigilante da Equipe de Saúde da Família” na área de abrangência de cada Centro de Saúde. Por meio da visita domiciliar é feita uma observação sistematizada da dinâmica familiar e da comunidade. De acordo com as diretrizes institucionais, o ACS tem como atribuição o exercício de atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças, agravos e de vigilância à saúde. As ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade potencializam o cuidado no território.

Os ACS utilizam instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua base geográfica (micro área). Estes instrumentos são: atualização ou registro de novos cadastros de todas as pessoas de sua microárea e o registro e acompanhamento das famílias que incluem informações sobre nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde voltados para planejamento das ações. Ao término da visita domiciliar o ACS insere os dados do acompanhamento no sistema de informação do Ministério da Saúde (e-SUS) e as informações do cadastro no Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE).

Em 2016, o município vivenciou uma epidemia de Dengue e Zika, com vários óbitos (por dengue) e casos de microcefalia em recém-nascidos, associados à infecção pelo vírus zika. Considerando que a única forma efetiva de reduzir o risco de transmissão é diminuir a infestação pelo *Aedes aegypti*, várias medidas foram recomendadas, sendo a atuação do ACS de extrema importância para o sucesso das ações.

Neste ano, houve mudança na forma de registro das visitas domiciliares do ACS no e-SUS, saindo da lógica de registro de famílias para a lógica de pessoas visitadas. As informações colhidas no domicílio são levadas para os enfermeiros que são responsáveis pela supervisão dos ACS, cabendo aos mesmos o destaque dos casos mais críticos para discussão ampliada junto à equipe e definição das necessidades das visitas domiciliares pela equipe multiprofissional. O Gráfico 3 mostra o total de visitas domiciliares realizadas pela equipe multiprofissional da APS.

Gráfico 3: Evolução do número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da atenção primária no período de 2009 a 2016, em Belo Horizonte



Fonte: Dados até 2015: Intranet/ Saúde /Bancos de Dados do Tabnet/Fênix / Relatórios de produção dos CS. Dados de 2016: * Visitas domiciliares *e-SUS ; Intranet /Saúde /Extrator de Relatórios do SISREDE

Diante do importante papel do ACS na APS, em 2014 foi publicado Edital do Processo Seletivo Público para seleção de novos profissionais, com homologação em 27 de janeiro de 2016 (DOM, Ano XXII, Edição N. 4976).

A capacitação para os ACS no curso “Caminhos do Cuidado”, iniciado em 2015, foi concluído no primeiro semestre de 2016. Este curso reuniu um conjunto de estratégias e conhecimentos em saúde mental, álcool e outras drogas, possibilitando ampliação do conhecimento com objetivo de acolher e cuidar do usuário de forma integral.

No segundo semestre de 2016 foi planejado o “Curso de Qualificação do ACS” com carga horária superior a 40 horas. Este curso tem como foco a qualificação do ACS, com unidades temáticas de conhecimentos que aborda tanto questões de nivelamento de condutas quanto novos conhecimentos para atuar na APS, com previsão de início no primeiro trimestre de 2017.

A APS de Belo Horizonte tem atraído um grande número de pesquisadores das diversas universidades de todo o Brasil que almejam estudar a Rede SUS-BH e a estruturação dos diversos níveis de atenção desta rede. Desde o final de 2015 houve reformulação e reorganização do processo de avaliação de projetos de pesquisa pela SMSA, sendo o Centro de Educação em Saúde (CES) o coordenador deste

processo. A GEAS tem a função de avaliar cada projeto que tem como escopo a APS, verificando sua relevância e pertinência à luz das diretrizes da rede SUS-BH.

Em 2016 a GEAS recebeu 93 projetos para avaliação. Cerca de 20% tinha como área temática a saúde mental, seguida de temas relacionados à saúde do adulto/idoso (16%) e NASF (13%). Temas relacionados às outras áreas, tais como, saúde da criança, DST-HIV, saúde da mulher, foram responsáveis por uma média entre 5% a 7% cada um. A grande maioria dos pareceres (95%) da GEAS foi favorável à execução dos projetos de pesquisa. Apenas 5% dos pareceres foram desfavoráveis. Neste caso, houve sugestão de adequações.

O aprimoramento dos sistemas de informação foi outro importante avanço da APS em 2016. A SMSA-BH consolidou a implantação do e-SUS atenção básica (e-SUS AB), com ajustes adicionais no Sistema de Informações Saúde em Rede (SISREDE) visando a adequada exportação de dados e a criação do módulo de atividades coletivas no SISREDEWEB. Este módulo permite a utilização do sistema para o registro de atividades em grupo, com foco principal nas atividades voltadas para promoção da saúde como aquelas realizadas pela Academia da Cidade, pelo NASF e pela própria equipe de saúde da família.

Ao longo de 2016, a GEAS colaborou ativamente com a Gerência de Tecnologia em Informação em Saúde (GTIS) na implantação do e-SUS AB, em Belo Horizonte, apoiando as adequações necessárias no processo de trabalho do Consultório de Rua, do Programa de Saúde na Escola (PSE) e da equipe de saúde que atende a População Privada de Liberdade (PPL).

2.1.2 Qualificação e Integração dos Processos de Trabalho nos Centros de Saúde

As ações de qualificação dos processos de trabalho nos Centros de Saúde são contínuas e diversificadas. Fazem parte desse conjunto de atividades: a elaboração e revisão de diretrizes, protocolos e notas técnicas relacionadas à assistência; o apoio na coordenação, implantação e melhorias dos processos de trabalho no nível distrital e local; bem como as ações de educação permanente dos profissionais. Com esse objetivo, a GEAS também atua realizando interfaces com diversas gerências da SMSA-BH e outros setores do município, além de reforçar parcerias com os demais pontos de atenção da rede SUS-BH, contribuindo para oferta de cuidado efetivo, continuado e integral. Em busca de uma APS resolutiva a GEAS fomenta continuamente a qualificação do cuidado,

aprimoramento da gestão e organização dos processos de trabalho, a partir da cogestão e do apoio institucional às equipes distritais e locais.

Em parceria com os níveis distrital, local e outras gerências da SMSA foram concluídos os seguintes documentos: Manual de Enfermagem da Atenção Primária de Belo Horizonte, estratégia Gestão do Cuidado no Território - Sumário Executivo, Protocolo do Pré-Natal e Puerpério, Guia Metodológico da Obesidade: estratégias para abordagem coletiva e individual, Síntese Operativa da Obesidade, Hanseníase - Manual de Orientação para Agentes Comunitários de Saúde.

Com o propósito de apoiar a gestão distrital, que por sua vez realiza o apoio à gestão local, iniciou-se, em 2015, a estratégia Gestão do Cuidado no Território (GCT). Essa iniciativa tem apoiado, por meio de diferentes ferramentas, a identificação de desafios prioritários na organização de processos de trabalho, assim como os principais problemas de saúde do território, para o planejamento e realização de ciclos de melhoria.

A metodologia é baseada no apoio e gestão compartilhada com enfoque na organização dos macroprocessos da atenção primária. Essa abordagem está alinhada aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Busca a integração e protagonismo da equipe, como preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com foco nos problemas prioritários da comunidade de determinado território, com destaque para a equidade nas ações desenvolvidas.

Preconiza-se, como a metodologia central os ciclos de melhoria, baseados no ciclo do PDSA (“*plan-do-study-act*”). Junto aos trabalhadores, são analisadas as causas dos desafios priorizados, mapeamento de indicadores que aprofundam informações da realidade e análise dos processos de trabalho relacionados aos problemas elencados. Neste trabalho, a equipe utiliza ferramentas de diagnóstico situacional em saúde (análises da equipe de gestão distrital, indicadores locais, ouvidorias, auditorias clínicas e rodas de conversa com os profissionais do Centro de Saúde) e de planejamento (análise causa-efeito dos problemas - diagrama de Ishikawa, fluxogramas analisadores, priorização, análise de indicadores de base e planilhas de plano de ação com modelo 5W2H).

Como importante instrumento desenvolvido pela GCT, em 2016, foi construído o Painel da APS, que se encontra no Sumário Executivo, para dar visibilidade tanto para os processos de trabalho, quanto para a magnitude de determinados problemas de saúde na população acompanhada em cada Centro de Saúde. O objetivo do Painel é subsidiar discussões e traçar propostas para a qualificação do cuidado

na Atenção Primária, seja com ações mais ampliadas, seja com ações mais direcionadas ou temáticas. O Painel é um conjunto de planilhas, organizadas em dez blocos temáticos por Distrito e Centros de Saúde, com indicadores propostos pelos seguintes instrumentos: Monitoramento Quadrimestral do Estado de Saúde da População de Belo Horizonte (MQ-BH); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Projeto Família Cidadã.

Após execução das primeiras ações planejadas na estratégia da “Gestão do Cuidado do Território”, foram propostos o monitoramento e a reavaliação para ajustes necessários para conseguir avançar nos incrementos de qualidade. As atividades têm envolvido também ações de auxílio na mediação de conflitos e na articulação de soluções, quando necessário. Essa atividade tem sido compreendida como uma ampliação da Estratégia Gestão Clínica, já conhecida pela rede, desde 2009.

Foi publicado um documento denominado Sumário Executivo “Gestão do Cuidado no Território”.

(http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&). O objetivo do documento é detalhar princípios, metodologia de trabalho e algumas ferramentas para a realização desse apoio à qualificação das ações organizacionais. Foi também produzido um vídeo institucional divulgando a proposta e reunindo depoimentos das atividades desenvolvidas naquele momento.

(https://drive.google.com/file/d/0Bw-d_33T62S6LVJ5NW5EVU1vcTQ/view).

Também, neste ano, a partir da demanda e temáticas sugeridas por referências técnicas distritais, foi realizado o Curso “Qualificação para Gestão do Cuidado no Território”. Composto de nove encontros totalizando 36 horas, o curso foi destinado à capacitação das equipes de gestão distrital que atuam ou pretendem iniciar o apoio à gestão local dos centros de saúde. Nesta atividade foram abordados princípios da GCT e estratégias para qualificar a APS de Belo Horizonte. O curso foi desenvolvido pelas referências técnicas da GEAS, em duas turmas (manhã e tarde) e teve mais de 80 participantes. Este curso foi reproduzido em dois distritos (Noroeste e Centro-Sul), com adequações e protagonismo das equipes distritais. Na regional Centro-Sul, a atividade contou com 50 participantes e agregou gerentes, gerentes adjuntos e referências técnicas das diferentes gerências distritais (GEREPI, GERGETR e GERASA). Outros distritos, como Oeste e Barreiro, fizeram repasse informal do conteúdo para os demais profissionais que realizam a função de apoio, durante as reuniões de rotina da equipe.

Ao longo do ano, foram realizadas reuniões de apoio à gestão em todos os distritos e em alguns centros de saúde com a participação da equipe do nível central (GEAS e demais colaboradores), totalizando 118 encontros.

Neste processo, dezenove centros de saúde estão sendo acompanhados por meio de encontros locais, por uma equipe mista de profissionais de nível distrital e de nível central. Outros centros de saúde recebem apoio local pela equipe distrital e discute esse acompanhamento em reuniões junto à equipe de nível central.

O mapa da Figura 2 ilustra os centros de saúde participantes da GCT.

Os Distritos Norte, Nordeste e Pampulha definiram o tema “Saúde Materna e Infantil” para um trabalho transversal, ou seja, com todos os centros de saúde. Cada distrito definiu uma estratégia diferente para abordagem da questão, adequando as propostas à sua realidade.

Figura 2: Centros de Saúde participantes da Gestão do Cuidado no Território no modelo ampliado, durante o ano 2016



Fonte: GEAS/SMSA-BH

O Distrito Nordeste realizou oficina de trabalho sobre o território com a participação dos gerentes das unidades, técnicos do distrito e da GEAS, refletindo sobre a atenção ao pré-natal e à criança. Retomou

as reuniões por microrregião, com este tema, aprofundando a discussão das dificuldades e de pontos para melhoria da atenção. Houve encontro distrital para o compartilhamento das boas experiências no cuidado à gestante, puérpera e criança, que ocorreram a partir das reflexões e discussões provocadas pela visão da Gestão do Cuidado no Território.

O Distrito Norte realizou um diagnóstico da atenção materna infantil nos centros de saúde por meio de questionário respondido pelas unidades, análise dos indicadores assistenciais e dos dados dos sistemas de informação. Este material foi apresentado e discutido nas reuniões dos polos regionais com a participação de gerentes, alguns trabalhadores dos centros de saúde, do Distrito e da GEAS. Estão sendo realizadas oficinas nos Centros de Saúde para reflexão e planejamento de propostas de intervenção com o objetivo de melhora dos processos e da atenção. Paralelamente, está em andamento o curso de pré-natal, baseado em evidências, para todos os médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, em parceria com o Hospital Sofia Feldman objetivando a integração com a maternidade de referência e a atualização da abordagem clínica da gestante de risco habitual. Encontra-se em discussão o modelo de assistência proposto pela Rede Cegonha e o papel das diferentes categorias profissionais na assistência à mulher, no ciclo gravídico puerperal.

O Distrito Pampulha realizou oficinas de trabalho com a participação de profissionais de todas as equipes de saúde da família. Foram apresentados os indicadores e os resultados da atenção ao pré-natal e puericultura e discutidas as dificuldades para garantir o acesso e a qualidade da atenção. Os próximos passos serão a análise dos principais problemas, o planejamento e implantação de ações para superar as dificuldades identificadas em cada Centro de Saúde.

Por meio dessas ações contínuas, pretende-se incentivar e fortalecer a aproximação da gestão de nível central e distrital, de forma rotineira e sustentada, e, conseqüentemente, ampliação do apoio à gestão local desenvolvendo práticas assistenciais melhor dimensionadas, baseadas em evidências científicas, diretrizes institucionais e no conhecimento do território e das populações.

Além dessa estratégia, outras ações previstas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual de Saúde (PAS) 2016 foram realizadas para melhor atendimento dos usuários. Algumas delas serão descritas nos próximos itens.

2.1.2.1 Atenção às Condições Crônicas

Neste item, serão apontadas algumas ações realizadas para organizar e qualificar a atenção aos usuários que apresentam condições crônicas. Serão abordadas as temáticas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, Diabetes Mellitus, doença renal crônica, o cuidado com feridas, o controle da tuberculose e hanseníase.

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) pelos profissionais das equipes NASF e por ações coletivas nos centros de saúde e nas academias da cidade.

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 a pressão arterial elevada, o tabagismo, altos níveis de glicose sanguínea, inatividade física, sobrepeso e obesidade.

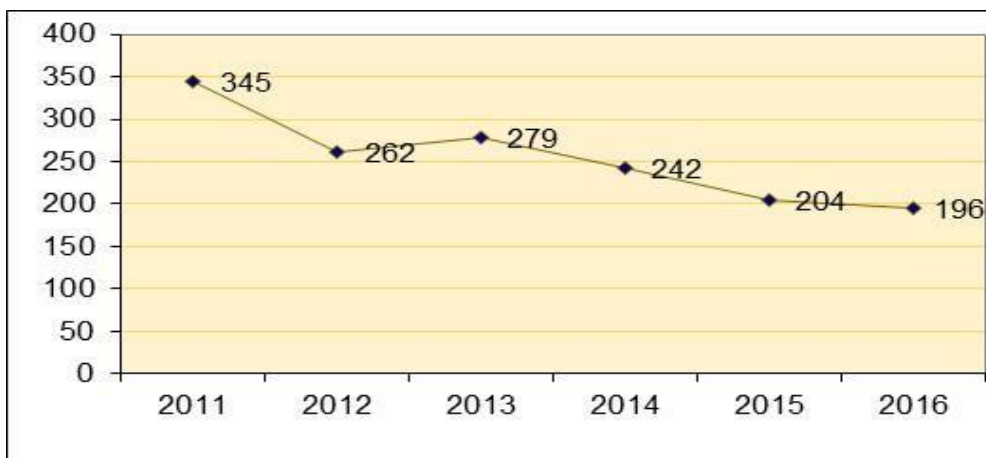
Nas consultas e para além delas, os usuários são estimulados pelos profissionais da equipe da Saúde da Família, do NASF, Lian Gong e academias da Cidade para as práticas saudáveis, tais como, alimentação saudável e exercícios físicos.

Conforme relatado, a estratégia Gestão do Cuidado no Território tem sido o método prioritário para a aproximação das referências técnicas junto aos Centros de Saúde para qualificar a organização dos processos de cuidado na APS. As ações da Gestão Clínica foram incorporadas a esta estratégia visando fortalecer também o cuidado aos portadores de condições crônicas.

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 pressão arterial (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.

Apesar da alta prevalência e da dificuldade de controle, em Belo Horizonte tem sido possível reduzir o número de internações devido à HAS, como apresentado no Gráfico 4. Os dados de 2016 são parciais, referentes a internações até o mês de outubro.

Gráfico 4: Total de internações de residentes de Belo Horizonte por Hipertensão Arterial Sistêmica no período de 2011 a 2016*



Fonte: DATASUS

Outra doença crônica de alta prevalência é o diabetes. 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. A busca pela qualidade do atendimento das pessoas que vivem com essa doença foi uma das ênfases nos trabalhos realizados em 2016.

No dia 11 de novembro de 2016, Dia Mundial de Controle do Diabetes, houve um grande evento de sensibilização da população na Rodoviária de Belo Horizonte. Foram atendidas mais de 200 pessoas, com avaliação do risco de desenvolver o diabetes em 10 anos, medida da glicemia capilar, aferição da pressão arterial, orientações nutricionais e orientações voltadas para a saúde do homem. Para as pessoas sabidamente diabéticas, houve orientações sobre uso correto da insulina, avaliação dos pés, e exame do fundo de olho, com o devido encaminhamento para tratamento dos casos indicados. Foram realizados 54 exames de fundo de olho, sendo que 20 estavam alteradas e foram encaminhadas para acompanhamento na rede (11 retinopatias e 09 cataratas).

Uma das consequências mais graves da hipertensão e do diabetes, é a doença renal crônica. Profissionais da gestão da APS, juntamente com a Rede Complementar e Alta Complexidade estão revisando a linha de cuidado ao portador de doença renal crônica, visando avaliar, qualificar e integrar o cuidado às pessoas com doenças crônicas. Outro avanço alcançado, em 2016, foi a adequação dos resultados de exames laboratoriais do SUS-BH à literatura mundial, sendo expressos de acordo com a

fórmula CKD-EPI, favorecendo a identificação precoce da perda de função renal assim como foi realizada essa atualização no prontuário eletrônico do SISREDE.

Também em 2016, os coordenadores distritais da Gestão Clínica mantiveram seus trabalhos com o enfoque temático em diabetes mellitus. Durante o primeiro semestre do ano, foi realizado acompanhamento de 23 centros de saúde participantes do Alinhamento Municipal da Gestão Clínica para Condições Crônicas – Diabetes Mellitus (DM) 3º ciclo, que havia sido iniciado no segundo semestre de 2015, com cinco encontros presenciais.

O acompanhamento visou apoiar as ESF na implantação local das ferramentas da Gestão Clínica para a organização e qualificação do cuidado à população dos usuários portadores de DM. As principais ferramentas são:

- 1) A implantação de um Registro Clínico coletivo dos diabéticos, permitindo um conhecimento mais aprofundado das características clínicas e sociais deste grupo, servindo como base para a estratificação clínica e social de risco dos usuários que sirva no planejamento das diferentes ações a serem realizadas para as diferentes pessoas e subgrupos, levando em conta a singularidade de cada um;
- 2) A realização de uma Auditoria Clínica do cuidado a esta população, para avaliação do desempenho assistencial das ESF. Essas Auditorias foram realizadas pelos próprios profissionais das ESF e os resultados servem como ponto de partida para a reflexão sobre a qualidade do cuidado ofertado à população e para a identificação de lacunas no cuidado (problemas) que devam ser abordados com a elaboração de planos de ação específicos, utilizando a metodologia do PDSA (ciclo de melhoria “plan-do-study-act”);
- 3) A recordação do Protocolo Municipal para Diabetes Mellitus e da Síntese Operativa de DM, documentos que trazem as recomendações-chave, baseadas em evidências científicas, para o cuidado a esta população. As recomendações-chave são aquelas ações que não podem deixar de acontecer para os usuários com DM;
- 4) O fomento ao trabalho em equipe colaborativo e interdisciplinar, em parceria com os usuários, usando instrumentos de Gerenciamento de Condição Crônica, Gestão de Caso com a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, o Atendimento Compartilhado e as estratégias de apoio ao autocuidado pelos usuários.

Entende-se que o uso dessas ferramentas, inicialmente usadas para avaliação e qualificação do cuidado a uma condição específica, como diabetes, são incorporadas pelas equipes e potencializam

avaliação, reflexões e qualificação da prática clínica e do trabalho em equipe também em outras condições.

No tema obesidade, um dos principais fatores de risco para várias doenças crônicas, e condição de aumento crescente na população, traz grandes desafios para a rede de atenção à saúde do SUS, em especial para a Atenção Primária. 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, foi constituído um Grupo de Trabalho para desenvolver uma linha de cuidado às pessoas com obesidade, 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 e também com sobrepeso. Em 2016 foram publicados materiais elaborados pelo Grupo de Trabalho (GT) Obesidade, constituído por profissionais dos níveis local, distrital e central, denominados “Guia Metodológico Obesidade - Estratégias para a Abordagem Coletiva e Individual” e “Síntese Operativa Obesidade: Ações na Atenção Primária”. Estes materiais foram baseados essencialmente no Caderno de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade” do Ministério da Saúde. A síntese escrita são recomendações-chave que passam a ser metas para garantir a qualidade assistencial. Elas definem o essencial do plano de cuidado das pessoas com obesidade que deve ser construído em conjunto com o usuário, considerando suas opiniões e seu contexto. O Guia Metodológico é um documento orientador que instrumentaliza o trabalho dos profissionais da APS, envolvidos no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos, desenvolvimento da autonomia e autocuidado. 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. O texto foi elaborado com foco na abordagem coletiva, entretanto seu conteúdo e as estratégias apresentadas podem ser utilizados para abordagem individual. A abordagem da obesidade infantil e o envolvimento de outras secretarias neste processo têm conferido maiores possibilidades de enfrentamento ao problema do sobrepeso / obesidade.

Houve maior entrosamento com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em 2016 foi feito um estudo piloto 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.

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 e da integração das Coordenações do NASF e Academias da Cidade como uma coordenação única. Outra ação importante foi a constituição de um subgrupo sobre alimentação e nutrição no Grupo de Trabalho (GT) da promoção de saúde. A proposta é que este subgrupo inicie em 2017 a construção de um “Plano Municipal de Alimentação e Nutrição”, na perspectiva intersetorial, envolvendo além das diversas gerências da SMSA-BH, a participação de outros setores e secretarias municipais.

Em relação ao cuidado dos usuários com ferida, durante os últimos anos, a assistência prestada passou por diversos processos de melhorias. Um dos marcos deste processo foi a criação da Comissão de Curativos em 1998, institucionalizada através da Portaria Nº 0061/2014, composta por profissionais da ponta, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e nível central. Em 2002, foi publicado o Manual de Tratamento de Feridas e adotado o uso de coberturas especiais no tratamento. Em 2003, foi elaborado o “Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas”, que passou por atualização em 2006 e 2011. Atualmente, a assistência com o uso de coberturas especiais é disponibilizada em todos os centros de saúde, SAD, Ambulatório do Pé Diabético, entre outros. Existem aproximadamente 2000 pessoas cadastradas em tratamento de feridas, sendo 14.000 atendimentos por mês e 170.000 por ano.

A Tuberculose (TB) é também considerada uma condição crônica, sendo uma doença infectocontagiosa com profundas raízes sociais. O controle da doença exige interfaces de trabalho com vários setores internos da saúde: Gerência de Epidemiologia e Informação, Coordenação de Saúde Mental (Consultórios na Rua e CERSAM), Coordenação de Saúde Sexual e Reprodutiva, referência de População Privada de Liberdade, referência da População em Situação de Rua, Gestão do Cuidado no Território, 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 monitoramento das atividades realizadas pelos centros de saúde.

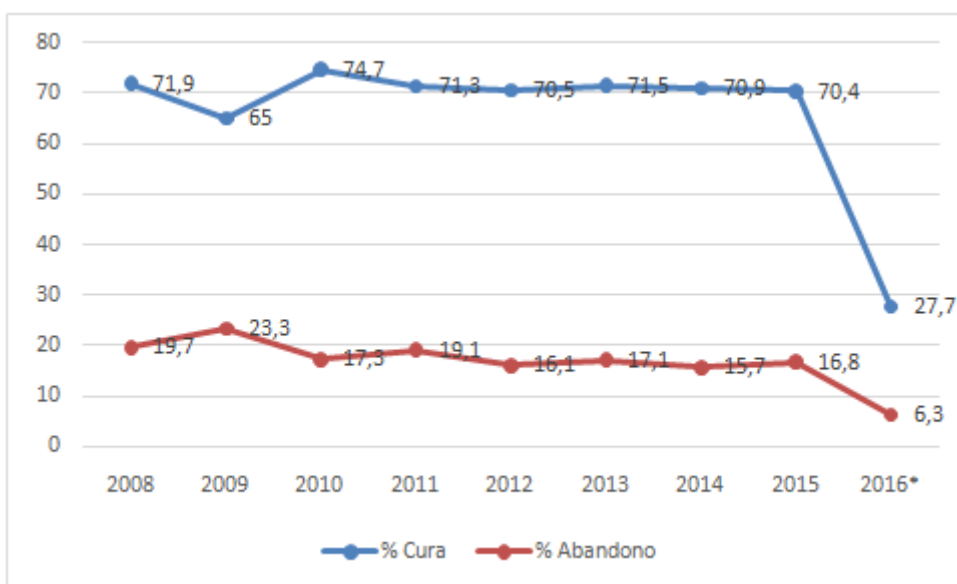
As reuniões periódicas de planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos Comitês continuam sendo realizadas. Além das ações com os setores acima mencionados da SMSA, o controle da TB exige ações intersetoriais, principalmente para a abordagem das populações vulneráveis (Abordagem de Rua, Parceria Mineira para o Controle da TB, Rede Técnica Metropolitana de BH para o Controle da TB, dentre outros). As capacitações em TB ocorreram em caráter permanente, com a

participação de 164 profissionais de nível superior. 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”.

Os atendimentos compartilhados continuaram acontecendo em 2016, como estratégia para estimular a adesão ao tratamento para alguns casos complexos de tuberculose, com história de múltiplos abandonos. Desses momentos, participam as referências técnicas dos níveis central e distrital, profissionais da ESF, NASF e os gerentes dos Centros de Saúde. Foram contratados 14 profissionais para o “Projeto de Ações Contingenciais para Enfrentamento do Abandono de Tratamento da Tuberculose em Belo Horizonte”, com financiamento do Ministério da Saúde. A fase 1 do projeto iniciou-se em maio, com o estudo dos fatores preditivos ao abandono dos casos, através de pesquisa com pacientes e profissionais de saúde da Atenção Primária.

O Gráfico 5 mostra a série histórica dos indicadores de cura e de abandono de casos novos de TB com confirmação laboratorial, no período de 2008 a 2016. Os usuários são inseridos para avaliação até 31 de dezembro de 2016 e a avaliação do ano de 2016 será finalizada no mês de outubro de 2017. O tratamento para a tuberculose é prolongado (6 meses, podendo ser prolongado para 9 meses dependendo do caso e da situação de tratamento).

Gráfico 5: Proporção de cura e abandono dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2008 a 2016



Fonte: GVSI/GEEPI/SINAN/SMSA/PBH/. *Dados parciais de 2016, atualizado em janeiro/2017

Observa-se tendência de queda na taxa de cura e também na taxa de abandono. Os indicadores ainda estão muito aquém dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde (mais de 85% de cura e menos de 5% de abandono).

Em relação ao controle da Hanseníase na rede SUS-BH, no ano de 2016, continuaram as 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. Manteve-se a pactuação com a Gerência de Epidemiologia, da realização de busca ativa, proposta pela SES-MG, preconizada pelo MS, com o objetivo de melhorar o indicador (proporção de contatos examinados), acrescentando-se os indicadores de cura e avaliação de incapacidades no diagnóstico e na alta.

Os distritos Pampulha, Norte, Leste, Oeste, Centro sul e Nordeste instituíram o Comitê Distrital para o enfrentamento da hanseníase com o objetivo de discutir casos da doença, além de ações para o seu controle. A participação dos profissionais do NASF e das equipes dos centros de saúde tem sido estimulada. As referências técnicas distritais do agravo (GERASA e GEREPI) participam de reuniões mensais com a coordenação do programa (GEAS e GEEPI) onde são realizados os planejamentos das ações, discussão de indicadores e casos, bem como a atualização das informações técnicas.

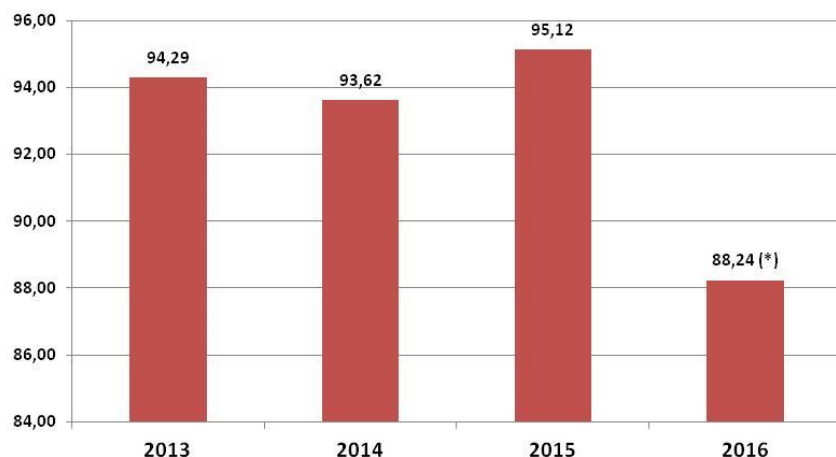
No início de 2016, foi comemorada a Semana Mundial de Combate à Hanseníase, com caminhada na orla da Lagoa da Pampulha com distribuição de camisetas alusivas ao controle da doença, panfletagem de folders nos restaurantes populares da Rodoviária, Venda Nova e Barreiro, e informativo sobre sinais e sintomas da doença no Jornal do Ônibus. Todas essas ações foram desenvolvidas em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e o Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN).

No mês de setembro de 2016, foi realizada a capacitação técnica sobre hanseníase com a participação de 44 profissionais da APS (médicos e enfermeiros), Hospital Odilon Behrens (médicos da residência multiprofissional) e com instrutores do Hospital Eduardo de Menezes. O objetivo foi atualizar os profissionais quanto às diretrizes de controle da doença (diagnóstico e tratamento). Essas capacitações ocorrem em caráter permanente e são realizadas anualmente. Foi priorizada a participação de profissionais, daqueles locais com muitos casos, e com indicadores mais desfavoráveis em relação ao controle da Hanseníase, como por exemplo, baixo número de contatos examinados. Houve divulgação e incentivo à participação no curso online de Hanseníase para Atenção Básica, disponibilizado pelo Ministério da Saúde pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Além disso, foi estimulado o atendimento compartilhado entre as referências (GEAS, HEM, HC/UFMG e SCMBH).

Neste ano, foi finalizada a revisão do Protocolo de Atendimento em Hanseníase e elaborada uma cartilha para os ACS. Este trabalho está sendo desenvolvido em parceria com a equipe de referência em hanseníase do Hospital das Clínicas. Ambos materiais (protocolo e cartilha) estarão disponíveis em formato eletrônico no site da PBH em 2017.

O Ministério da Saúde estabelece como parâmetro a ser alcançado, um percentual de cura igual ou superior a 90% dos casos diagnosticados. Nos últimos três anos o município conseguiu atingir a meta pactuada, conforme Gráfico 6. Os dados do ano de 2016 são parciais, visto que o tratamento medicamentoso se encerra no final do ano, com avaliação das informações em março do ano subsequente.

Gráfico 6: Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de 2013 a 2016 de residentes de Belo Horizonte



Fonte: GVSI\GEEPI\SMSA/PBH/SINAN. (*) parciais. Dados sujeitos a alteração. Atualização em 23/12/2016.

Outro indicador importante a ser avaliado é o percentual de contatos examinados. O Ministério da Saúde preconiza que 90% dos contatos registrados sejam examinados. Desde 2008, o município atinge as metas pactuadas (Tabela 1). Esses resultados associados a outros indicadores mostram que é importante o aprimoramento, ampliação das ações de vigilância ao agravo, monitoramento e acompanhamento dos serviços assistenciais no controle da doença, além da necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde.

Tabela 1: Vigilância de contatos intradomiciliares dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos de 2008 a 2016 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	193	175	90,67
2013	184	180	97,83
2014	141	137	97,16
2015	166	164	98,80
2016*	125*	107*	85,60*

Fonte: GVSI\GEEPI\SMSA/PBH/SINAN (*) Dados sujeitos a alteração. Atualização em 23/12/2016

Existe um esforço da SMSA BH, em parceria com os hospitais de referência, no sentido de buscar o controle da doença no município, bem como garantir o tratamento adequado, reabilitação das sequelas e reações apresentadas pelas pessoas, 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, similar a tuberculose. Sendo assim, apesar dos esforços no sentido de melhorar os indicadores do controle dessas doenças, é fato conhecido que 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.

2.1.2.2 Atenção à Saúde do Homem

Em relação à Saúde do Homem, tem sido estimulada a vinculação dos homens às equipes da ESF. Tradicionalmente, os homens não têm suas especificidades reconhecidas e não fazem parte das populações usualmente priorizadas nos serviços da APS. O uso dos serviços de saúde pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se em atendimentos de situações de urgência, emergência ou em nível especializado. Essa discussão pode ser mais ampliada a partir da perspectiva de gênero, aqui entendida como referência sócio histórica que, baseada nas diferenças entre os sexos, ordena material e simbolicamente a vida social de homens e mulheres. Nas construções dos modelos de gênero, costuma-se representar o masculino em oposição ao universo feminino. Reflexos dessa oposição têm sido observados em relação aos cuidados em saúde. Nesse sentido, observa-se que homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde quando veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina. Assim, eles costumam chegar aos serviços de saúde tardiamente com situações clínicas mais graves ou quando se veem impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador, ressaltando também que, segundo a visão dos profissionais de saúde, os homens não buscam os serviços para fins preventivos.

Além disso, ao se sentir invulneráveis, os homens, de maneira geral e em sua pluralidade, se expõem mais a riscos e acabam sendo, de fato vulneráveis. Há estudos que também consideram que os homens estão mais vulneráveis aos problemas de saúde, em virtude da baixa acessibilidade dos serviços de atenção primária, já que o horário de funcionamento dessas unidades coincide com o horário de trabalho.

Com o envelhecimento e por meio dos registros no sistema, é possível evidenciar que os homens procuram cada vez menos os centros de saúde. Sendo assim, torna-se fundamental a adoção de ações de atenção integral ao homem, com vistas à prevenção e promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais. O objetivo é ampliar o acesso com qualidade, da população masculina, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, do SUS-BH. São necessários o enfrentamento racional dos fatores de risco e a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde.

A invisibilidade dos homens na Atenção Primária à Saúde tem sido combatida, uma vez que estes serviços, historicamente, têm desenvolvido mais ações destinadas à saúde de mulheres, crianças e idosos. A ausência dos homens nos Centros de saúde pode ser explicada também pela pouca disponibilidade de atividades ou programas direcionados especificamente para este público. Somado a isto, os homens parecem preferir utilizar serviços que respondem de forma mais rápida e objetivamente às suas demandas, como o setor de farmácia e pronto atendimento.

Tem sido realizada uma maior sensibilização dos profissionais dos centros de saúde e da população para esse tema. Foram realizadas vídeo conferências e abordagens sobre saúde do homem, contemplando aspectos gerais da saúde e o câncer de próstata.

O propósito é incluir e integrar a Saúde do Homem na lógica sistêmica das populações atendidas e dos serviços ofertados pela rede SUS, contribuindo para a desconstrução do paradigma cultural da masculinidade vigente e do imaginário simbólico coletivo que reforça a invulnerabilidade masculina, proporcionando uma melhor qualidade de vida e saúde para todos.

2.1.2.3 Atenção à Saúde do Idoso

Na elaboração da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa, que vem sendo construída desde 1999, são considerados 3 eixos prioritários: o atendimento aos idosos frágeis; a qualificação da APS e o fortalecimento da intersetorialidade.

Na APS, em relação às ações voltadas para esse público, o destaque é para quatro estratégias: práticas de atividade física e grupos de prevenção de quedas, “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, Programa Maior Cuidado e o atendimento aos idosos frágeis identificados pelas ESF/NASF, encaminhados ao 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. Esses grupos ocorrem de acordo com a demanda do território. O público alvo são as pessoas com mais de 75 anos. Estima-se que esses idosos tenham um risco 14 vezes maior de fraturar o fêmur. Atualmente, quem tem mais de 60 anos também está apto a participar, com o intuito de aumentar o alcance desta intervenção. Além dos grupos nos centros de saúde, ações de prevenção de quedas passaram a ser realizadas em conjunto com outros grupos do NASF. Um exemplo, são os grupos de estimulação cognitiva, de nutrição, ou até mesmo, em grupos de idosos monitorados pela Assistência Social. Também são realizadas orientações a fim de prevenir as quedas dentro do domicílio da pessoa idosa e realizar adaptações, caso necessário.

O Projeto de “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, é uma das ações da política de atenção à saúde da pessoa idosa, desenvolvida numa interface entre a Gerência de Assistência e o Centro de Educação em Saúde. É financiado pelo Ministério da Saúde através de convênio, 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.

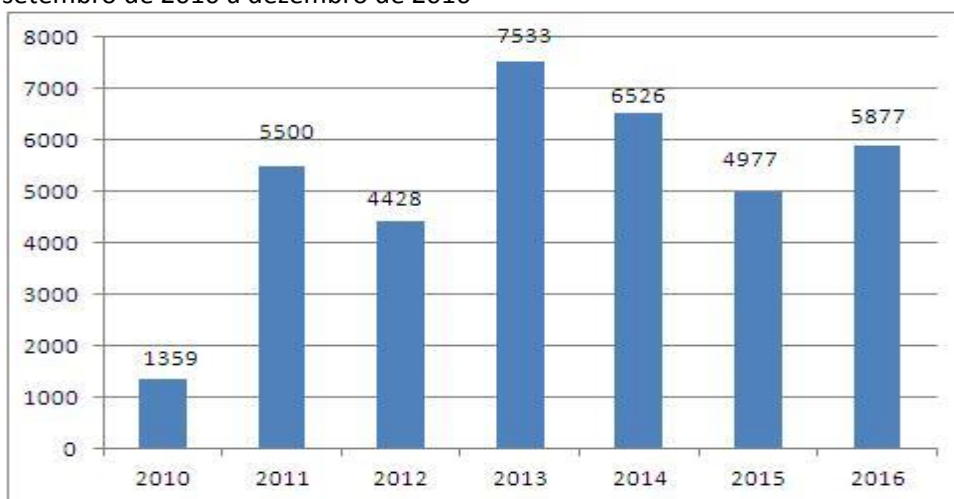
De 2011 a 2015 foram qualificadas 4.916 pessoas por meio do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil. Em 2016 não houve qualificação de profissionais de saúde pelo Projeto, devido às epidemias de dengue, Chikungunya e Zika vírus que ocorreram na cidade. Isto comprometeu a agenda de capacitações no primeiro semestre. No segundo semestre, devido às restrições de processos seletivos para docentes no período eleitoral, esta agenda também ficou comprometida. Há previsão de novas capacitações em 2017.

Por meio dos Programas de Residência, foram feitos investimentos para formar novos profissionais especializados em Saúde do Idoso. O município conta com a Residência Médica em Geriatria e Residência Multiprofissional em Saúde do idoso, com profissionais da psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, odontologia e enfermagem. Os Programas de Residência têm duração de 24 meses, por isso, as novas vagas disponibilizadas somam-se àquelas remanescentes do ano anterior. Desse modo, do ano de 2013 a 2016 foram disponibilizadas um total de 32 vagas para residência médica de geriatria. São 8 vagas ao ano. Neste mesmo período, foram

totalizadas 72 vagas para residência multiprofissional em saúde do idoso, considerando 16 vagas ao ano. O apoio ao cuidado do idoso que apresenta condições de manejo mais complexo, é feito pelo 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 CMV. Os critérios de encaminhamento dos usuários dos centros de saúde para o CMV foram previamente definidos. São encaminhados o idoso com 80 anos ou mais, pessoa com 60 anos que se encontre em uma das seguintes condições: portadora de polipatologias (≥ 5), faça uso de polifármacos (≥ 5 medicamentos), síndrome demencial, doença de Parkinson, sequelas neurológicas e relato de 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. 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 7 demonstra as oscilações no número de atendimentos em geriatria realizadas no CMV.

Gráfico 7: Total de atendimentos na especialidade de geriatria no Centro Mais Vida, no período de setembro de 2010 a dezembro de 2016



Fonte: Planilha mensal de atendimento CMV/SES.

O Programa Maior Cuidado oferece atendimento domiciliar pelas equipes da ESF/NASF, aos idosos frágeis em situação de semidependência, dependência funcional e de vulnerabilidade social, residentes em áreas de alto risco adstritas 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 52 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 disso, o profissional consegue identificar graves situações de violência contra os mais velhos, exigindo do Poder Público, estratégias urgentes para o enfrentamento do problema, que garantam a proteção e os direitos, sobretudo o direito à vida.

Em 2016, ficaram em atendimento 464 pessoas, sendo 159 (34,2%) dependentes e 305 (6,7%) semidependentes. Ainda que a capacidade de atendimento/vagas não tenha sido ampliada (444 para 800), o programa atende a uma média de 430 idosos / mês. Desde 2013 não tem havido a aprovação de recurso financeiro necessário para contratação do número de cuidadores previstos para o alcance das metas. Tem sido priorizada a manutenção dos serviços existentes. A proporção de idosos por cada profissional cuidador é de 3 a 5, considerando a situação e a necessidade de proteção de cada um.

O programa Maior Cuidado, através de ações conjuntas da SMSA e da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), tem se tornado uma importante ferramenta para a garantia dos direitos e superação de situações adversas, trazendo benefícios para os idosos e suas famílias.

Os idosos institucionalizados representam menos de 1,0% da população geral. Em levantamento feito pela Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso em 2015, a população de residentes em 24 Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) filantrópicas era de 836 pessoas. A maioria deles é semidependentes (27,7%) ou dependentes (36,0%) para o autocuidado. Isto demonstra a mudança do perfil dos idosos institucionalizados nos últimos anos, bem como a necessidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) se adequarem para receberem casos mais complexos, fortalecendo as ações de cuidado, promoção, prevenção e reabilitação. Atualmente 903 pessoas idosas

residem em 29 ILPI filantrópicas. Torna-se necessária a ampliação do número de vagas nas instituições e a criação de outras modalidades de atendimento, tais como as casas-lares e repúblicas, favorecendo o aumento do número de vagas para os idosos dependentes e sem vínculo familiar.

Desde 2003 foram estabelecidas visitas dos profissionais da ESF de referência, às instituições filantrópicas sem médico próprio. Os idosos dependentes são avaliados bimestralmente e os demais, a cada seis meses. A periodicidade das visitas dos profissionais dos centros de saúde pode variar. Algumas equipes visitam as instituições com maior assiduidade, dependendo das características e/ou necessidades de cada uma. Até outubro de 2016, foram realizadas 49 visitas médicas e 261 visitas de ACS, como demonstrado na Tabela 2.

É possível que haja subnotificação nestes dados. Muitas vezes a visita dos profissionais às ILPI acontece, mas nem sempre o impresso preenchido com a data das visitas é encaminhado. A queda do número de visitas às ILPI em 2016 pode estar relacionada ao número elevado de casos de dengue que sobrecarregaram os centros de saúde, dificultando a saída dos profissionais.

Nos centros de saúde e CREAB os médicos do PRHOAMA realizaram 10.774 atendimentos a idosos e os profissionais do NASF realizaram 24.139 atendimentos a idosos, em 2016.

Tabela 2: Total de ILPI conveniadas, idosos residentes, acompanhamento médico próprio da instituição, e somatório de visitas da ESF no período de 2014 a 2016

Ano	Total e Conveniadas	Nº Instituição	Nº idosos residentes	Tem Médico Próprio	Conveniadas	Somatório	
						Visitas Médicas	Visitas ESF/ACS
2014	Total	26	863	NÃO: 11 Sim: 16	NÃO: 4 Sim: 22	62	266
	Conveniada com PBH	22	770	NÃO: 10 Sim: 12	NÃO: 4 Sim: 22	56	213
2015	Total	28	929	NÃO: 12 Sim: 16	NÃO: 4 Sim: 24	92	373
	Conveniada com PBH	24	837	NÃO: 12 Sim: 16	NÃO: 4 Sim: 24	74	307
2016	Total	29	903	NÃO: 12 Sim: 17	Não:5 Sim:24	49	261
	Conveniada com PBH	24	823	NÃO: 11 Sim: 13	Não:5 Sim:24	44	217

2.1.2.4 Atenção à Saúde Bucal

A informatização do atendimento das equipes de saúde bucal, a partir do segundo semestre de 2015, criou condições para potencializar a integração das equipes com os outros profissionais da ESF, atuando com maior transparência nos critérios de acesso e agendamento realizados. No ano de 2016 foi concluído o processo de informatização do atendimento da saúde bucal no SISREDE em todos os Centros de Saúde. A estratégia contou com capacitações distritais e locais realizadas pela Coordenação de Saúde Bucal, GTIS, GERASA e GEREPI. Os técnicos de informática das GEREPI percorreram as unidades esclarecendo dúvidas quanto ao acesso e uso do sistema. A partir da informatização, os procedimentos de saúde bucal realizados na atenção primária são enviados para o e-SUS Atenção Básica (e-SUSAB) passando da lógica de registro de produção consolidada para registros individuais. A partir desta adequação e das melhorias gradativamente implementadas, vem sendo construídos novos extratores de relatórios de produção relativos aos procedimentos odontológicos e a análise do desempenho das equipes. Entretanto, ainda não é possível a extração dos relatórios para todos os procedimentos ofertados. Essas mudanças estão em andamento e permitirão melhorias no acompanhamento do trabalho das equipes, com disponibilização de dados individualizados, por faixa etária, por condições de saúde, etc.

Outro importante avanço neste processo a informatização no agendamento para a equipe de saúde bucal realizado na recepção das unidades, com transparência e padronização para os profissionais da odontologia em um mesmo centro de saúde e no município. Esta iniciativa integra as diversas equipes dos centros de saúde buscando minimizar a fragmentação e isolamento enfrentados há décadas.

Com relação ao fortalecimento da linha de cuidado aos pacientes com necessidades especiais foram desenvolvidas importantes iniciativas em 2016, como a capacitação em visitas domiciliares aos cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal de todos os centros de saúde. O Protocolo de Visitas Domiciliares em Saúde Bucal orienta os profissionais na identificação e planejamento do cuidado aos usuários acamados, restritos ao domicílio e com necessidades especiais da área de abrangência das unidades, além de orientar quanto ao manejo clínico. O Protocolo destaca a importância da implementação das estratégias de prevenção e promoção à saúde, bem como orientações aos cuidadores, estando disponível no site da PBH no link:

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

Visando a qualificação do cuidado aos usuários com necessidade de atenção especializada, os centros de saúde têm promovido o atendimento compartilhado dos casos complexos na especialidade Pacientes com Necessidades Especiais. Esta iniciativa tem aumentado a resolutividade dos atendimentos no âmbito ambulatorial e diminuído os encaminhamentos para tratamento sob anestesia geral. Desta forma, aumentou-se a segurança nos atendimentos a pacientes complexos e frágeis.

Em relação à atenção aos escolares do Programa Saúde na Escola (PSE), os profissionais de saúde bucal da atenção primária realizaram ações de promoção, prevenção, levantamento de necessidades e reabilitação. Foram contemplados os escolares de zero a 19 anos, das escolas da rede municipal (educação infantil e ensino fundamental), estadual e de creches conveniadas à PBH. A articulação das Secretarias de Saúde, Educação, Políticas Sociais e Abastecimento, por meio dos GT de Educação Infantil e GT do PSE contribuíram para o fortalecimento da política intersetorial e para o cuidado integral aos escolares. Atualmente 100% dos equipamentos de educação infantil do município realizam escovação dental diária, contemplando 61.072 crianças de 0 a 5 anos.

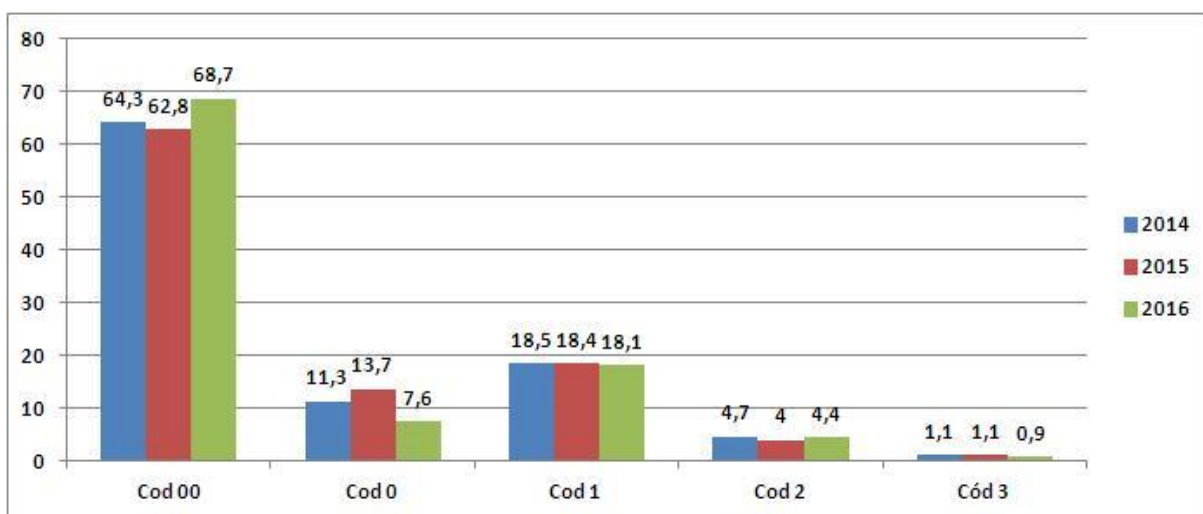
O levantamento das necessidades em saúde bucal foi realizado pelas equipes dos centros de saúde em 238.861 escolares, que corresponde a 68% de todos os alunos vinculados a instituições públicas de

ensino do município. São 55.291 (91%) alunos da educação infantil, 100.490 (86,5%) de escolas municipais, 82.675 (48%) de escolas estaduais e 405 (33%) alunos de escolas especiais.

A plataforma FORMSUS, serviço disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), é utilizado para o registro dos dados do levantamento das necessidades e eventos sentinela (crianças até seis anos que apresenta nove ou mais dentes com cavidades, necessitando de restauração ou exodontia). É usado para a criação de formulários na *web*, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados pela internet, possibilitando acompanhar em tempo real o levantamento de dados e seus resultados (BRASIL, 2016). Com a utilização do FORMSUS, a gestão e acompanhamento dos eventos sentinela foi aperfeiçoado pelo nível local, distrital e central. Cada criança e adolescente identificado tem o seu cuidado registrado e acompanhado, e os casos mais complexos ou que as equipes tenham dificuldade em captar, são discutidos em parceria com a Secretaria de Educação e Políticas Sociais, visando encontrar as melhores estratégias de abordagem.

As iniciativas de promoção e prevenção à saúde bucal implementadas na educação infantil, com destaque à escovação diária nas creches, UMEI e EMEI refletiu no aumento do percentual das crianças livres de cárie, no município. O percentual de crianças de 0 a 5 anos livres da doença cárie aumentou de 62,8% em 2015 para 68,7% em 2016, conforme ilustrado no Gráfico 8. Os códigos de necessidades descritos no gráfico referem-se ao instrumento de vigilância epidemiológica que mensuram as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Trata-se de um exame visual da cavidade bucal e registro das necessidades identificadas segundo o número de dentes que necessitam de tratamento odontológico (código 00 - usuários livres de cárie; código 0 sem necessidade de tratamento; código 1 até 03 dentes necessitando tratamento; código 2 de 04 a 08 dentes necessitando tratamento; código 3 mais de 09 dentes com necessidade de tratamento). Este levantamento identifica as pessoas com necessidades de intervenção e permite a priorização do atendimento dos usuários mais acometidos pelas doenças bucais.

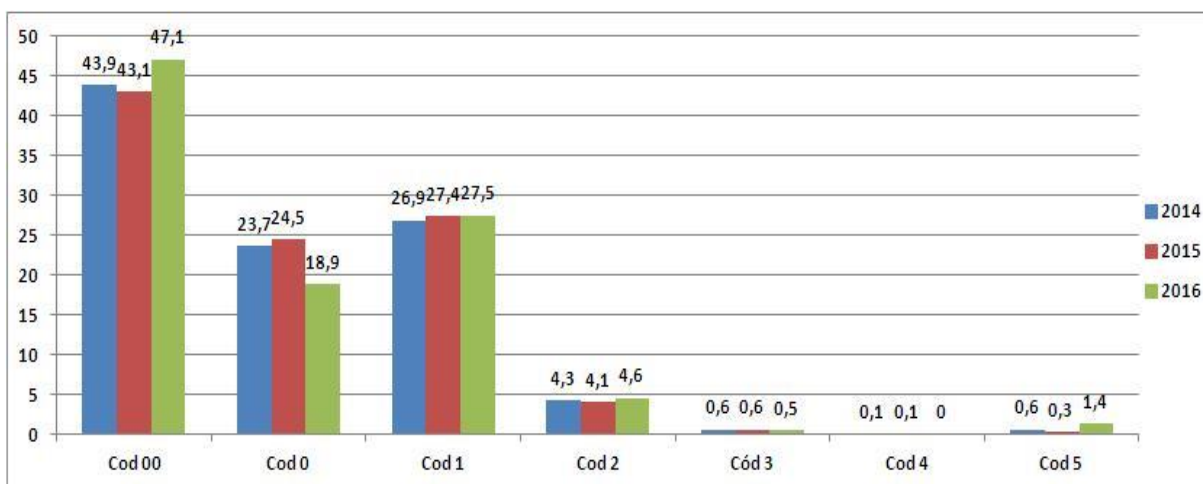
Gráfico 8: Percentual de crianças da educação infantil (0 a 5 anos) de Belo Horizonte por códigos de necessidades em saúde bucal no período de 2014 a 2016



Fonte: FormSUS / Coordenação de Saúde Bucal / GEAS / SMSA BH

Evidencia-se também o aumento de escolares livres de cárie das escolas municipais, atingindo o percentual de 47,1% dos alunos. Estes resultados estão demonstrados no Gráfico 9.

Gráfico 9: Percentual de crianças das escolas municipais de Belo Horizonte por códigos de necessidades em saúde bucal no período de 2014 a 2016



Fonte: FormSUS / Coordenação de Saúde Bucal / GEAS / SMSA BH

Em relação aos adolescentes em conflito com a lei, cumprindo medidas socioeducativa de internação, 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, foram definidos os fluxos para atendimento e capacitação dos dentistas do sistema socioeducativo.

O estudo sobre o diagnóstico da oferta de prótese dentária no município realizado em 2015, subsidiou o planejamento estratégico para intervenções na área. Em 2016, a prestação de serviços de prótese odontológica enfrentou grandes desafios. Houve falta de insumos e descontinuidade de prestação de serviço por um dos laboratórios contratados. Estes desafios foram superados por estratégias desenvolvidas pela gestão, com o empenho dos profissionais das unidades. A tutoria em prótese continua a ser realizada e apoia os profissionais nos casos mais complexos, tornando-os mais capacitados e seguros na realização das próteses. Segundo dados do SIA-SUS, de janeiro a novembro de 2016 foram confeccionadas 8.042 próteses, 402.259 consultas odontológicas e concluídos 140.821 tratamentos na APS da rede SUS-BH. O indicador "Proporção de exodontia em relação aos procedimentos" tem se mantido estável. Em 2016 a relação de exodontias foi de 5,72 % em relação aos procedimentos.

Em 2016, também houve capacitação na abordagem breve do fumante para 118 profissionais, Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal, em parceria com a Coordenação da Saúde do adulto e do idoso. 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.

O Protocolo com a linha de cuidado da Disfunção Temporomandibular e Dores Orofaciais na rede SUS BH foi implementada e publicada em 2016. O objetivo foi qualificar a abordagem destas condições, aumentando a resolutividade da atenção primária para a melhoria do cuidado. O alinhamento de condutas na atenção especializada foi realizado entre os profissionais dos CEO e do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HOB), bem como a qualificação da contra referência. O Protocolo está disponível no site da PBH no link:

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

Em relação a infraestrutura da odontologia, foram adquiridos equipamentos (31 cadeiras odontológicas completas, 106 fotopolimerizadores, 179 aparelhos de profilaxia e 143 mochos). Com

estas aquisições, foi possível substituir alguns equipamentos sucateados, melhorando as condições de trabalho e a regularidade na oferta dos serviços.

2.1.2.5 Atenção às Doenças Epidêmicas

As ações de enfrentamento às doenças epidêmicas são realizadas durante todo o ano, de forma conjunta e intersetorial, envolvendo a Gerência de Assistência (GEAS), a Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI), a Gerência de Controle de Zoonoses (GECOZ), a Gerência de Comunicação Social (GCSO) e a alta Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

O Combate à Dengue, Chikungunya e Zika possui um Grupo Controle que é composto por membros das gerências citadas e também dos membros da Gerência de Apoio Diagnóstico (GEDIG), das Gerências de Regulação, Epidemiologia e Informação distritais (GEEPI), das Gerências de Atenção à Saúde distritais (GERASA) e das Gerências de Controle de Zoonoses distritais (GERCZO). São realizadas reuniões periódicas, minimamente quinzenais, 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. Foi instituído o Mini Grupo de Controle e Combate à Dengue, Chikungunya e Zika, composto pelas gerências do nível central: GEAS, GEEPI, GEDIG, Gerência de Urgência (GEUG), Gerência de Regulação (GERG) e Gerência de Rede Complementar (GERC). Este grupo realizou reuniões para discussão e organização de estratégias de atendimento/enfrentamento às doenças, com periodicidade quinzenal ou conforme demanda e sazonalidade das viroses.

A GEAS, juntamente com as outras gerências envolvidas apoiou as unidades de saúde no enfrentamento da epidemia da dengue 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.

Uma importante ação executada durante a epidemia da Dengue foi a ampliação da capacidade assistencial dos centros de saúde, com reorganização e otimização do fluxo de atendimento e incremento de profissionais de saúde, quando necessário. Foram realizadas contratações de profissionais com a formação de equipes volantes para os centros de saúde em todos os Distritos Sanitários, totalizando 12 equipes. Considerando o grande aumento da demanda de realização de exames laboratoriais, essenciais para o tratamento da dengue, foram realizados incrementos de 13 máquinas de hemogramas e de 18 profissionais técnicos de laboratório. A logística dos distritos para o transporte dos exames foi ampliada com a viabilização da disponibilidade 9 motos.

Em relação à Zika, foram elaboradas notas técnicas orientando o atendimento a casos suspeitos e, de maneira intergerencial, o fluxo específico para o atendimento das gestantes, bem como de recém-nascidos com microcefalia e/ou comprometimento neuropsicomotor. O fluxo contém os direcionamentos para notificação, exames e encaminhamentos. Frente à circulação sustentada de zika em Belo Horizonte, foram estabelecidos o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco Zika e o Ambulatório de Neurologia Pediátrica Zika, ambos no Hospital Odilon Behrens. O serviço de Pré-Natal de Alto Risco é destinado ao acompanhamento pré-natal de gestantes que apresentam exames PCR positivos para o zika vírus e o serviço de Neurologia Pediátrica tem a finalidade de encaminhamento e acompanhamento neurológico dos bebês cujas mães apresentaram exames PCR positivos para o zika vírus. Os casos em que há presença de microcefalia e/ou comprometimento neuropsicomotor são encaminhados para estimulação precoce nos Centros de Reabilitação (CREAB). Os centros de saúde também realizam o seguimento da gestação por meio da vinculação da criança às equipes de saúde da família, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, concomitante ao atendimento especializado.

Considerando a circulação de Chikungunya em Belo Horizonte, os casos são atendidos nas Unidades de Pronto-Atendimento e Centros de Saúde. Os pacientes que evoluíram com cronicidade da artralgia foram encaminhados ao serviço de reumatologia e à reabilitação.

Em relação à prevenção de zika, dengue e chikungunya, dentre outras medidas profiláticas, foram elaborados folders, junto à Gerência de Comunicação, contendo informações acerca da prevenção da doença, com ênfase nas gestantes. Conforme já informado neste relatório, os estagiários do Programa “Posso Ajudar?” até abril de 2016, realizaram informes e atividades educativas nas salas de espera das unidades de saúde de Belo Horizonte abordando as medidas preventivas para dengue, zika e chikungunya, os respectivos sintomas, sinais de alarme e medidas a serem tomadas em caso de suspeição das doenças. As ações foram realizadas de maneira interativa com os usuários, de forma a esclarecer as dúvidas.

Em março de 2016, iniciou-se a telagem das janelas de residências de mulheres que estavam no primeiro e segundo trimestre de gestação, residentes em áreas de circulação comprovada de zika em gestantes. A instalação foi realizada mediante assinatura do termo de consentimento. As telas utilizadas são de polietileno, impregnadas com inseticida do grupo piretróides, representando uma dupla proteção para as gestantes, considerando que fazem uma barreira física e química ao mosquito

transmissor das doenças. Os distritos contemplados foram Norte e Nordeste e o distrito Venda Nova está em andamento, sendo teladas 715 residências em 2016.

O Plano de Contingência para Desastres decorrentes da infestação por *Aedes aegypti* foi elaborado em 2016, no âmbito multisetorial da Prefeitura de Belo Horizonte, apresentando os indicadores de monitoramento das epidemias e as atribuições de cada setor frente a cada fase de circulação das doenças.

A aprovação do Plano se deu pelo Conselho Municipal de Saúde, pelo Secretário de Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e repassado à Secretaria Estadual de Saúde.

O monitoramento epidemiológico e assistencial da situação de dengue no município, de forma conjunta e intersetorial, foi de grande relevância, proporcionando ações integradas de enfrentamento para o contingenciamento efetivo.

Médicos homeopatas do PRHOAMA atenderam usuários com suspeita de dengue aplicando a técnica do *gênio epidêmico* e determinando os medicamentos homeopáticos mais adequados ao surto de 2016. Os medicamentos homeopáticos também foram receitados de forma profilática e terapêutica. Destaque para a atuação no Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes, onde o médico homeopata foi escalado para atender exclusivamente usuários com dengue durante todo o surto epidêmico, tratando mais de 100 pessoas.

2.1.2.6 Atenção à Saúde Sexual, DST/Aids e hepatites virais

A coordenação da Saúde Sexual e atenção à pessoa vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais da GEAS/SMSA atua na perspectiva da promoção da saúde da prevenção, do diagnóstico e da assistência. Em todas essas áreas destacam-se a manutenção das ações já realizadas historicamente e os avanços alcançados em 2016.

Devido às repactuações realizadas entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Educação e Saúde (CES) as atividades educacionais protagonizadas pela equipe da Saúde Sexual tiveram início em julho. Foram realizadas 8 capacitações em abordagem sindrômica das IST e testagem rápida, sendo formados 238 profissionais de saúde nos Centros de Saúde, UPA, CERSAM, CERSAM-AD e maternidades da rede SUS-BH, além do Sistema Prisional.

Através da parceria firmada em março de 2016 com a Organização da Sociedade Civil (OSC) ACP Sempre Viva, contemplada no edital de chamamento público 001/2015, foram executadas no âmbito do programa “BH de mãos dadas contra a Aids” 10 capacitações em “reflexão sobre a prática profissional em saúde sexual”. Participaram destas capacitações os profissionais de saúde e residência multiprofissional da rede SUS-BH. Em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SMED), foram conduzidas 533 oficinas de “sexualidade e diversidade” em 38 turmas de escolas municipais, contemplando professores e outros profissionais que atuam na educação de jovens e adultos e alunos do 2º e 3º ciclos do ensino fundamental. Houve a contratação e capacitação de 16 redutores de danos para atuação entre seus pares em locais de prostituição, saunas gay, locais de uso de drogas e abrigos para pessoas em situação de rua. Na oportunidade, feita a entrega de insumos de prevenção às IST/aids e hepatites virais. Houve o encaminhamento e por vezes acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade para atendimento, testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, bem como a vacinação nos centros de saúde da capital, fortalecendo o acesso desta população à saúde integral.

Nos dias 1º e 2 de dezembro ocorreu a concretização da I Jornada Positiva no Centro de Referência da Juventude, em alusão ao dia mundial de luta contra a AIDS. Houve a participação e apoio das OSC que compõem a Comissão Municipal de Aids, a PUC Minas, formadores e redutores do programa “BH de mãos dadas contra a Aids”, SMED, Secretaria Estadual de Saúde e trabalhadores da rede. Participaram também cerca de 350 estudantes da rede municipal de educação.

A continuidade das atividades executadas no movimento “BH de mãos dadas contra a Aids” favorece a discussão permanente sobre várias temáticas (adolescência, sexualidade e saúde reprodutiva, gênero, raça e etnia, direitos humanos, diversidade sexual, maternidade e paternidade responsáveis, prevenção e infecção das IST, redução de danos no uso do álcool e outras drogas). O fortalecimento do vínculo com os movimentos sociais possui continuidade por meio das reuniões mensais da Comissão Municipal de Aids e construção conjunta da I Jornada Positiva.

O monitoramento da qualidade dos serviços oferecidos para diagnóstico das IST e para as pessoas vivendo com HIV/Aids e hepatites virais melhorou a eficiência por meio do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Este acompanhamento contínuo da adesão das pessoas à terapia antirretroviral, resultou em redução de 40% no *gap* de tratamento (cálculo: pessoas diagnosticadas com HIV X pessoas incluídas no tratamento antirretroviral). Este resultado foi apontado pelo Ministério da Saúde para pessoas acompanhadas em Belo Horizonte.

Em 2016 foi realizada a implantação de salas de vacinas no município de Belo Horizonte para hepatite B (HBV) e HPV nos Serviços Especializados em Infectologia.

Fortaleceu-se o acesso aos testes rápidos com a continuidade de capacitação dos profissionais dos centros de saúde. Foi estimulada a realização de grandes campanhas de testagem rápida e prevenção em locais públicos. No terminal rodoviário de Belo Horizonte foram atendidos mais de 2 mil usuários por meio de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais B e C. Além desta campanha, 55 ações de testagem rápida aconteceram aos sábados, nos centros de saúde, em parceria com a equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento Itinerante. Foram mantidos os dispensadores self-service de preservativos masculinos em todos os centros de saúde e em outras instituições públicas parceiras (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. Continua sendo estimulada a identificação de usuários com critérios para uso do gel lubrificante e preservativos sexuais femininos. Foi mantida a parceria com empresas privadas que realizam campanhas e ações educativas de prevenção à infecção pelo HIV/aids, IST e hepatites virais, com o envolvimento de 108 instituições e entrega de 750.240 unidades de preservativos masculinos.

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.

O protocolo de profilaxia pós-exposição ocupacional, acidental e sexual ao HIV e hepatites virais foi revisado e simplificado com capacitação presencial da Rede de Urgência. Foi ampliada a cobertura pactuada de antirretrovirais para o atendimento às maternidades, rede de atendimento à violência sexual e UPA. Foram mantidas as parcerias com as maternidades públicas para a efetivação e garantia do cumprimento das ações do “Projeto Nascer”, prevenindo a transmissão materno infantil da infecção pelo HIV e da sífilis. Também aconteceu a implantação do projeto “Nascer na Rede Privada” em maternidades da saúde suplementar que realizam grande volume de partos em Belo Horizonte. Houve a provisão de insumos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, como a zidovudina injetável e solução oral, além da nevirapina solução oral.

A garantia do fornecimento de fórmula infantil, no município de BH, é ampliada até 12 meses para filhos de mães vivendo com HIV, em relação aos 6 meses recomendado pelo Ministério da Saúde. Foi mantido também o fornecimento do inibidor da lactação para essas mães.

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. O objetivo é identificar as lacunas assistenciais e fatores envolvidos na ocorrência de óbitos, melhorando a assistência e porventura reduzindo a mortalidade em médio e longo prazo.

A casa de apoio para acolhimento às pessoas vivendo com HIV/Aids em situação de vulnerabilidade social foi mantida com oferta de 40 leitos. A gestão dos leitos foi implantada conforme demanda da rede SUS BH e são fomentados com repasses de incentivo de custeio oriundos do Ministério da Saúde.

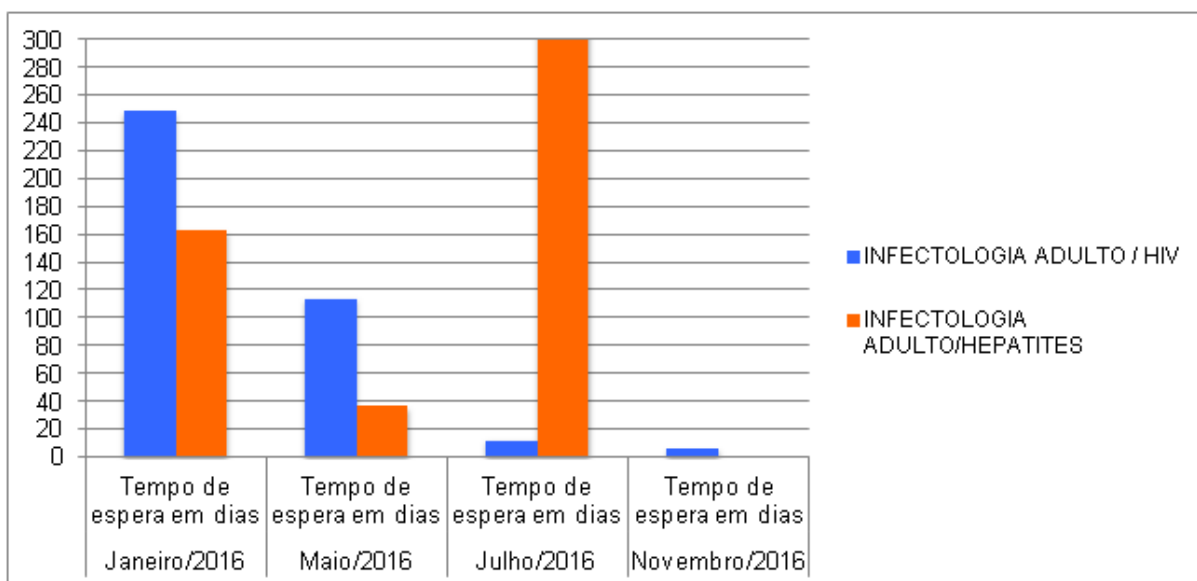
A implantação do ambulatório de atendimento à população transexual foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde em 2014. Em 2015 foi identificado o espaço físico, turno de funcionamento, identificação e dimensionamento da equipe multiprofissional para o atendimento ambulatorial ao processo transexualizador. Em 2016, o planejamento para abertura do serviço foi mantido.

A reforma do espaço para abertura do Centro de Testagem e Aconselhamento Carijós (CTA Carijós) foi realizada com o objetivo de ampliar a oferta e o acesso à testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais.

O tempo de espera para primeira consulta de infectologia adulto/HIV e infectologia adulto/hepatites virais foi drasticamente reduzido com a adoção de várias medidas. Houve a regulação médica de 100% dos casos cadastrados na Central de Marcação de Consultas (CMC), priorizando usuários do município de Belo Horizonte e os casos mais graves para atendimento imediato. Aumento da oferta de consultas e renegociação com a Secretaria Estadual de Saúde para regulação da oferta de consultas para usuários de outros municípios. Essas medidas foram adotadas no primeiro semestre de 2016, primeiramente as consultas para infectologia adulto/HIV e no segundo semestre foram incluídas as consultas para infectologia adulto/hepatites virais.

O Gráfico 10 mostra a série histórica com a redução do tempo de espera em dias para primeira consulta de infectologia adulto/HIV e infectologia adulto/hepatites virais em 2016.

Gráfico 10: Tempo de espera em dias para marcação de primeira consulta para infectologia adulto, conforme oferta, no período de janeiro a novembro de 2016 em Belo Horizonte



Fonte: SISREDE - CMC / SMSA BH

A Tabela 3 mostra a série histórica de oferta das primeiras consultas de infectologia adulto/HIV e infectologia adulto/hepatites virais, número de pacientes aguardando na fila e tempo de espera em dias para marcação. Houve a redução do tempo de espera para consultas de infectologia / HIV. Em janeiro o tempo era de 249 dias e em novembro eram necessários somente 6 dias para fazer a consulta.

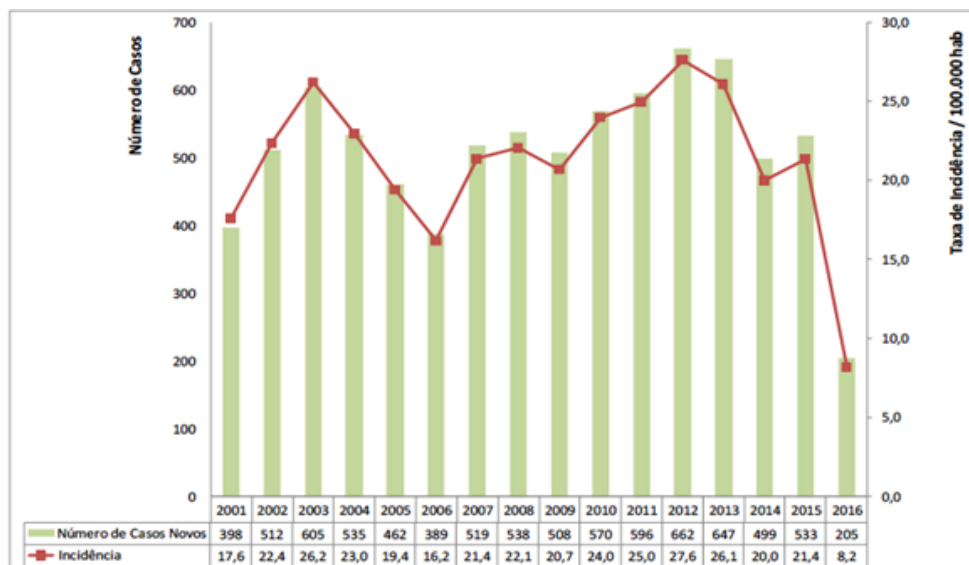
Tabela 3: Total de oferta, usuários em fila e tempo de espera em dias para marcação de primeira consulta para infectologia adulto HIV e hepatites virais de janeiro a novembro de 2016, em Belo Horizonte

Mês/ Especialidade	jan/16			mai/16			jul/16			nov/16		
Especialidade	OFERTA	FILA	Tempo de espera	OFERTA	FILA	Tempo de espera	OFERTA	FILA	Tempo de espera	OFERTA	FILA	Tempo de espera
Infectologia adulto / HIV	20	166	249	41	156	114	128	50	12	95	16	6
Infectologia adulto /Hepatites	44	236	162	119	147	36	16	183	342	251	0	0

Fonte: SISREDE - CMC / SMSA BH

O Gráfico 11 mostra o número de casos novos e taxa de incidência de Aids por ano de diagnóstico em Belo Horizonte no período de 2001 a 2016 (dados parciais), e revela a estabilidade dos dados.

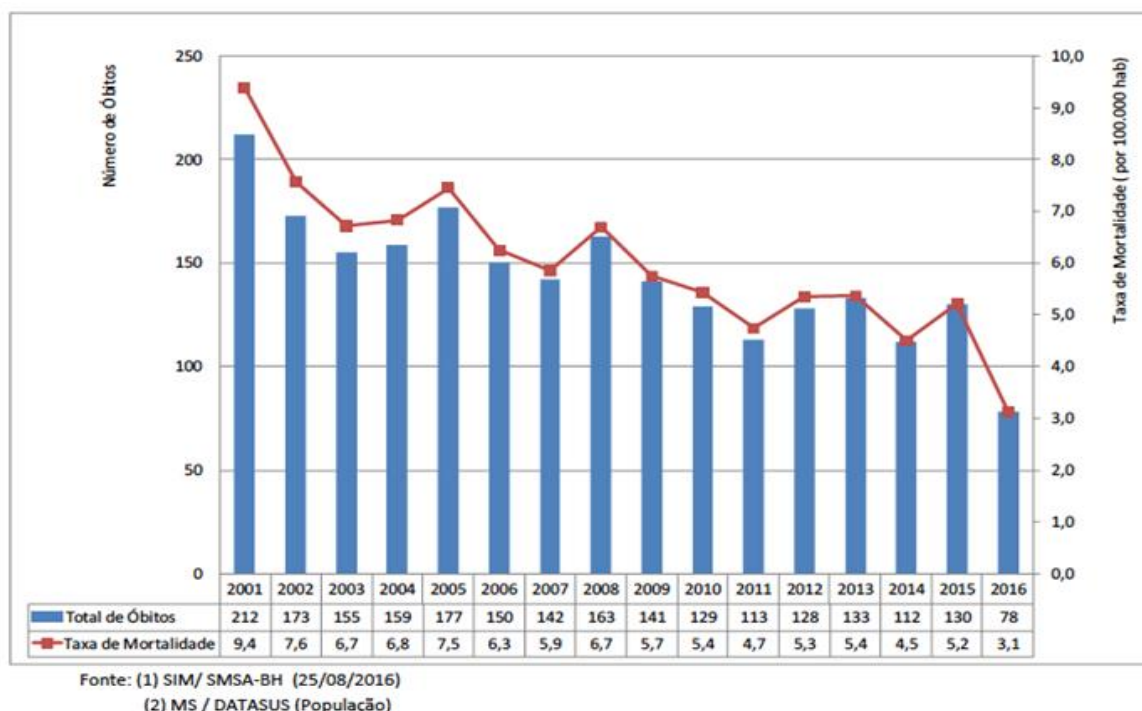
Gráfico 11: Total de casos novos e taxa de incidência (por 100.000 hab.) de Aids por ano no período de 2001 a 2016 em Belo Horizonte



Fonte: (1) SINAN (06/09/2016)
(2) MS / DATASUS (População)

O Gráfico 12 demonstra redução do número de óbitos e taxa de mortalidade por Aids em residentes de Belo Horizonte no período de 2001 a 2016 (dados parciais).

Gráfico 12: Total de óbitos e taxa de mortalidade por AIDS em residentes de Belo Horizonte no período de 2001 a 2016*



* Dados parciais

2.1.2.7 Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

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 equipe da ESF na abordagem do processo de saúde e doença da população. A responsabilização compartilhada entre as equipes do NASF e da ESF 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 ESF 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.

Belo Horizonte conta, atualmente, com 59 equipes NASF em atividade, sendo 58 habilitadas pelo Ministério da Saúde e 1 mantida pelo município. A intenção seria ampliar esta oferta. Com este objetivo 24 projetos de ampliação foram aprovados junto à Comissão Intergestores Bipartite do SUS MG (Deliberação nº 1.759, de 18 de fevereiro de 2014) e encaminhados ao Ministério da Saúde.

Entretanto, até dezembro de 2016 a habilitação não havia sido publicada. 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.

Na área da integração do NASF com outros pontos da rede 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). Foram realizadas 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). Houve, ainda, mostras de experiências exitosas para nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, integrando profissionais do NASF e da Atenção Secundária (CREAB e URS).

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 equipe da ESF em cinco Distritos Sanitários e web conferência 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 por algumas ações em 2016. Houve testes e elaboração de materiais sobre fórmulas artesanais (dietas enterais artesanais e espessantes caseiros) e capacitação para nutricionistas do NASF e CREAB sobre Nutrição Enteral, em parceria com o CES. Foram monitorados os dados antropométricos de crianças de 0 a 5 anos e gestantes atendidas (Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde). Também houve monitoramento do consumo alimentar de crianças de 0 a 2 anos (Política Estadual de Promoção da Saúde). Outra ação desenvolvida foi a inclusão do formulário de marcadores de consumo alimentar no SISREDE para exportação ao e-SUS.

Foi realizado o estudo e apresentação de proposta de reorganização do processo de trabalho do nutricionista no NASF, 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.

A Tabela 4 representa o número de atendimentos individuais, atividades coletivas, participantes das atividades coletivas, equipes e profissionais do NASF no período de 2011 a 2016 em Belo Horizonte.

Outra importante atuação do NASF está no campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) que contemplam sistemas médicos complexos, como a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Homeopática, a Medicina Antroposófica e outras.

Também inclui recursos terapêuticos como a fitoterapia, práticas corporais como o Lian Gong em 18 Terapias, práticas mentais como meditação e outros. Este conjunto de prática é denominado pela Organização Mundial de Saúde de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa.

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.

Tabela 4: Principais resultados do atendimento pelo NASF no período de 2011 a 2016

NASF	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº atendimentos Individuais	54.374	79.115	42.560	91.430	97.771	88.942
Nº atividades coletivas*	-	18.310	28.527	26.136	26.640	126.372
Nº participantes das atividades coletivas	69.196	199.195	257.686	264.124	304.953	-
Nº de Equipes	48	58	60	60	60	59
Nº Profissionais	336	378	378	378	378	371

Fonte: GTIS/SMSA

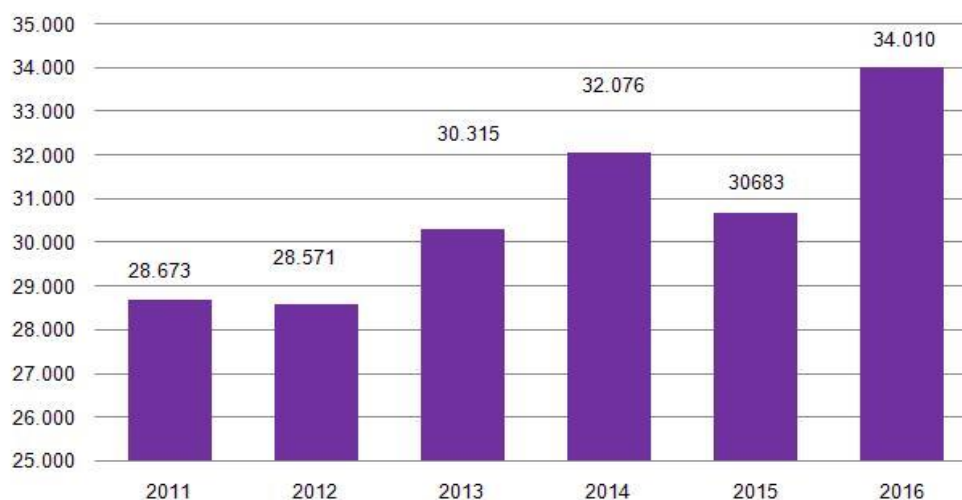
2.1.2.8 Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina antroposófica

Em 1994 teve início, na APS do SUS-BH o Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA). Houve evolução com um 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 (19 médicos), acupuntura (13 médicos) e medicina antroposófica (3 médicas). Estes serviços estão disponíveis em 23 Centros de Saúde dos nove Distritos Sanitários e em três unidades secundárias (CREAB Sagrada Família, Unidade de Referência Secundária Padre Eustáquio e Centro Geral de Reabilitação do Distrito Centro Sul).

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, emocional, espiritual e social. Em síntese, o propósito é restabelecer a saúde.

Em 2016, foram realizadas quatro “Oficinas de Desenvolvimento Humano” com ações de promoção da saúde para trabalhadores do SUS, por uma médica antroposófica, com formação em Biografia Humana. Nestas oficinas, houve a participação de 65 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. Os atendimentos de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica, totalizam 34.010 consultas conforme apresentado no Gráfico 13.

Gráfico 13: Evolução do número de consultas de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica na rede SUS BH, no período de 2011 a 2016



Fonte: SISREDE-SMSA-BH

Em Belo Horizonte, como em muitas cidades do Brasil, são aguardadas a inclusão das PICS no e-SUS, o que possibilitará conhecer e reduzir o sub registro do uso da homeopatia, acupuntura e medicina

antroposófica por outros médicos (generalistas, pediatras, clínicos e outros) no dia a dia do seu trabalho no SUS.

Também em 2016 houve a contratação de duas médicas acupunturistas e a saída de um médico homeopata do PRHOAMA. Neste mesmo ano o município recebeu do Ministério da Saúde o valor de R\$ 270.000,00, através do edital SCTIE/MS nº2/201 para implantação da fitoterapia na rede SUS BH. Este recurso foi destinado à aquisição de equipamentos, serviços, materiais para controle de qualidade e produção, sistema informatizado, capacitação e outros para a farmácia pública de manipulação de medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos já construída na Avenida Risoleta Neves, 274, Regional Norte.

Os médicos do PRHOAMA têm integrado reuniões de matriciamento das equipes dos centros de saúde, divulgando seus fundamentos e possibilidades de colaboração no cuidado dos usuários da rede. Também apoiaram discussões sobre educação e obesidade infantil, bem como lideraram iniciativas como a prática da meditação e da oração para o aprimoramento do ambiente de trabalho nos centros de saúde.

2.1.2.9 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

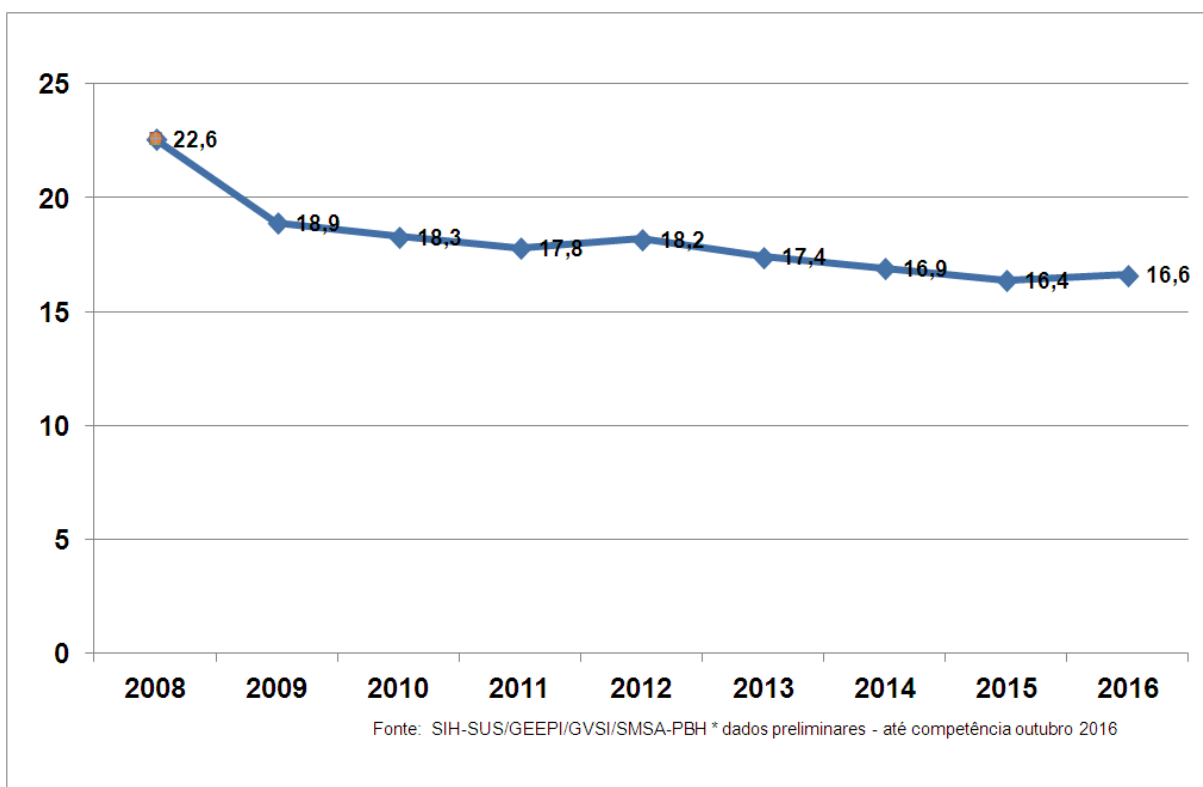
Este indicador de efetividade avalia as internações por condições sensíveis à atenção primária. Este grupo de agravos é caracterizado por situações de saúde nas quais os cuidados efetivos e no tempo correto pode reduzir ou extinguir o risco de hospitalizações ou mesmo prevenir o surgimento da doença. 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 14 demonstra o declínio das internações por condições sensíveis à APS em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2016.

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 2016 ainda não estão fechados, daí a diferença de valor quando comparado a 2015. O quantitativo de 2016 só será fechado em junho de 2017.

Gráfico 14: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária dos residentes de Belo Horizonte no período de 2008 a 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.

A Gestão do Cuidado no Território, já citada anteriormente, pode impactar ainda mais este indicador.

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 individualizado 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 para toda a população de Belo Horizonte atende, também, em média, 40% de partos de residentes em outros municípios, em especial os leitos de alto risco para a mulher e o bebê. A oferta de um novo serviço de atenção ao parto na cidade, a Maternidade ou Centro de Parto Normal Leonor Leonina em Venda Nova foi idealizada com o objetivo de assegurar a assistência com ambiência adequada, com base na legislação (RDC 36-2008 da ANVISA) e nos preceitos da humanização. A estrutura da maternidade está concluída, aguardando alinhamento entre estado e município para viabilização do seu funcionamento, o que representará uma estratégia importante para o avanço na assistência à gestante e recém-nascido, redução da morbimortalidade materna e infantil evitável e melhoria na experiência de parir e nascer em Belo Horizonte.

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 dirigidas 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 de 19 indicadores 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 (pressão no útero para empurrar o bebê, prática obstétrica não recomendada, muitas vezes prejudicial).

Destaca-se os produtos elaborados coletivamente com as entidades de Belo Horizonte, tendo sido produzidos: a Diretriz de Assistência ao Parto e Nascimento, o Protocolo de Urgências Obstétricas e Hemorragia Puerperal, e ainda a atualização do Protocolo de Atenção ao Pré-natal SUS BH.

Houve fortalecimento do processo de investigação de óbitos maternos, fetais e infantis com investimentos na discussão de casos e devolutivas para as maternidades e serviços da APS. 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.

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. Vale ressaltar que houve redução dos índices de cesariana de 52,0% em 2011 para 47,9% em 2015. Entretanto, a taxa de cesariana preliminar do ano de 2016 foi de 49,3% com dados do Sistema de Informação sobre nascidos vivos (SINASC) atualizados em 25 de janeiro de 2017.

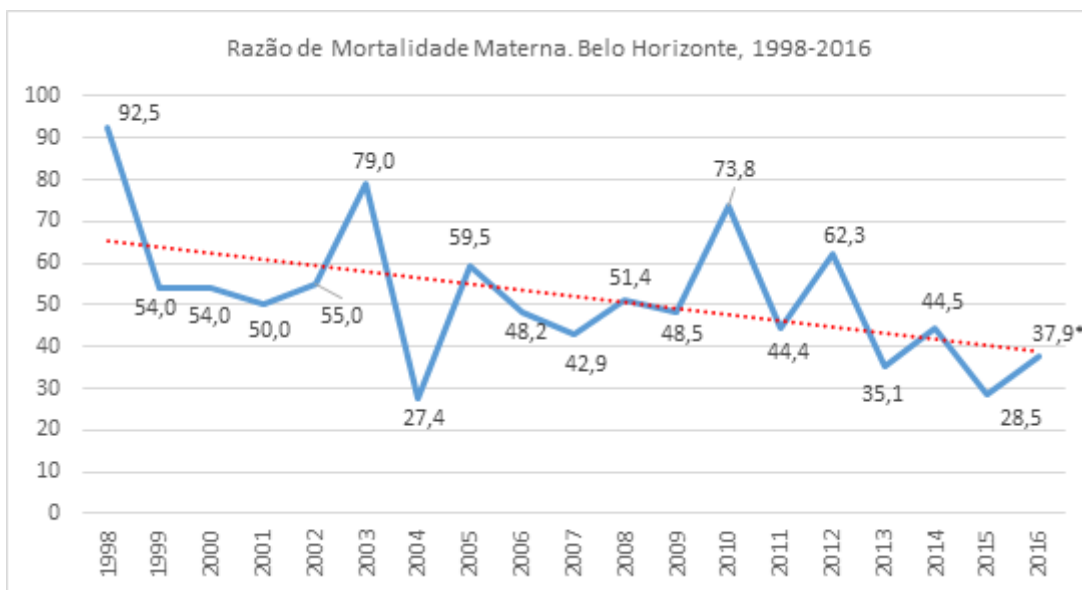
Em 2016 foi realizado o curso de “Doula Comunitária” assegurando essa atividade nas sete maternidades do SUS BH. Outra importante ação foi a exposição “Sentidos do Nascer”, uma parceria da SMSA BH com a UFMG, com financiamento do Ministério da Saúde, CNPq e Fundação Bill e Melinda

Gates. A exposição 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. Em 2015, a “Sentidos do Nascer” foi montada em 3 locais diferentes em Belo Horizonte: no Campus da UFMG, Parque Municipal e Shopping Boulevard, além de outras cidades. Desta forma foi possível diversificar o acesso dos diferentes segmentos da população. Destaca-se que a exposição foi montada na 15ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília com grande participação de conselheiros e gestores presentes no evento.

Em 2016, a exposição foi instalada na Feira do Bebê e da Gestante, Campus Saúde da UFMG e no Parque das Mangabeiras desde novembro. Está prevista a manutenção da exposição no parque até fevereiro de 2017. É importante destacar que a montagem realizada no Parque das Mangabeiras tem como público os profissionais de saúde em formação na rede SUS BH e contou com financiamento do Prêmio InovaSUS do Ministério da Saúde. A exposição recebeu cerca de 32.000 visitantes da rede de saúde, estudantes do ensino fundamental, médio e universidades, além do público em geral e cerca de 1.500 gestantes. Nas últimas edições da “Sentidos do Nascer” foi focado o tema “Zika- vírus”, com o intuito de prevenção da infecção pelo vírus durante a gestação. Seu alcance é impulsionado pelas redes sociais e sítios eletrônicos.

A razão da mortalidade materna em Belo Horizonte vem apresentando uma tendência de queda, passando de 92,5 em 1998, para 28,5 em 2015, conforme Gráfico 15. Ao realizar o cálculo preliminar da razão de mortalidade materna do ano de 2016, constatou-se uma razão de 37,9 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos de residentes em Belo Horizonte (número de mortes maternas= 12 e número de nascidos vivos= 31.605).

Gráfico 15: Razão da Mortalidade Materna, no período de 1998 a 2016, em Belo Horizonte



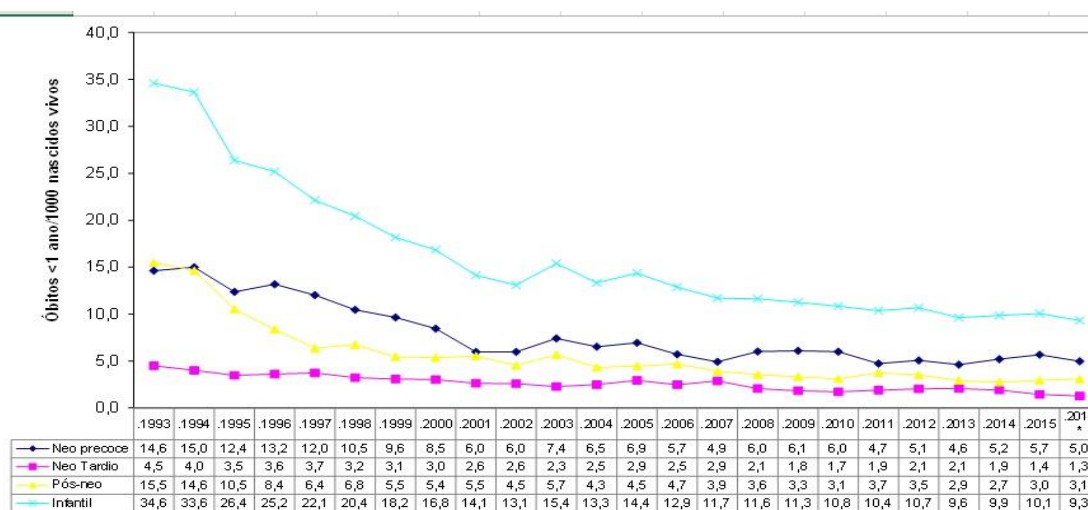
Fonte: Comitê de Prevenção do óbito materno, fetal e infantil /BH Vida 1990: 132,0/100.000 (fator correção 2,5). 1998: 92,5 / 1000.000 (fator correção 1,4)

*Dados preliminares extraídos em 02 de fevereiro de 2017.

Para a redução da mortalidade materna no Brasil e em Belo Horizonte são necessárias ações efetivas de enfrentamento do paradoxo perinatal, em que há persistência de índices elevados de mortalidade materna e infantil. Ao mesmo tempo há excesso de intervenções no parto e nascimento sem respaldo nas evidências científicas, como o excesso de cesarianas, resultando na medicalização do processo fisiológico com efeitos adversos à saúde perinatal e materna. Ainda é necessário o enfrentamento das desigualdades no nascer e morrer para os cidadãos de Belo Horizonte, superando-se as desigualdades sociais e econômicas e de acesso a serviços qualificados de saúde, seja no SUS ou na saúde suplementar.

A mortalidade infantil passou de 34,6 para 10,1 por mil nascidos vivos, entre 1993 e 2015 (Gráfico 16). Como os dados são digitados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) os dados consistentes são fechados em meados de 2017, assim a taxa de mortalidade infantil preliminar em 2016 foi de 9,3 por mil nascidos vivos.

Gráfico 16: Taxa de Mortalidade Infantil em Belo Horizonte, por componente, no período de 1993 a 2016



Fonte: GEEPI/ SIM- BH/ SINASC

2.2.1 Saúde da Mulher

O cuidado integral à Saúde da Mulher em Belo Horizonte deu passos importantes em 2016, com a implantação da estratégia de Gestão do Cuidado no Território. A temática de Saúde da Mulher e da criança foi priorizada nos distritos Nordeste, Norte e Pampulha sendo realizados vários encontros e oficinas envolvendo trabalhadores da APS, técnicos do nível distrital e central para análise dos resultados alcançados, identificação das boas experiências e de problemas na atenção às gestantes, puérperas e menores de um ano. As discussões sobre os processos de trabalho nos centros de saúde tiveram o foco na melhora do cuidado através de ações para a captação precoce das gestantes até o final do primeiro trimestre. Também se busca, na maior vinculação da gestante com a APS, a garantia de seis ou mais consultas de pré-natal e priorização de atendimento a esta população. Foi identificada a necessidade de maior investimento para a inclusão dos casos de gestantes com maior vulnerabilidade (em trajetória de rua ou em situação de violência ou uso abusivo de álcool e outras drogas) no acompanhamento do pré-natal. Está em desenvolvimento o planejamento e a implantação de ações para qualificar ainda mais o cuidado para esta população nos centros de saúde.

O protocolo de atendimento ao pré-natal foi atualizado em 2016, com a participação de profissionais da rede e dos programas de residência médica e residência multiprofissional em saúde da família no processo de validação do mesmo. O objetivo foi orientar os profissionais da APS para a assistência

qualificada e humanizada às gestantes e puérperas. O protocolo preconiza uma abordagem integral em saúde da mulher, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o referenciamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade. Também orienta a vinculação da mulher à maternidade para o parto e nas urgências. Está previsto um novo incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. A organização da assistência, atribuições dos profissionais e indicadores assistenciais também foram contemplados neste documento.

O critério diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2013) foi adotado pelo município em 2016. O intuito é diminuir a morbimortalidade materna, fetal e neonatal relacionada ao diabetes.

Outra ação importante foi a continuidade da vigilância ampliada de toxoplasmose na gestação, em parceria com a SES e Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD), 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. Essa estratégia amplia a oferta de exames para as gestantes suscetíveis, aproximando-se de um protocolo ideal para a prevenção da toxoplasmose congênita, com a realização de um exame mensal, em média.

Dentro das propostas da Rede Cegonha, o teste rápido de gravidez e a proteinúria de fita para gestantes que apresentam aumento de pressão arterial durante a gestação continuam sendo realizados nos centros de saúde. Como já citado anteriormente, também continuam a serem desenvolvidas ações para a garantia de “vaga sempre” nas maternidades da rede SUS/BH.

Em 2016 foram realizadas ações de vigilância dos casos de infecção por vírus Zika durante a gestação nos níveis central, distrital e local. Estabeleceu-se o fluxo de acompanhamento no pré-natal de alto risco para todas as gestantes com infecção confirmada pelo vírus Zika no ambulatório do Hospital Odilon Behrens. Foi garantida a realização de ultrassonografias seriadas para identificação de microcefalia ou outras alterações do sistema nervoso central e acompanhamento em ambulatório de Neurologia pediátrica dos recém-nascidos sintomáticos ou assintomáticos, filhos de mães infectadas pelo vírus Zika durante a gestação.

Com relação à garantia dos direitos das gestantes vulnerabilizadas, grandes esforços foram realizados em 2016. Houve o envolvimento da Defensoria Pública, da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e de outros atores, buscando a ampliação da discussão e aprofundamento da

compreensão do problema e busca do melhor caminho para condução dos casos. Houve uma maior interlocução entre a APS e as maternidades, acompanhamento mais próximo dos casos para a construção de um plano terapêutico singular ainda durante o pré-natal. Neste plano busca-se o envolvimento da mãe, pai e da família extensa, vinculação da gestante ao pré-natal e articulação do cuidado pós-natal à mulher e ao bebê, garantindo o direito da mulher de permanecer ao lado do seu filho e diminuindo a possibilidade de encaminhamento dos recém-nascidos para abrigo.

Foram realizadas iniciativas importantes de combate à violência contra a mulher e a criança. Este movimento tem ocorrido envolvendo as áreas de Atenção à Mulher, Criança e Adolescente, com a participação de profissionais da saúde, Conselhos Tutelares, Promotoria da Infância e Juventude, Delegacia de Mulheres e Conselho Municipal dos Direitos da Mulher.

Foram realizadas rodas de conversa com profissionais da APS, nível distrital e central. Nestas discussões foram enfatizados o uso dos protocolos vigentes, a priorização da solicitação de mamografias de rastreamento e coleta de citologias oncóticas para as mulheres na faixa etária alvo de maior incidência dessas doenças. Este formato de intervenção mostrou-se potente na prevenção do câncer de mama e colo uterino.

Os principais resultados de produção por ocorrências relacionados à saúde da mulher estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5: Produção por ocorrência de consultas de pré-natal, puerpério, internações na gravidez e parto, exames preventivos do câncer do colo de útero e mamografias em Belo Horizonte no período de 2009 a 2016.

Produção por ocorrência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consultas de pré-natal	106.561	108.860	110.486	122.339	110.488	110.446	112.588	94.208
Internações gravidez, parto	30.647	29.742	29.726	29.845	31.407	32.353	27.571	31.284
Consultas de puerpério	8.885	8.822	9.118	12.372	11.705	11.207	11.465	8.820
Exames preventivos do câncer de colo do útero	283.410	224.582	210.100	198.941	181.407	182.304	94.310	228.383
Mamografias	81.643	75.530	77.903	76.308	154.090	187.071	163.457	135.036

Fonte: Dados até 2014: Intranet/ Saúde / Bancos de Dados do Tabnet/Fênix / Relatórios de produção dos Centros de Saúde. / Obs: Dados de 2015, referentes aos Exames preventivos do Câncer do colo uterino, foram excluídos da consolidação 3 códigos de procedimentos até então incluídos em todas as séries anteriores e novamente

foram incluídos em 2016. Dados de 2016: Intranet /Saúde /Extrator de Relatórios do SISREDE e DATASUS. Dados parciais do 3º Quadrimestre.

Está em andamento, com resultados preliminares positivos, o doutorado da médica homeopata do PRHOAMA Natália Silva Champs “Avaliação do tratamento com Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica na melhoria da qualidade de vida de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde da SMSA/BH”. Tal estudo é fruto de uma parceria entre o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG (instituição proponente) e o PRHOAMA/NASF/GEAS (instituição coparticipante). A pesquisa recebe apoio e financiamento do Ministério da Saúde, através de edital do CNPq em que foi selecionado.

2.2.2 Saúde da Criança e do Adolescente

A população de crianças e adolescentes de Belo Horizonte é de 690.049 habitantes, 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 o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), “têm direito a proteção, à 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, reconhecendo os principais problemas e agravos que afetam à saúde desta população, bem como atuando na prevenção e promoção. Inicia pela atenção à saúde sexual e reprodutiva, atenção ao pré-natal, parto e nascimento, prossegue nos desafios de prestar cuidado na “Primeira semana, Saúde Integral” e da atenção do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Ressalta-se a importância 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 direcionadas às crianças e adolescentes em condições de maior vulnerabilidade clínica e social.

Necessário também priorizar a intersetorialidade, articulando-se com as políticas sociais relacionadas à infância e adolescência, sobretudo com a Assistência Social e Educação apoiando as mulheres, famílias e redes sociais no fortalecimento do vínculo com as crianças, premissa para um desenvolvimento infantil, físico e emocional, pleno e saudável.

Apesar dos muitos desafios, antigos e novos, como a recente transmissão de infecção pelo ZIKA vírus no país, avanços importantes no cuidado com a criança e adolescente foram alcançados em 2016, de modo a fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente no SUS/BH.

Em 2016, foram ampliadas e fortalecidas as ações preconizadas na Estratégia “Você Nasceu, a Saúde te Abraça”, lançada em 2013, que visa promover e proteger a saúde da criança na primeira infância, mediante reavaliação e qualificação do cuidado da gestação aos seis primeiros anos de vida. Este é um período de grande crescimento pômdero-estatural e de formação da estrutura psíquica da criança, cujo acompanhamento em saúde deve ser priorizado para garantir o cuidado oportuno, por meio das ações oferecidos na “Primeira semana, saúde integral” que inaugura a puericultura, com vistas ao fortalecimento do vínculo mãe-filho, incentivo ao aleitamento materno e nutrição adequada, da imunização, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, sendo preconizadas, para crianças de risco habitual, sete consultas no primeiro ano, duas no segundo e, a partir de 24 meses de vida, uma consulta por ano (até 19 anos quando cessa o crescimento). Para o registro das consultas de puericultura é necessário que o profissional alimente o prontuário eletrônico com o CID relativo ao atendimento de puericultura. Isto ainda não está acontecendo de forma sistemática, mas os profissionais estão sendo sensibilizados para a importância de registrar o CID no prontuário eletrônico durante o atendimento. Em 2016, no primeiro ano estava previsto 55% de consultas de puericultura realizadas e o resultado observado em final de dezembro foi de 36%. Muito provavelmente ocorreu sub-registro do CID puericultura no prontuário eletrônico.

Merecem destaques, em 2016, dentre as ações de saúde que foram fortalecidas na Estratégia “Você Nasceu, a Saúde Te Abraça”, a implantação da Estratégia Amamenta, Alimenta Brasil (EAAB), a ampliação de mais uma Unidade de Coleta de Leite Humano em Centro de Saúde, a implantação da Estratégia “Gestão do Cuidado no Território”, que possibilitou a discussão e reflexões sobre a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança em três distritos sanitários.

As principais ações relacionadas com a Estratégia “Você Nasceu a Saúde te Abraça”, serão comentados a seguir.

Com relação à promoção da saúde nutricional na primeira infância, é importante ressaltar que a oferta de nutrição adequada é um direito da criança e é crucial para atingir os mais altos padrões de saúde, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança. Neste sentido, a OMS, o UNICEF e o Ministério da Saúde recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida

e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde em todas as etapas da vida, inclusive na vida adulta. Práticas alimentares inadequadas estão intimamente relacionadas à morbimortalidade de crianças. A SMSA, por meio da EAAB, vem trabalhando para incentivar o aleitamento materno e alimentação complementar saudável. O desafio é qualificar o cuidado nutricional na Atenção Primária, não somente ampliando o conhecimento técnico do profissional, mas, sobretudo, as habilidades e atitudes para acolher dúvidas, preocupações, dificuldades das mulheres no cuidado com seus filhos e familiares, por meio de escuta ativa, que propicie disponibilidade, empatia e percepção para propor ações factíveis e singulares que respeitam a cultura e o contexto de cada família. São objetivos da EAAB: rever o processo de trabalho na atenção à mulher e sua criança e qualificar o cuidado na atenção à saúde sexual e reprodutiva, no pré-natal e na puericultura; aprimorar e qualificar as competências e habilidades dos profissionais para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina dos Centros de Saúde; contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e da alimentação saudável nos centros de saúde, como a prescrição de outros alimentos lácteos em substituição ao aleitamento, sem que antes tivessem sido esgotadas todas as possibilidades de apoio à mulher com vistas à superação da dificuldade no aleitamento materno; contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente e diminuir a prevalência de crianças que recebem alimentos não recomendados antes dos 2 anos de idade; contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais de magreza e de obesidade.

Para implantação da EAAB, em 2015, foi realizada a formação de 42 tutores, totalizando 44 tutores formados. Em 2016, estes tutores iniciaram, no segundo semestre, a implementação da EAAB na Atenção Primária com a colaboração de todos os Distritos Sanitários. Foram realizadas oficinas teóricas e práticas em 40 centros de saúde, envolvendo um total de 1.125 profissionais. Espera-se que até 2018 a EAAB esteja implementada em todos os Centros de Saúde.

Foi mantido o movimento de ampliação das unidades de coleta de leite Humano, atualmente, são 16 centros de saúde com unidades de coleta em funcionamento e duas em processo de implantação. Além de contribuir para aprimorar a qualidade da assistência às gestantes e lactantes nos centros de saúde onde funcionam unidades de coleta, possibilita também o aumento da oferta de Leite Humano para os bebês prematuros e de baixo peso nas Unidades de Internação Neonatais. As implantações da

EAAB e das Unidades de Coleta de Leite Humano em centro de saúde são frutos de uma gestão integrada entre a Unidade de Referência Secundária (URS) Saudade, a Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente/GEAS e as Gerências de Atenção à Saúde Distritais (GERASA). A Tabela 6 evidencia a situação atual do município com relação ao número de postos e de unidades de coleta de leite humano municipais. Infelizmente, em 2016, houve diminuição do volume de leite doado em decorrência da necessidade de adequação dos Centros de Saúde para enfrentamento da epidemia de Dengue, no primeiro semestre.

Tabela 6: Série histórica do número de Postos e de Unidades de Coleta de Leite Humano e do volume leite humano doado, no período de 2012 a 2016, em Belo Horizonte

Total de Unidades	2012	2013	2014	2015	2016
Posto de Coleta da SMSA	1	1	1	1	1
Número de Unidades de Coleta de Leite Humano funcionando em Centro de Saúde da SMSA	10	13	14	15	16
Total anual de Volume de Leite Doado para pasteurização pela SMSA	69 litros	80 litros	200 litros	217 litros	136* litros

Fonte: SMSA/ URS Saudade - Posto de Coleta de Leite Humano, 2017.

Com relação à estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância neonatal (AIDPI neonatal), foi possível realizar apenas uma das formações previstas, em 2016, sendo capacitados 21 profissionais médicos e enfermeiros. Além da sobrecarga dos profissionais no primeiro semestre, houve falta do material didático cedido pelo Ministério da Saúde. O AIDPI Neonatal é uma importante estratégia para redução da mortalidade neonatal e materna por propiciar, aos profissionais enfermeiros e médicos de família e comunidade, a aquisição de habilidades de reconhecimento precoce de condições clínicas de risco que acometem a mulher durante a gestação, no momento do parto, e do recém-nato e dos lactentes até 2 meses de vida, na Atenção Primária.

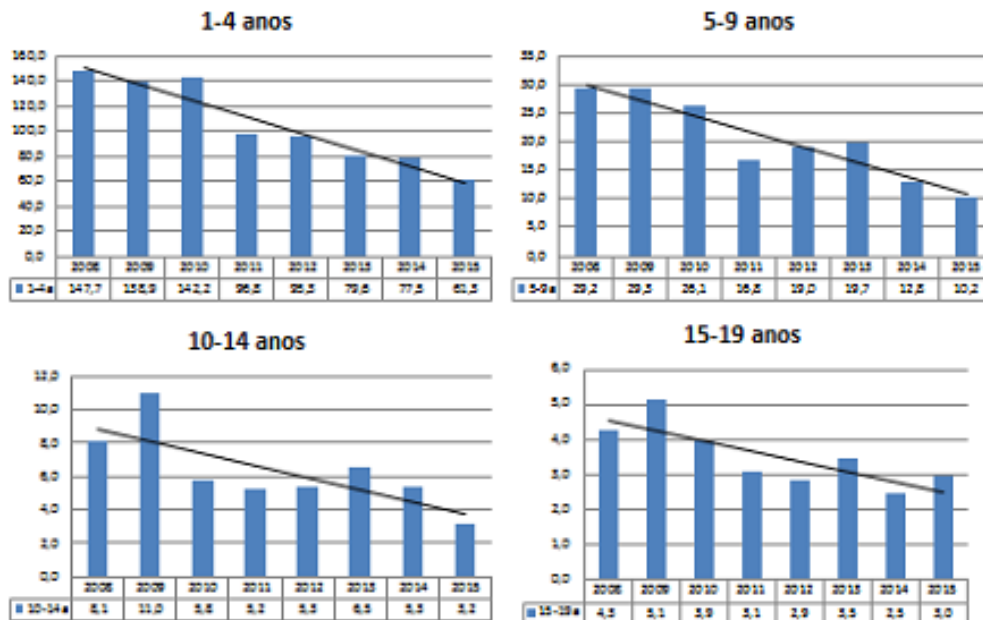
Na primeira semana de vida do bebê, do 3º ao 5º dia de vida, realiza-se o exame de triagem neonatal, conhecido como Teste do Pezinho. O exame visa o diagnóstico em tempo oportuno de doenças de origem genética e outras que se desenvolvem no período fetal, acompanhamento clínico e tratamento de todos os casos identificados. As doenças identificadas são: hipotireoidismo congênito,

fenilcetonúria, doença falciforme, fibrose cística, deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita e toxoplasmose congênita. Esta última triagem é realizada apenas nos bebês cujas mães foram suscetíveis à Toxoplasmose durante a gravidez e foi implantada em Belo Horizonte em 2015 (Programa de Prevenção de Toxoplasmose Congênita do Estado de MG). Em Belo Horizonte, 80% da Triagem Neonatal é realizada no NUPAD e o restante nos Laboratórios da Rede Privada. A coleta de sangue do pezinho para realização da triagem no NUPAD é feita nos centros de saúde. Em 2016, foram realizados 30.035 Testes do Pezinho analisados pelo NUPAD. Como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2016 ainda não está fechado, ainda não é possível calcular a proporção de crianças com Teste de Pezinho realizado em 2016. Com relação ao número de casos de Toxoplasmose congênita, em 2016, foram registradas 40 casos, mas estes dados ainda são preliminares. Na medida em que os casos são acompanhados será possível confirmar a presença ou não da doença.

A atenção adequada às crianças e adolescentes com doenças respiratórias para prevenção das crises, redução das internações e mortalidade é importante devido a alta prevalência e morbidade. Em Belo Horizonte, a asma acomete cerca de 20% da população infanto-juvenil e as doenças respiratórias são as principais causas de internação em crianças e adolescentes. O “Programa Criança que Chia”, implantado desde 1997, busca qualificar a assistência às crianças e adolescentes com doenças respiratórias, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde, por meio do fortalecimento da Rede de atenção (Centros de Saúde, Rede Complementar, Urgência e Atenção Terciária). Assim, as internações por asma e pneumonia podem ser reduzidas com a melhoria da assistência às crianças e adolescentes na Rede SUS. Com relação a série histórica das taxas de internação por Asma e Pneumonia em crianças e adolescentes de 2008 a 2015, observa-se que, em 2015, houve declínio da taxa de internação por pneumonia nas crianças de 1 a 14 anos e um aumento na faixa de 15 a 19 anos. No entanto, houve aumento da taxa de internação por asma em 2015, na faixa etária de 1 a 14 anos, de 64 para 80 por 10.000 hab. Os dados de internação de 2016 ainda estão sendo processados pelo sistema nacional. Ações para melhoria da atenção, como a qualificação permanente do profissional de saúde, captação oportuna de crianças em crise de asma para inserção no Programa Criança que Chia, monitoramento e vigilância dos casos devem ser reforçados. Uma ação importante em 2016 foi a revisão e atualização do protocolo de Asma, Rinite e Doenças Respiratórias Agudas com objetivo de qualificar a atenção à saúde de crianças, adolescentes e adulto/idosos.

Gráfico 17: Taxa de internações por Asma (por 10.000 habitantes) em crianças e adolescentes, por faixa etária, residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015

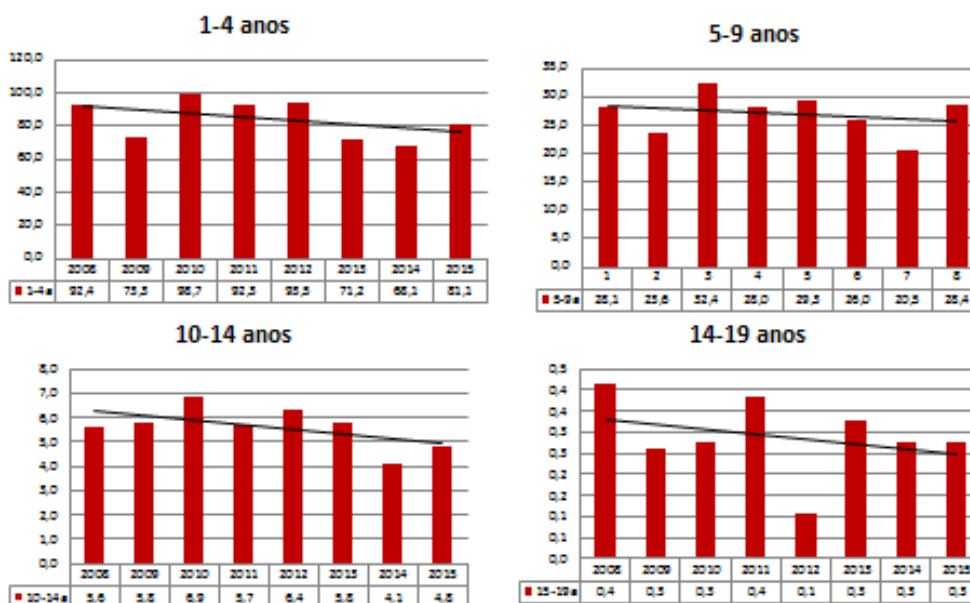
Taxa de Internações por Pneumonia (por 10.000 hab.) em crianças e adolescentes, residentes em BH, 2008-2015.



Fonte: SIH-SUS/GDEPI/GVSI/MSA/PBH

Gráfico 18: Taxa de internações por Pneumonia (por 10.000 habitantes) em crianças e adolescentes, por faixa etária, residentes em Belo Horizonte, no período de 2008 a 2015

Taxa de Internações por Asma (por 10.000 hab.) em crianças e adolescentes, residentes em BH, 2008-2015.



Fonte: SIH-SUS/GDEPI/GVSI/MSA/PBH

2.2.3 Atenção às crianças e adolescentes em situação de violência

Com relação à atenção integral à Saúde do Adolescente em situação de violência, em 2016 houve muitos avanços em Belo Horizonte. O Ministério da Saúde aprovou, em 2014, o 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 ampliado em relação ao elaborado em 2009 e construído a partir das diretrizes da Portaria 1082, de 23 de maio de 2014, referente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Este Plano foi implementado em 2015 e 2016 e todos os planos de ações de atenção aos adolescentes em cada Centro de Internação, junto com os profissionais dos centros de saúde de referência foram construídos, além de serem revistos anualmente. Em 2016, implantou-se um novo projeto, previsto no Plano Municipal, com recursos oriundos das Portarias 1082 e 1083 de 23 de maio de 2014. Realizou-se um processo seletivo interno para incremento de cinco técnicos (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou enfermeiro), com a responsabilidade de qualificar especificamente a atenção à saúde de adolescentes em situação de grande vulnerabilidade, visando o cuidado oportuno, integral, territorializado e vinculado à equipe de saúde da família. Os cinco técnicos estão lotados em centros de saúde que possuem em sua área de abrangência unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade e iniciaram suas atividades em primeiro de julho de 2016. Para melhor desenvolvimento de suas funções os técnicos receberam uma formação inicial intensiva de duas semanas e, posteriormente, continuaram em formação permanente, uma vez por semana, promovida pela Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente/GEAS para alinhar a construção metodológica e estratégias de vinculação dos adolescentes. A atenção aos adolescentes se orienta nas diretrizes do “Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente”, 2015, da Secretaria Municipal de Saúde/ PBH, que enfatiza a necessidade dos atendimentos aos adolescentes ocorrerem com foco na integralidade do cuidado, com acesso facilitado, sem entraves burocráticos e com garantia de privacidade e sigilo. A atenção aos adolescentes deve priorizar as demandas assistenciais, respeitando as particularidades e necessidades sociais dos adolescentes com vistas à construção de um plano terapêutico singular. Para 2017, está previsto a ampliação deste projeto para todas as regionais.

Com relação ao Programa Saúde na Escola (PSE), que visa, primordialmente, garantir a integralidade do cuidado às crianças e adolescentes do Ensino Público Básico e proporcionar melhores condições de saúde e de aprendizagem, ações importantes foram desenvolvidas. O desenvolvimento de ações e cuidados de saúde individual e coletiva, em 2016, foi realizado em 173 escolas municipais. Foram

realizadas, dentro das escolas de ensino fundamental, por meio das equipes de saúde volantes, a avaliação de saúde de 97.085 alunos de 6 a 14 anos. No Centro Municipal de Oftalmologia (CMO) e em clínicas oftalmológicas conveniadas foram realizadas 7.847 consultas, com o fornecimento de 2.378 óculos, com atendimento de toda a demanda apresentada. A Tabela 7 mostra a série histórica dos atendimentos de alunos de 6 a 14 anos pelo PSE.

Tabela 7: Evolução do número de escolas municipais de ensino fundamental e UMEI com o PSE implantado, alunos com avaliação de saúde pela equipe de saúde, consultas oftalmológicas e óculos fornecidos no período de 2011 a 2016

Especificação	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de escolas municipais de ensino fundamental com o PSE implantado	169	169	171	171	172	173
Número de UMEI (Educação Infantil) com o PSE implantado	0	0	2	11	11	36
Número de alunos com avaliação de saúde pela equipe de saúde do PSE	82.290	98.460	102.395	102.374	96.143	97.085
Consultas oftalmológicas ofertadas para alunos de 6 a 14 anos	7.650	9.330	10.500	8.200	9.296	7.847
Óculos fornecidos	2.094	2.604	2.475	2.370	2.211	2.378

Fonte: GEAS / Rede Complementar SMSA BH e Secretaria Municipal de Educação / Gerência de Projetos Especiais

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 Belo Horizonte, os serviços mais aptos e indicados para lidar com as situações de urgência em Saúde Mental são os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), os Centros de Referência em Saúde Mental para usuários de Álcool e outras Drogas (CERSAM AD), os Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMI) e o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP). Os CERSAM são equipamentos potentes, dotados de equipes multiprofissionais, que têm como prioridade a assistência aos adultos (CERSAM e CERSAM AD) e crianças e adolescentes (CERSAMI) com casos graves e

persistentes de sofrimento mental (psicoses e neuroses graves, uso abusivo de álcool e outras drogas), nas modalidades ambulatoriais, permanência dia e hospitalidade noturna.

Em 2016, no sentido de ampliar as respostas às demandas de urgência em Saúde Mental, houve a inauguração do CERSAMI Nordeste, além da ampliação de leitos de hospitalidade noturna: 04 leitos no CERSAM Norte e 04 Leitos no CERSAM AD Nordeste. Além disso, o CERSAMI Noroeste recebeu novos profissionais (01 Farmacêutico e 05 Técnicos de Enfermagem) para incremento da equipe e melhoria no atendimento. A Unidade de Acolhimento Transitório, inaugurada em 2015, e o CERSAM AD Nordeste, em 2014, foram credenciados pelo Ministério da Saúde em 2016, com consequente aporte de recurso.

No momento, conta-se com 14 equipamentos (8 CERSAM, 3 CERSAM AD, 2 CERSAMI e 1 SUP) com disponibilidade de 73 leitos. A redução significativa do número de internações em Belo Horizonte em hospitais psiquiátricos é um dos indicadores que está atrelado à eficiência da rede de Saúde Mental.

Outro importante avanço na articulação do cuidado em rede, com a pactuação de fluxo com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) e Centro Mineiro de Toxicomania (CMT). O movimento de aproximação tem favorecido a mudança no processo de trabalho do CEPAI para se aproximar do modo de funcionar dos CERSAMI. Neste resgate, com a abertura do CERSAMI Nordeste, está sendo reorganizado o fluxo de urgência da criança e adolescente na cidade. O CEPAI atenderá três distritos: Centro Sul, Barreiro, Leste; o CERSAMI NE atenderá os distritos Norte, Nordeste e Venda Nova; e o CERSAMI NO atenderá os distritos Noroeste, Oeste e Pampulha.

Outra questão relevante para o atendimento aos pacientes da Saúde Mental é o processo de alinhamento para pactuação de fluxos com a Gerência de Urgência (GEURG) envolvendo as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU.

No SUP para o atendimento noturno, foram feitos vários investimentos na qualificação interna do processo de trabalho, na articulação entre os serviços, na informatização da assistência farmacêutica, dentre outros. No momento trabalha-se em um projeto de abertura diurna desse serviço aos finais de semana.

Em relação às internações compulsórias, foram elaborados o fluxo e o roteiro para resposta aos casos, destinados aos serviços de saúde. Um conjunto de ações foi desenvolvido com o intuito de articular processos internos, para qualificação da assistência, e externos (junto à Defensoria Pública), como

forma de diminuir os processos judiciais. Destaca-se a presença de profissional da Coordenação de Saúde Mental nas triagens feitas pela defensoria como forma de diminuir os processos judiciais para os casos de internações.

Dado a obrigatoriedade de informar ao Ministério Público (MP) estadual as internações involuntárias no prazo de até 72 horas e no sentido de melhorar e agilizar a comunicação, o MP criou o Sistema de Internação e Alta Psiquiátrica Involuntária (SIAPI).

De acordo com a Tabela 8, os usuários com sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas receberam a assistência psicossocial na rede SUS BH em cada distrito sanitário e nas devidas áreas de abrangência das diversas unidades. As modalidades de atendimento e os serviços são diversos, abrangendo todos os níveis de cuidado, da atenção primária à alta complexidade.

Tabela 8: Total de equipamentos e atendimentos na rede de atenção psicossocial do SUS-BH no período de 2010 a 2016

Saúde Mental	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de Equipes lotadas em CS	67	67	147	147	147	147	150
Equipe complementar	9	9	9	9	9	9	9
CERSAM	7	7	7	7	7	8	8
CERSAM AD	1	1	1	3	3	3	3
CERSAMI	1	1	1	1	1	2	2
Centro de Convivência	9	9	9	9	9	9	9
Arte da Saúde	49	49	49	49	49	49	49
Residência Terapêutica	28	28	28	28	29	32	33
Equipe Consultório Rua	--	2	4	4	4	4	4
Unidade Acolhimento Transitório	-	-	-	-	1	1	1
Nº atendimento CS, CERSAM, outros	267.300	306.870	296.710	287.179	329.223	270.624	269.820*

Fonte: Coordenação de Saúde Mental/GEAS/GTIS *parcial

No nível central, a Coordenação de Saúde Mental deu continuidade ao acompanhamento, gestão e fiscalização dos vários convênios existentes (SURICATO, CÁRITAS Arte, CÁRITAS Redutor, CÁRITAS SRT CERSAM, SOPÃO SRT, SSVP SRT CERSAM) e contratos referentes à alimentação (C3, Prudente e Nutrisabor), além da participação efetiva em vários espaços coletivos da SMSA BH, com a sustentação periódica do Fórum Ampliado de Saúde Mental. Reorganizando os processos de trabalho, foram redefinidas as coordenações das equipes de Consultório de Rua e Unidade de Acolhimento como ações distintas da Coordenação de Saúde Mental, permitindo assim um melhor acompanhamento desses dispositivos.

Com relação ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o ano de 2016 contabilizou 33 Residências Terapêuticas e 261 moradores, o que possibilitou o fechamento de várias clínicas e hospitais psiquiátricos, sendo o último deles o Hospital Sofia Feldman/Clínica Serra Verde. Após este processo, ainda foram desinstitucionalizados 5 usuários: 01 do CERSAM, 02 do Hospital Galba Veloso e 02 do Instituto Raul Soares. O projeto é mantido em parceria com três organizações da sociedade civil: o Sópão Mineiro, a Cáritas Brasileira e a Sociedade São Vicente de Paulo.

Na organização dos SRT a coordenação de Saúde Mental atuou na separação das funções das coordenações das casas e do projeto, investimentos em processos educacionais dos profissionais envolvidos, balizamento dos processos de trabalho das Organizações Não Governamentais (ONG), bem como complementação e estabilização do quadro de cuidadores.

Em 2016 houve a realização do seminário em comemoração aos 15 anos do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Belo Horizonte.

Outro Seminário importante foi o 1º Seminário dos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas de Belo Horizonte: “CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) - avanços e desafios”. O Seminário foi ampliado aos profissionais de outros serviços e de outras cidades com a finalidade de promover reflexões acerca da temática. Na sequência, foi promovida uma Oficina voltada aos trabalhadores dos CERSAM e do CMT com a finalidade de promover uma reflexão e construção acerca do atendimento aos usuários e do processo de trabalho nos CAPS AD. Esse processo marcou uma maior aproximação do CMT com a rede da PBH. Para produção, organização e desdobramentos do Seminário e Oficinas foi criado um grupo composto pela coordenação de Saúde Mental, gerentes dos CAPS AD e Unidade de Acolhimento Transitório (UA).

Em 2016, a UA que atende três CERSAM AD, recebeu reorientação na coordenação com exclusividade e maior proximidade do trabalho. Ficou definida a coordenação para acompanhamento próximo do processo de trabalho das equipes do Consultório de Rua, sendo que o mesmo foi rediscutido, reordenado e passou a receber supervisão clínica mensal. Dando continuidade aos avanços dos nossos dados no SISREDE, em 2016 foram inseridos os profissionais do Consultório de Rua. Os profissionais redutores de danos e arte educadores também iniciaram o lançamento dos dados no e-SUS.

Ocorreu uma maior articulação do Consultório de Rua com o Projeto “BH de mãos dadas contra a AIDS” da Coordenação de Saúde Sexual.

A partir de um diagnóstico sobre os principais impasses da rede de atenção às gestantes em uso abusivo de álcool e outras drogas, foi constituído um grupo de trabalho interno na GEAS com a participação de diferentes coordenações para acompanhamento de casos e discussão dos fluxos.

A coordenação de Saúde Mental participou, junto com a Secretaria Municipal de Educação (SMED) do Curso para Educadores como parte das atividades do projeto de elaboração de um plano de prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas para as escolas da Rede Municipal de Educação. O curso foi desenvolvido pelo Centro de Referência em Redução de Danos (CRR) da Escola de Enfermagem da UFMG e de maneira intersetorial com a SMSA BH.

Em relação ao acompanhamento da criança e adolescente, a estratégia “Arte da Saúde” manteve-se com o funcionamento de todas as 49 oficinas. Em dezembro houve um encontro de formação para os monitores do Arte da Saúde.

Houve avanço na discussão do acompanhamento dos casos oriundos do Sistema Sócio Educativo, promovendo a articulação e o acompanhamento dos adolescentes cadastrados. Esta articulação favoreceu a inserção dos adolescentes usuários do CAPUT (instituição que atendia adolescentes encaminhados pelo Sistema Sócio Educativo e que teve seu convênio encerrado pelo Estado), na rede de saúde municipal. Assim foi possível uma maior integração entre os profissionais envolvidos e construção do vínculo junto à equipe do CS que coordena o cuidado. A criação de uma comissão com representantes de várias frentes de trabalho e coordenações, tem possibilitado a construção de soluções para os casos mais complexos.

Em relação aos Centros de Convivência, houve a participação de todas as unidades no evento patrocinado pelo SESC Palladium, que teve como eixo curatorial “Arte e Loucura”. A exposição de trabalhos dos usuários na galeria durou uma semana. Também aconteceu o recorte da exposição 35 anos de Basaglia no Brasil, mostra de vídeos artísticos realizados nos Centros de Convivência, show do coral São Doidão, show da Banda Experimental do Barreiro, Viva a Diferença-Mostra de Música Autoral e exposição dos cartazes de 18 de maio. Também houve participação na Virada Cultural de Belo Horizonte, promovido pela Fundação Municipal de Cultura, nos dias 9 e 10 de julho de 2016.

Os Centros de Convivência receberam vários estudantes de graduação tendo constituído campo de estágio para várias faculdades, além de receber os residentes da Residência Integrada de Saúde Mental.

Os Centros de Convivência fizeram apresentações e exposição em feiras, jornadas, seminários, organizados por diferentes instituições, divulgando o trabalho do SUS - BH.

O potencial de transformação dos significados da loucura por meio do desfile de 18 de maio de 2016 (Dia Nacional da Luta Antimanicomial) foi protagonizado pelos usuários dos Centros de Convivência, juntamente com vários parceiros. O desfile funciona como espaço de reflexão, podendo ser considerado um desdobramento do Movimento da Luta Antimanicomial em Minas Gerais. Publicações acadêmicas aprofundam esta temática.

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-96TKH9>

O Centro de Convivência Venda Nova mudou de local, o que trouxe impacto positivo. Há uma maior área externa, quintal, piscina, criação de galinhas, horta vertical, ampliando a oferta de atividades aos usuários.

Foi montada uma comissão proposta pela Coordenação com vários atores para pensar o equipamento Centro de Convivência no sentido de fortalecer e ampliar esse dispositivo.

No campo da formação, destaca-se a Residência Integrada em Saúde Mental que processa uma consolidação progressiva, com grande avanço em 2016, em relação à diretriz de formação do projeto de 2011. O aprendizado é baseado em problemas e referenciado nas Práticas em Saúde Baseada em Evidências, Experiência e Valor. Foi implantada a formação dos residentes em todos os segmentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Belo Horizonte.

Dentro deste contexto, houve grande avanço quanto ao objetivo de criar um modelo e dispositivos de avaliação formativa dos residentes. A base do sistema de avaliação formativa já está consolidada, sendo que os dispositivos da discussão clínica baseada em casos e da avaliação do encontro clínico (translação da matriz do Reino Unido) foram testados e implantados. Foram dados passos importantes no processo de criação de um novo modelo de preceptoria. Este modelo está centrado na diretriz que a rede de cuidados como um todo é formadora, e a formação é uma função essencial e acoplada à produção de cuidados de alta qualidade, sendo um fator importante para a sua melhoria contínua. A preceptoria e a formação são sustentadas pelo gestor, por todos os profissionais do serviço e pelos usuários, sendo os preceptores parte do processo de formação, com as funções de formalizar, organizar e alinhar o processo em uma direção clara e objetiva.

A consolidação sistemática da RAPS é potencializada pelas articulações (internas e externas à SMSA BH). Em 2016 a Gerência de Medicamentos (GEMED) apresentou um diagnóstico do uso de

medicamentos psicotrópicos no SUS BH, com destaque para os CERSAM. Problemas vêm sendo enfrentados, sobretudo na reavaliação dos medicamentos disponíveis.

Quanto a melhoria do quadro de pessoal para a RAPS, está em construção, junto à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação (GGTE), estudo para redimensionamento de pessoas para a RAPS BH. A proposta é traçar um desenho lógico para fazer a adequação dentro da necessidade de cada território e dentro dos recursos disponíveis.

Cabe mencionar ainda, a inserção da Residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares na RAPS e a articulação com a Residência de Psiquiatria do Hospital Odilon Behrens (HOB) está em andamento.

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, também em 2016, esteve presente na agenda política e de planejamento da SMSA/SUS-BH. Algumas das ações e atividades de promoção da saúde se traduzem com importância na rotina do trabalho na APS. A cessação do tabagismo, a alimentação saudável, as práticas de atividades físicas com as academias da cidade e o Lian Gong em 18 Terapias, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), são exemplos de frentes de trabalho inseridas no cotidiano das unidades promotoras de saúde. Nos aspectos gerais, a promoção da saúde tem sido um tema lembrado com mais constância e insistência na rede SUS-BH. A articulação do Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS), a sua institucionalização e nomeação de profissionais em portarias da SMSA/SUS-BH confirmou a importância do conjunto de representações de trabalhadores que se alinham e reproduzem essas práticas e ideias paradigmáticas que valorizam a vida e a saúde humanas.

As tarefas não foram poucas e o GTPS se desdobrou em vários subgrupos. São eles: GTPS/VIOLÊNCIAS (sobre as ações cotidianas diversas), GTPS/VIOLÊNCIAS/FLUXOS (sobre os fluxos da rede de atenção às pessoas em situações de violências), GTPS/VIOLÊNCIAS/CADEIA DE CUSTÓDIA (sobre o aperfeiçoamento da coleta de vestígios pós-violências sexuais), GTPS/VIOLÊNCIAS/ENCONTROS (sobre a realização dos encontros distritais e municipal), GTPS/VIOLÊNCIAS/JURÍDICO (sobre o apoio jurídico institucional aos profissionais do SUS-BH) e GTPS/VIOLÊNCIAS/ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL - ADOLESCENTES (sobre as condições de alta dos usuários e usuárias vitimados por violências). Nesse primeiro momento, este último subgrupo ficou relativamente focado sobre os adolescentes. Todos os

subgrupos citados acima trabalharam com harmonia entre si, garantindo um maior aprofundamento sobre o tema da promoção da saúde.

O desenvolvimento desse trabalho do GTPS fez adiantar a proposição inscrita no PMS/BH 2014-2017 sobre a aprovação da Política Municipal de Promoção da Saúde (PMPS/SUS-BH) prevista para ser implantada em 2017. Foi entregue ao Secretário Municipal de Saúde, no dia 01 de dezembro de 2016, a proposição da PMPS/SUS-BH. Esta proposta foi colocada sob consulta pública até o dia 20 de janeiro de 2017. Desta forma, foi fechado com chave de ouro o proveitoso ano de 2016 para a promoção da saúde.

Não se pode deixar de tocar em um tema recorrente no ano de 2016, que, infelizmente, contraria valores e princípios previstos na promoção da saúde. O SUS, sistema público universalista e maior política inclusiva do país, que garante a viabilidade de propostas como aquelas da promoção da saúde, sofreu ataque aos seus princípios. O GTPS esteve atento a essa situação e em todas as oportunidades apresentou esse debate e fez a defesa do SUS.

Para 2017 está planejado a realização de “Oficinas de Cultura da Paz e Promoção da Saúde no SUS-BH” em todos os centros de saúde, para todos os trabalhadores e trabalhadoras da APS, com carga horária de 08 horas.

2.4.1 Academias da Cidade

As Academias da Cidade configuram-se como espaços de vigilância à saúde, utilizando a prática do exercício físico como ferramenta na busca da melhoria da qualidade de vida da população adscrita às áreas de abrangência dos Centros de Saúde. As atividades são ministradas por profissionais habilitados em Educação Física, tendo a contribuição de outros profissionais e setores governamentais e não governamentais, favorecendo assim o processo educativo e cultural que possibilita a construção de modos de vida saudáveis.

Qualquer pessoa, preferencialmente acima de 18 anos pode participar das práticas nas Academias da Cidade. As aulas são realizadas de acordo com a necessidade e condição física dos participantes. O objetivo é desenvolver o condicionamento cardiorrespiratório, a qualidade de vida, a promoção a saúde e prevenção da doença, através de aulas de ginástica, exercício de força, caminhada, corrida, dança, jogos, lutas, esportes, atividades gerais, entre outros.

Cada unidade da academia possui em média 230 usuários e funciona de segunda a sábado, em um ou mais turnos: manhã, tarde e noite. Cada usuário utiliza a academia durante uma hora, pelo menos três vezes na semana.

Ao longo dos últimos anos a ampliação da Academia da Cidade é um exemplo da evolução das ações de promoção da saúde desenvolvidas em Belo Horizonte, como Projeto Sustentador da SMSA BH.

A Tabela 9 mostra a evolução do número de academias, professores e usuários no período de 2011 a 2016.

Tabela 9: Evolução do número de Academias da Cidade, professores e usuários no período de 2011 a 2016.

Especificação	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de Academias	41	53	63	61	63	76
Número de Professores	137	154	170	176	176	170
Número de Usuários	18.570	25.062	24.589	24.479	17.855	19.602

Fonte: GEAS/SMSA BH / Planilha de Informação da Academia da Cidade

De acordo com o Programa de Governo 2010/2017, baseado na Programação Anual de Saúde (PAS), foram estabelecidos os objetivos para a Academia da Cidade, pactuados no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) e, como projeto prioritário e estratégico, no BH Metas.

A meta inicialmente estabelecida no Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017 foi de 100 polos de Academias da Cidade. Os investimentos para a construção de Academias da Saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde foram insuficientes, necessitando de uma contrapartida do município, o que não foi possível, em 2016.

No ano de 2015 iniciou-se o processo de reestruturação do Programa Academia da Cidade, revendo tanto os fluxos e processos de trabalho quanto o redimensionamento dos profissionais das Academias. A otimização destes processos tornou possível a abertura de algumas academias que se encontravam com suas obras concluídas, aguardando profissional para sua abertura e buscando outros espaços disponíveis sem gerar ônus para a SMSA-BH.

Com isso, no ano de 2016 foram abertas 13 novas academias, totalizando 76 unidades, redimensionadas em 4 modelos.

- MODELO 1: Um Profissional de Educação Física
- MODELO 2: Dois Profissionais de Educação Física
- MODELO 3: Três Profissionais de Educação Física
- MODELO 4: Quatro Profissionais de Educação Física (2 no período da manhã e 2 no período da noite)

O redimensionamento dos modelos teve por objetivo a amplitude no atendimento à população do município, com foco na prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, a definição do Modelo a ser aplicado a cada academia se deu a partir da análise dos dados disponíveis sobre o público que frequenta as academias da cidade, a taxa de adesão, a análise da melhora no estado da saúde dos usuários e a escuta da GERASA, coordenadores e professores locais, definindo um escore que indicou em quais locais seria possível realizar a mudança do modelo.

Observa-se a diminuição do número de usuários das academias da cidade nos últimos anos. O período em que se iniciou a diminuição coincide com a transição dos profissionais de contratos para os efetivos. Com a chegada dos novos profissionais, fez-se necessário a capacitação e adequação para o trabalho, considerando que a maioria não conhecia os processos dos atendimentos da rede SUS-BH. Neste mesmo período, também, iniciou-se processo de avaliação mais efetivo e aulas com um controle mais qualificado no que diz respeito à estratificação de risco, com priorização da qualidade em detrimento da quantidade.

Outro ponto a se considerar é que os educadores físicos não puderam mais contar com o auxílio sistemático de 2 estagiários por academia, no apoio às atividades. Com a redução no quadro de apoio a maioria dos educadores físicos das academias unificou as turmas para garantir um melhor acompanhamento nas aulas no salão e caminhada, ocasionando a redução de alunos.

A revisão de todo o processo de trabalho por meio de Oficinas das Academias da Cidade aproximou os atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), melhorando o trabalho em rede e a comunicação.

Considerando que a meta dessa Secretaria é ter de 100% das academias da cidade informatizadas até 2017, cerca de 31% delas já estão interligadas ao SISREDE via intranet. Problemas relacionados aos sistemas de informação impactam nas tarefas desempenhadas pelos educadores físicos. A falta de computadores e acesso à internet dificulta substancialmente as avaliações dos usuários, cadastros diários dos usuários no e-SUS, acesso ao SISREDE, interferindo na atualização da série histórica de produção e acompanhamento dos indicadores pactuados. O módulo coletivo no SISREDE web já foi

implantado em dois distritos (Barreiro e Venda Nova) e já autorizado ampliação para os demais distritos (este procedimento qualificará o sistema de informação).

2.4.2 Lian Gong em 18 Terapias

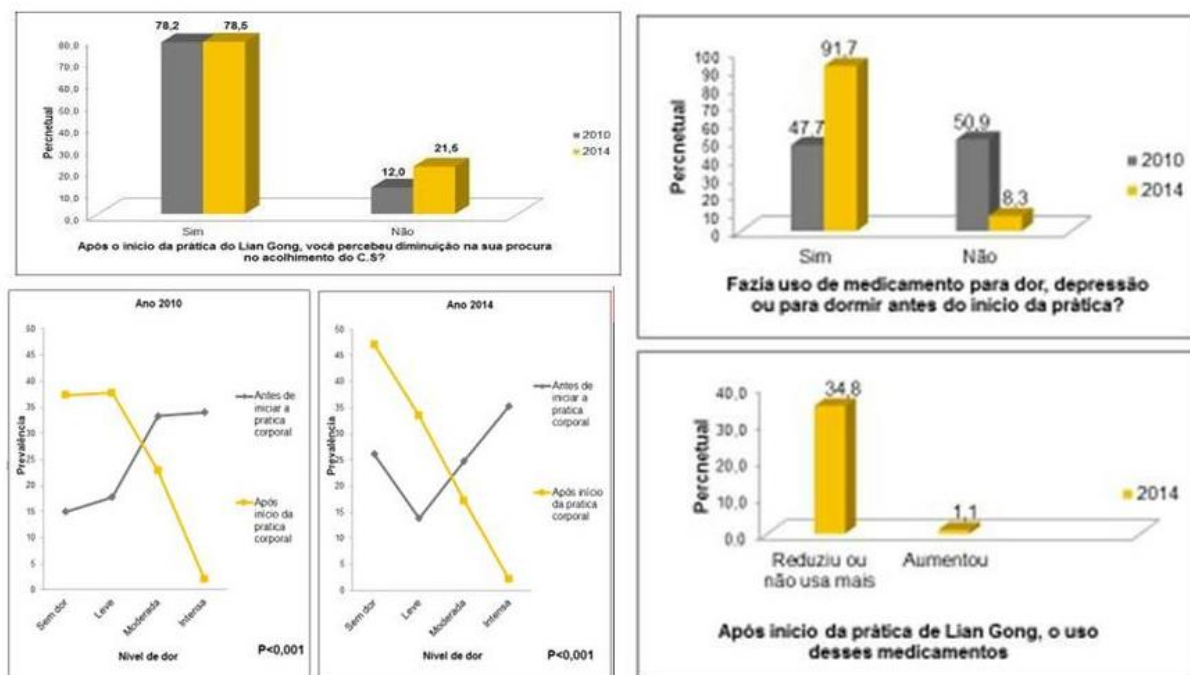
O Lian Gong em 18 Terapias (LG18T) foi implantado em 2007 para ampliar o acesso às atividades físicas/práticas corporais, integrado às ações da Estratégia da Saúde da Família. O objetivo do LG18T é contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Visa promover a saúde, prevenir as doenças, prolongar a vida, despertando em cada indivíduo o sujeito responsável pelo cuidado e promoção da sua própria saúde. Além da atividade física, LG18T trabalha o corpo, a mente e as emoções, buscando a transformação do sujeito na sua essência. A mudança acontece de dentro para fora, estimulando a sua independência e o autocuidado.

Para registrar os benefícios do LG18T foi realizada uma pesquisa, (parte quantitativa) “Avaliação da efetividade do programa de Lian Gong em 18 terapias na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”, desenvolvida em parceria com a UFMG, finalizada em 2015. O link abaixo é do artigo publicado a partir desta pesquisa.

http://www.convibra.com.br/upload/paper/2015/71/2015_71_11376.pdf

O Gráfico 19 ilustra os principais resultados encontrados.

Gráfico 19: Principais resultados encontrados na pesquisa “Avaliação da efetividade do programa de Lian Gong em 18 terapias na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”.



Foram considerados 468 questionários aplicados em 2010 e 1.091 questionários aplicados em 2014. As principais vantagens trazidas pela prática de Lian Gong em 18 terapias que foram analisadas neste estudo são a redução e até eliminação de dores, a redução do uso de medicamentos (41,4% de redução no ano de 2010 e 29,97% em 2014), a redução da procura pelos serviços de saúde (86,7% no ano de 2010 e 78% em 2014). A pesquisa pela UFMG em parceria com a SMSA, continua desde 2015, agora com o estudo qualitativo.

Para divulgar e ampliar a visibilidade, bem como aumentar a sensibilização sobre a importância das ações da Promoção da Saúde, a Coordenação do LG18T tem participado de eventos externos e Congressos. Nestes eventos tem apresentado os resultados da pesquisa realizada em 2010 e 2014. Em 2016 houve a participação na 22ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Curitiba e no II Simpósio Internacional de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde realizada em Porto de Galinhas.

Desde 2007 até 2015 foram capacitados 469 profissionais da Rede SUS BH como instrutores de LG18T. Atualmente, são 288 instrutores oferecendo a prática em 221 espaços da cidade. Em 2016, embora não tenha havido capacitação para novos instrutores, foi oferecido o curso de manutenção de qualidade da prática para os instrutores já capacitados.

O investimento financeiro para implantação do LG18T é considerado baixo, dado que os espaços físicos utilizados são os disponíveis dentro das unidades de saúde ou em estruturas no entorno destas unidades (quadras, igrejas, praças, academia da cidade, escolas, centros culturais, CRAS, CAC, Associações de Bairro, etc). Para a prática, não são necessários equipamentos e colchonetes. O gasto é apenas com a formação dos instrutores.

Os profissionais instrutores de LG18T estão lotados nas unidades, não havendo gastos adicionais com remuneração. Nenhum instrutor é exclusivo do LG18T uma vez que integra as equipes nas unidades onde estão lotados. A Coordenação do LG18T não tem governabilidade sobre as agendas e as ações prioritárias destes trabalhadores. Existe uma grande oscilação da oferta da prática de LG18T. A sua frequência irá depender da agenda prioritária do instrutor. Com o atendimento de casos agudos, da demanda espontânea, das situações de epidemias e da falta de profissionais, a prática de LG18T muitas vezes fica prejudicada. Manter a frequência e número de práticas irá depender também da sensibilização sobre a importância de ações de Promoção da Saúde por parte do gerente da unidade, das equipes e dos trabalhadores em geral.

Em 2016 não foi possível avançar na implantação e consolidação do LG18T, em razão de alguns fatores que contribuíram para não atingir a meta estabelecida. As epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya no primeiro semestre mobilizaram parte dos profissionais instrutores que tiveram que suspender a prática e cujo retorno da oferta se dá de forma lenta. A ausência do Curso de Manutenção da Qualidade da prática para os instrutores, por quase um ano devido ao término do contrato de compra de serviço para o curso, também impactou nos resultados. Neste curso, a Coordenação do LG18T tem oportunidade de discutir e acompanhar as ações dos instrutores nas unidades. A redução do número de horas por equipe do NASF também trouxe dificuldades para o LG18T, considerando que muitos instrutores que pertencem às equipes do NASF ficaram assoberbados com esta redução e tiveram que interromper as atividades ou reduzir a oferta de aulas de LG18T.

Outro fator dificultador foi a falta de espaços físicos adequados para oferecer a prática dentro da própria unidade. Dos 221 locais apenas 48 são em centros de saúde. Os demais, 173 acontecem no seu entorno: quadras, praças, igrejas, salões paroquiais, escolas, centros culturais, CRAS e parques.

As dificuldades no repasse da informação do número real de praticantes constitui um grande problema. Neste momento de transição de Sistema de Informação, em que se encontra em curso a instalação do e-SUS, os dados dos praticantes de LG18T são quantificados manualmente pelos instrutores, que repassam para a consolidação do coordenador distrital e o mesmo encaminha ao coordenador no nível central. Infelizmente, muitos instrutores (cerca de 40%) não fornecem as informações adequadas. A Tabela 10 ilustra o cenário atual.

Tabela 10: Total de unidades, espaços, grupos, instrutores e alunos inscritos na prática de Lian Gong no período de 2008 a 2016. Belo Horizonte, 2016.

Lian Gong	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Unidade (acumulado)	70	109	136	165	167	167	167	165	198	198
Espaço (acumulado)	--	--	--	--	--	202	222	217	221	221
Instrutores capacitados por ano	70	70	70	70	70	38	41	39	0	468
Alunos Inscritos (acumulado)	2.100	4.360	6.300	7.500	10.000	10.000	11.500	11.700	8.731	8.731

Fonte: Coordenação do Lian Gong / GEAS / SMSA BH

Diante deste cenário, é possível concluir que existe um sub registro de dados, que não representam o número real de praticantes. As planilhas de consolidados do LG18T dos distritos informam somente 4.661 (53,38%) praticantes ativos dos 8.731 praticantes inscritos.

Os vários fatores listados influenciam na oferta da prática provocando variações no número de locais e também no número de praticantes regulares. Pode-se afirmar que o LG18T é flutuante e sazonal na medida em que a atividade depende da existência ou não de epidemias ou de outras prioridades no processo de trabalho dos instrutores. A suspensão da atividade ocorre nos períodos de chuva, pelo fato de ser executada em locais abertos, por motivo de férias, licença médica ou licença maternidade em unidades que possuem apenas um instrutor em atividade.

Um conjunto de encaminhamentos estão previstos pela Coordenação do LG18T com o propósito de avançar no melhor atendimento à população:

- Investir na realização de reuniões Distritais com gerentes locais para discutir o Lian Gong e a importância no registro e repasse de informações;
- Dar ênfase sobre a importância da participação dos instrutores no Curso de Manutenção da qualidade da prática e dos padrões da técnica;
- Sensibilizar instrutores para conduzir a prática e gerentes no sentido de liberar os profissionais para o curso. Reforçar as orientações sobre a construção de dados do LG18T e a importância dos dados nas aulas do curso de Manutenção;
- Incentivar e acompanhar a participação de ACE e ACS na prática de LG18T, seguindo definição do Secretário;
- Participar de eventos e congressos para divulgação do LG18T;
- Sensibilizar a participação das Comissões Locais de Saúde para divulgação, acompanhamento e participação nesta ação relevante na Promoção da Saúde.

2.4.3 Tabagismo

Em 2001 a SMSA BH iniciou as ações de Controle do Tabagismo com esclarecimentos e atividades educativas para a rede municipal de saúde. Desde 2004, profissionais de nível superior têm sido capacitados para realizar a Abordagem Intensiva dos Fumantes através da terapia cognitivo-comportamental, em grupo ou individual, com a distribuição de insumos (manuais e medicamentos). A metodologia utilizada é proposta pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde.

As informações da Tabela 11 são relativas às capacitações oferecidas aos profissionais de saúde e à oferta de Abordagem Intensiva aos fumantes nos centros de saúde, no período de 2013 a 2016.

Tabela 11: Número de profissionais capacitados e centros de saúde com abordagem intensiva aos fumantes no Controle do tabagismo na rede SUS BH, no período de 2013 a 2016, Belo Horizonte

Especificação	2013	2014	2015	2016
Nº de profissionais de nível superior capacitados	341	200	229	228
Nº de profissionais de nível médio capacitados	0	0	178	118
Nº de CS com abordagem intensiva aos fumantes em grupo	73	97	103	122

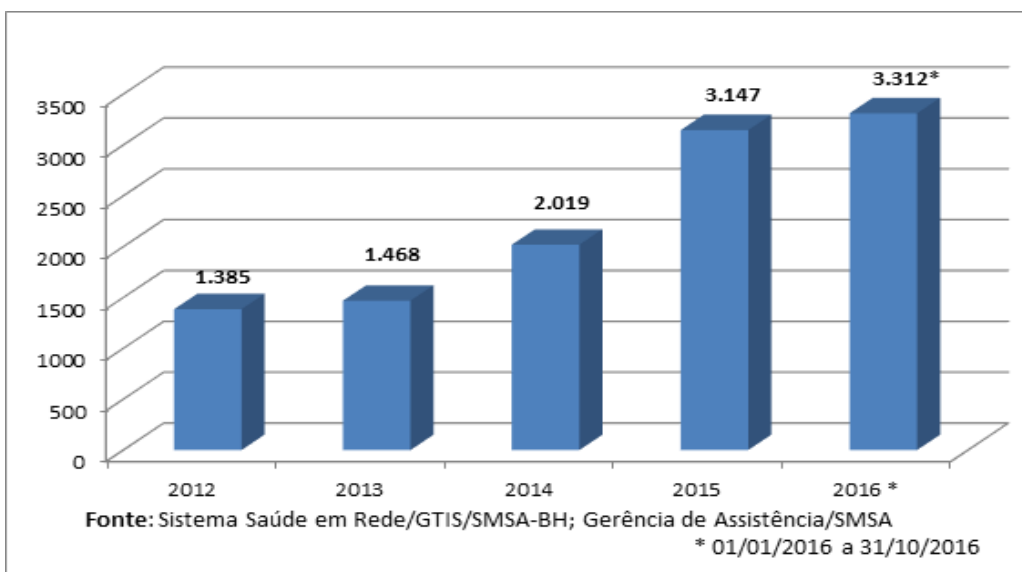
Fonte: Controle do Tabagismo/GEAS/SMSA BH.

Existem profissionais capacitados para o Controle do Tabagismo em 146 Centros de Saúde. No período de 2012 a 2016, somente em 4 centros de saúde não houve a participação de profissionais em capacitação de tabagismo. A partir de 2015, o município tem oferecido capacitações para profissionais de nível médio, com o objetivo de ampliar a abordagem breve aos fumantes nos Centros de Saúde. No ano de 2016, os profissionais de nível médio que participaram dessa capacitação foram os auxiliares e técnicos de saúde bucal. Embora todas as 146 unidades da APS tenham potencial para realizar a abordagem intensiva em grupo aos fumantes, em 24 Centros de Saúde existem profissionais capacitados, mas o tratamento ainda não tem sido realizado. Apesar disso, observa-se um aumento da oferta da Abordagem Intensiva aos Fumantes nos Centros de Saúde do município.

Em relação ao número de fumantes tratados, houve aumento significativo no período, como demonstrado no Gráfico 20.

Dentro do Projeto de Monitoramento Quadrimestral do Estado de Saúde da População de BH, conduzido pela Gerência de Planejamento, existe o indicador “Percentual de fumantes diabéticos identificados pelo Centro de Saúde”. Os resultados vêm sendo monitorados pela Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI), juntamente com a GEAS, com o objetivo de alertar as equipes de Saúde da Família sobre os usuários que são fumantes e apresentam outros fatores de risco para doenças crônicas.

Gráfico 20: Número de fumantes atendidos nas ações de Controle do Tabagismo do SUS BH no período de 2012 a 2016



Nas datas comemorativa de 2016 (31 de maio, Dia Nacional e 29 de agosto, Dia Mundial de Combate ao Fumo), foram realizadas atividades de Abordagem Breve aos Fumantes no Hospital das Clínicas da UFMG e na Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Ambas as instituições são parceiras no controle do tabagismo.

As ações de Controle do Tabagismo estão incluídas na implantação da Estratégia de GCT. Isto está possibilitando a obtenção de informações para diagnóstico do controle do tabagismo no território, o que permitirá intervenções descentralizadas e mais efetivas junto aos Distritos Sanitários e centros de saúde.

2.4.4 População privada de liberdade

Em 2003, 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 destas três unidades, em 2016, foi de aproximadamente 600 pessoas e apresenta grande variabilidade, conforme Tabela 12.

Tabela 12: População privada de liberdade atendida pela equipe da SMSA

Unidade Prisional	Público	Capacidade	Lotação Média
CERESP/Centro Sul	Feminino Provisório	90	170
Penitenciária Estevão Pinto/Leste	Feminino Sentenciado	374	400
Casa Albergado Presidente J. Pessoa	Masculino Regime Aberto	84	30

Fonte: SEDS / GEAS / SMSA BH

Existem consideráveis diferenças entre essas IP, tanto em relação à estrutura física quanto às características do regime de pena das suas populações. As IP estão localizadas em vários Distritos Sanitários, de modo que os profissionais da ESF transitam entre territórios sanitários para além das delimitações geopolíticas definidas.

A equipe da ESF da PPL oferta os serviços da APS, juntamente e, em corresponsabilidade, com a equipe de saúde da Secretaria Estadual 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 a lógica da coordenação do cuidado do Centro de Saúde da área de adscrição do território sanitário onde a IP se localiza.

O princípio da equidade, entre outros, é aplicado às pessoas e/ou populações de maior vulnerabilidade social e sanitária, no caso, as privadas de liberdade que se encontram sob custódia do Estado. 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:

- 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.

A atuação da equipe de saúde da SMSA BH representa uma grande contribuição para a melhoria da saúde da população prisional. A rede SUSBH fica diretamente à disposição da PPL, 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 APS, oferecido a qualquer município de Belo Horizonte, nos demais níveis de atenção, de acordo com os critérios e diretrizes do SUSBH.

Em junho de 2016 houve a implantação das Ações de Promoção, Prevenção e Testagem Rápida nas Instituições Prisionais de Belo Horizonte. Essa é uma das ações em parceria e corresponsabilidade entre Estado e Município e que tem no princípio da equidade a sua justificativa para implantação. Os profissionais de saúde da SEDS, lotados nas Instituições Prisionais de BH foram capacitados pela Coordenação de Saúde Sexual e Reprodutiva, para realização das testagens, aconselhamento, fluxos e diretrizes do SUSBH. Estes profissionais também foram capacitados para trabalhar de acordo com as diretrizes, princípios, fluxos e protocolos assistenciais.

Desta forma foi incentivado o compartilhamento de saberes, experiências, reflexões e conhecimento entre a SMSA BH e a SEDS, com vistas ao exercício da humanização e da equidade, a partir do acesso pelos detentos às políticas públicas.

Também durante 2016, a GEAS teve uma intensa agenda de trabalho, reuniões e capacitações junto com a SEDS, sobre temas relacionados com as equipes de saúde prisional de ambas as instituições, com vistas ao aprimoramento do processo de trabalho, ajustes às diretrizes e protocolos assistenciais, fluxos e as recomendações do SUSBH, em busca da construção de uma proposta conjunta para a ação das duas instituições e contribuição para a construção da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde Prisional (PNAISP).

Como desdobramento, houve a pactuação das atribuições e processo de trabalho da equipe de enfermagem do Complexo Penitenciário Estevão Pinto (PIEP) com definição das responsabilidades específicas dos membros de cada equipe (SMSA BH e SEDS) e as comuns, a serem executadas e avaliadas a partir de outubro de 2016.

2.4.5 Bolsa Família

No primeiro semestre de 2016, o número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família foi de 60.090. De acordo com o resultado das vigências disponíveis, foi alcançado um percentual de 90,2% de acompanhamento das famílias beneficiárias totalmente acompanhadas. Dos 9,8% restantes, 0,4% foram parcialmente acompanhadas, 0,5% foram localizadas e não acompanhadas, 5,3% não foram localizadas e 3,6% não foram visitadas. O percentual de acompanhamento entre os distritos sanitários variou de 80 a 96%.

Muitas dificuldades e problemas encontrados no processo de trabalho dos Centros de Saúde comprometem o acompanhamento das famílias:

- As micro áreas descobertas pelos ACS;
- A redução do número de estagiários e a demissão de vários digitadores;
- O surto de Dengue que sobrecarregou todos os profissionais dos Centros de Saúde;
- A falta de captação e acompanhamento de algumas gestantes no sistema; e ainda
- O erro de digitação de sexo durante o cadastramento no CadÚnico da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) realizada nas Gerências de Transferências de Renda Distritais que inviabilizou o acompanhamento das beneficiárias e ocasionou suspensão do benefício

Na segunda vigência de 2016, o resultado das famílias totalmente acompanhadas (resultado parcial) é de 83%, segundo o Ministério da Saúde através do sistema WEB do Programa Bolsa Família. Há no município 47.888 famílias beneficiárias, devido a atualizações cadastrais efetuadas pelo Ministério de Desenvolvimento Social e, conseqüentemente pela SMPS. O prazo final para o lançamento dos dados, pelos profissionais da saúde, de acompanhamento do Programa no sistema foi em janeiro de 2017. O levantamento final pelo MS ocorrerá em meados do primeiro semestre deste mesmo ano.

Em relação aos níveis central e distritais também existiram dificuldades. A greve do DATASUS ocasionou um mês de atraso para abertura do sistema e conseqüentemente atraso no acompanhamento das famílias beneficiárias. Houve a troca da empresa prestadora de serviços para a Secretaria Municipal de Políticas Sociais, que contrata os auxiliares administrativos distritais. A troca dos auxiliares administrativos, por duas vezes consecutivas, em curto período de tempo no período de junho a outubro, demandou treinamento de toda a equipe distrital por duas vezes. A alteração do processo de trabalho com modificação das atribuições dos auxiliares administrativos para adequar ao cargo também foi fator complicador. E por último, houve a divisão das atribuições das referências técnicas da GERASA e da GEREPI.

Dentre os vários avanços alcançados destacam-se:

- A finalização do documento de atribuições referentes a todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho do Programa Bolsa Família o que contribuiu na qualificação do acompanhamento das famílias beneficiárias.
- A criação de fluxo de acompanhamento intrasetorial e intersetorial para a População em Situação de Rua;
- A revisão do fluxo de recursos de descumprimento de condicionalidades da SMPS para a SMSA;
- A implementação de medidas preventivas junto aos três níveis de acompanhamento da SMSA BH (central, distritais e locais) reduziu o número de descumprimentos encaminhados via sistema Web para o Ministério da Saúde.

A realização do Seminário “Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família na Saúde” para assistentes sociais e outros profissionais de nível universitário que trabalham com o Programa Bolsa Família contribuiu neste processo. O planejamento do curso de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde com um módulo específico para acompanhamento das populações mais vulneráveis, focando no Programa Bolsa Família, na Família Cidadã e na População em Situação de Rua e que está previsto para o início de 2017 também merece destaque.

2.4.6 Projeto Família Cidadã

A PBH criou o Projeto Família Cidadã, implantado em 2002, com a Coordenação Geral da Secretaria Municipal de Políticas Sociais por meio da Gerência do BH Cidadania. Dele participam as Secretarias de Governo, Secretaria Adjunta de Assistência Social, Secretaria de Esportes e Lazer, Secretaria Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional, Secretaria Adjunta de Direitos de Cidadania, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria Adjunta de Trabalho e Emprego, Secretaria de Administração Regional e URBEL (Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte). O objetivo é promover a inclusão das famílias mais vulneráveis e melhorar a sua condição de vida e de saúde, contribuindo para a promoção da cidadania.

Em 2015, numa segunda edição do Projeto, foram definidos alguns critérios para a seleção das Famílias. A família deve residir no território do BH Cidadania/CRAS; ser inscrita no CADÚNICO, possuir renda per capita até R\$77,00 e morar em uma região com IDH \leq 0,5. Foi definido que seriam 60 famílias por território BH Cidadania.

Com estes critérios foram selecionadas 2.040 famílias, para serem acompanhadas por dois anos, de 2016 a 2018, pelas políticas públicas, em especial educação, políticas sociais e saúde.

No SUS BH há Famílias Cidadãs distribuídas nas áreas de abrangência de aproximadamente 100 Centros de Saúde, dos 9 distritos sanitários.

O ano de 2016 foi determinante para a efetivação e a implementação do Projeto Família Cidadã, com a realização de várias ações. Houve a criação do Guia de Acompanhamento para o SUS BH, “Família Cidadã/BH sem Miséria”. Foi feita a busca ativa das famílias e a confirmação delas nas áreas de abrangência dos centros de saúde. O cadastro foi atualizado, houve a classificação de risco e elaboração do plano familiar como abordagem da equipe dos Centros Saúde. Foi definida uma referência técnica específica para o Projeto Família Cidadã por distrito sanitário, além de uma referência por Centro de Saúde envolvido. A partir disto, houve o início das discussões dos casos nos GT locais, com a elaboração do Plano de Ação Familiar Intersectorial e as rodas de conversas municipal, regionais e específicas. Desta forma foi possível a constituição dos grupos de trabalho internos da saúde para acompanhamento do projeto nos três níveis: central, distrital e local.

A partir dessas ações, vários resultados foram alcançados. Houve a realização de 8.473 buscas ativas e confirmação de 7.265 pessoas (87,70%) pelos ACS da ESF, com a atualização cadastral. No entanto não foram localizadas 1.208 pessoas (13,30%). A realização de sensibilização das equipes dos centros de saúde envolvidos no Projeto também se deu na apresentação da realidade dessas famílias. Encontros periódicos entre níveis central, distrital e local aconteceram visando a construção conjunta de estratégias para desenvolvimento do projeto e alinhamento das ações a serem desenvolvidas.

Os processos de trabalho internos da saúde são acompanhados por nove indicadores. São eles: vacinação para crianças de 0 a 5 anos; puericultura para crianças menores de 01 ano; puericultura de crianças entre 12 meses e 23 meses e 29 dias de vida; classificação nutricional em crianças de 0 a 5 anos; acompanhamento de adolescentes; adolescentes vacinados contra hepatite B; captação de gestantes precocemente; acompanhamento de pessoas com 80 anos ou mais e vacinação contra Influenza para pessoas com 60 anos ou mais.

Existem muitos desafios a serem enfrentados. Há diferenças entre os territórios do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o SUS BH, com limites geopolíticos diferentes, determinando distintas áreas de acompanhamento, dificultando o desenvolvimento, avaliação e monitoramento das políticas em algumas áreas específicas de Belo Horizonte. Os diferentes sistemas de informação (SIGPS, CADÚNICO, SISREDE) dificultam o acesso às informações comuns e a comunicação entre eles, provocando ainda

um retrabalho permanente. A seleção das famílias ficou limitada somente aos moradores das áreas BH Cidadania/CRAS, territórios definidos pela SMPS e não coincidentes com a divisão territorial do SUS BH.

Houve desligamentos do Projeto pelas famílias, em função da mobilidade frequente destas, dentro e também para fora do município.

No ano de 2016, houve o acompanhamento de 1.995 famílias e 8.496 pessoas. Sendo, 56,63% do sexo feminino e 43,19% do sexo masculino. A renda per capita predominante dos integrantes do Projeto é de até R\$85,00 (79,24%).

Para o ano de 2017 está previsto o aperfeiçoamento dos processos de acompanhamento e a verificação de melhoria do projeto.

2.4.7 População em Situação de Rua

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. O trabalho sistemático desenvolvido pela SMSA com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), outras secretarias municipais, órgãos de outras esferas e entidades de movimentos sociais é fundamental para a consolidação dos resultados alcançados.

Em dezembro de 2016 constava no CadÚnico do município de Belo Horizonte 5.650 pessoas em situação de rua. Estes dados são obtidos por meio de geoprocessamento, georreferenciamento e análise qualitativa/quantitativa, sob a responsabilidade da SMPS. Deste total, 4.069 encontram-se com o cadastro atualizado nos dois últimos anos. A maioria destes moradores (95%) é do sexo masculino. São 3.821 moradores de rua beneficiários do Programa Bolsa Família, o que corresponde a 90% dos cadastros atualizados. A maior concentração dessa população está na Regional Centro Sul, com 3.848 moradores, o que corresponde a 68% do total de cadastrados. A distribuição das pessoas moradoras de rua por regional encontra-se na Tabela 13.

Tabela 13: Distribuição das pessoas em situação de rua cadastradas por Distrito Sanitário, Belo Horizonte

Regional	Número de pessoas cadastradas
Barreiro	207
Centro Sul	3.848
Leste	223
Nordeste	217
Noroeste	376
Norte	466
Oeste	92
Pampulha	83
Venda Nova	128
Total	5650

Fonte: Cadastro Único Belo Horizonte, dezembro 2016

Em 2016, uma grande dificuldade enfrentada foi a mudança no cadastro de usuários na rede SUS BH, no SISREDE, interferindo na atualização dos dados cadastrais dos usuários em Situação de Rua. A falta de importância dada à marcação da alternativa, “sim” no campo “Está em situação de rua?”, pelos profissionais responsáveis pelo cadastro, dentro do módulo “Cadastro” é um problema sério para a consolidação fidedigna dos atendimentos prestados a esses usuários pelo SUS. Além disso, é vital investir continuamente na sensibilização dos profissionais da saúde para o acolhimento e o atendimento dos moradores em situação de rua, levando em consideração suas especificidades e a necessidade de superação de preconceitos e visões equivocadas em relação a esse segmento populacional.

Dentre os avanços alcançados, houve a criação de Grupo de Trabalho “População em Situação de Rua” envolvendo referências técnicas das coordenações e assessoria da GEAS; a inclusão do módulo “Saúde da População em Situação de Rua” no curso de “Gestão de Cuidado no Território” nos distritos. Na continuidade da sensibilização dos profissionais dos distritos sanitários foram destacados os Centros de Saúde com maior concentração de moradores em situação de rua em suas áreas de abrangência. O desenvolvimento do Grupo de Trabalho “População em Situação de Rua” na Regional Nordeste e no Centro de Saúde São Paulo merece destaque. Houve a criação dos fluxos de captação e

acompanhamento intra e intersetorial das beneficiárias em situação de Rua do Programa Bolsa Família, das gestantes em situação de vulnerabilidade social e dos sintomáticos respiratórios de Tuberculose em situação de rua. O desenvolvimento do plano emergencial de enfrentamento do inverno voltado para a população em situação de rua de BH em 2016 foi juntamente com a SMAAS. Nas ações da saúde os moradores em situação de rua receberam a vacinação para H1N1. Houve a participação e acompanhamento das reuniões intersetoriais ampliadas do Centro de Saúde Carlos Chagas, onde está lotada a equipe da Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), investindo assim na consolidação da intersectorialidade.

2.4.8 Terapia Comunitária Integrativa

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A TCI procura suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo de participantes, 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 TCI 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.

Em 2009, através de convênio com o Ministério da Saúde, a SMSA BH implantou a TCI na APS. Foram formados 41 Terapeutas Comunitários, sendo 25 ACS, 02 profissionais de nível médio e 14 de nível superior (médicos, enfermeiros, dentre outros). Esses terapeutas passaram a ofertar Rodas de TCI nos CS onde estavam inseridos. O objetivo das Rodas é fazer com que o grupo de participantes, evolua na direção da expansão da consciência sobre seus problemas e sobre suas soluções.

A alta rotatividade profissional e o tempo transcorrido entre a primeira formação e o momento presente, acarretaram uma defasagem na oferta de Rodas de TCI por CS. Em 2015, foi consolidada a "Intervisão" mensal como estratégia de educação permanente e continuada. A Intervisão é entendida como um "espaço" de reflexão e troca de saberes, experiências e recursos entre os terapeutas, para a condução e manejo das Rodas. Os encontros de "Intervisão" propiciam a superação ou a melhoria dos problemas vivenciados, na medida em que favorecem aos Terapeutas o monitoramento e a avaliação do método e processo de trabalho; a reflexão sobre o emprego e o uso do instrumental da TCI e seus fundamentos. Também, promove a revisão da formação educacional baseada nas dificuldades apontadas pelos terapeutas, visando garantir e qualificar a prática e o manejo das Rodas, em busca de maior assertividade. As Intervisões mensais e regulares previstas para o ano de 2016 foram suspensas durante os dois meses de maior pico da epidemia de Dengue e H1N1, ocorrida em Belo Horizonte. Esta decisão foi tomada pelo Grupo Condutor da TCI, devido à necessidade da maior presença dos profissionais da saúde nos CS. O propósito foi garantir o atendimento da demanda espontânea, em função da alta incidência de casos de dengue.

Entretanto, ocorreu a compensação e a extrapolação, para mais, no número final de Intervisões realizadas ao longo de 2016 em relação às previstas. Houve eventos de educação continuada extraordinários que ocorreram e foram realizados como desdobramento pela Coordenação do VIII Congresso Brasileiro e III Congresso Internacional de Terapia Comunitária Integrativa. Estas ações ocorreram como retribuição ao apoio dado pelos profissionais do SUS BH ao evento naquela data (de 16 a 19 de setembro de 2015, em Ouro Preto, Minas Gerais).

Em relação à meta de ofertar em 2016 a TCI em 80% nos centros de saúde que possuíssem Terapeuta Comunitário com formação, não foi possível alcançá-la. A epidemia da dengue mobilizou e priorizou os recursos materiais, profissionais e de gestão para a assistência na APS.

Ainda em 2016, buscando a efetiva gestão da equidade, foi introduzida a TCI na segunda versão do Projeto Família Cidadã / Programa BH Cidadania da SMPS, como parte da metodologia proposta. Foi oferecida a opção de mais uma estratégia de abordagem coletiva às Famílias Cidadãs. Esta estratégia contribui na busca de saídas, no encontro de respostas à dor existencial das pessoas que participam das Rodas de TCI e melhora a qualidade de vida dos participantes (usuários e profissionais). A TCI promove o uso racional dos recursos assistenciais da saúde, na medida em que diminui a demanda por consultas para a escuta de problemas difusos, sem um componente biológico específico. Outra

característica da TCI é reforçar o vínculo, favorecer a promoção humana e da cidadania, atentando para a necessidade do autocuidado e do protagonismo do sujeito sobre sua própria vida.

Em 2016, houve uma aproximação da TCI com a Coordenação de Saúde Sexual da GEAS visando o desenvolvimento de Rodas de Terapia Integrativa Comunitária junto aos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento. Também foram desenvolvidas Rodas de Terapia Comunitária Integrativa no nível central, junto à gestão da SMSA BH.

Em relação à meta de ampliar em 50% o número de terapeutas comunitários na APS, encontra-se em processo, o desenvolvimento do programa de capacitação para a rede.

Durante o ano de 2016, o SUS BH foi promovido, ao receber da Associação Brasileira de Terapia Comunitária o Título de Pólo do Cuidado.

Os resultados alcançados 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.

2.4.9 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 2016, algumas pactuações e articulações foram realizadas com relação às questões de promoção da igualdade de raça e gênero, inclusive no que se refere a doença falciforme. No Plano de Educação Permanente da SMSA BH, a abordagem dessas questões nas ações educacionais desenvolvidas pelo CES se tornou transversal em todos os cursos. Na construção do curso de capacitação destinado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi seguida esta mesma diretriz. 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.

Ao longo do ano, representantes da GEAS participaram de fóruns específicos para a discussão desta temática. Houve participação junto ao Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial e participação na Oficina de Trabalho – Eixos condutores para a Promoção da Saúde da População Negra na Década Internacional de Afrodescendentes e Lançamento da Revista Painel de Indicadores do SUS – Saúde da População Negra ocorrida em Salvador/BA.

Uma Comissão de Trabalho foi constituída para acompanhamento e construção das redes de atendimento e apoio às mulheres mães em vulnerabilidade em vias de judicialização. Os Distritos Sanitários contam com participação de referências técnicas nas Comissões Gestoras de Promoção da Igualdade Racial nas nove Regionais Administrativas.

Em 2016 foi publicada a Portaria SMSA / SUS- BH Nº 0181/2016 constituindo o Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde com representante da promoção da igualdade racial 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 Epidemiológica

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), 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), Vigilância Intensificada de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Influenza), SINAN Influenza Web e Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

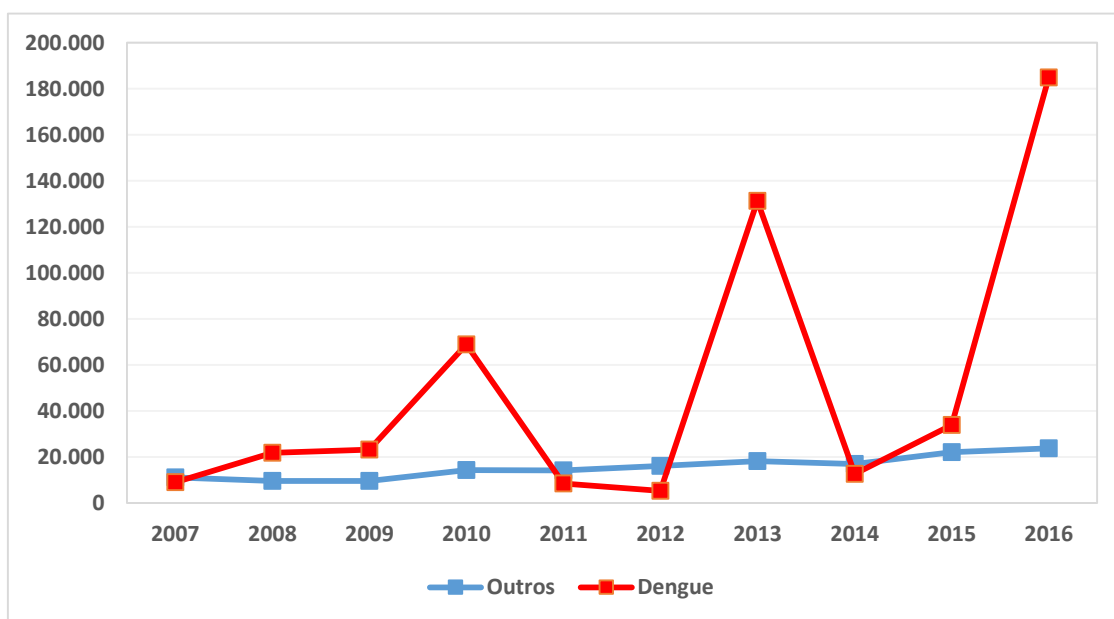
É também atividade da epidemiologia, a extração de indicadores para os diversos planos e pactos do município, juntamente com a Gerência de Planejamento e outros setores.

3.1.1 Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis

A. Dengue, Zika e Chikungunya

A dengue é a doença de notificação compulsória (DNC) com maior número de registros em Belo Horizonte, tendo representado mais de 80% de todas as notificações ocorridas em 2010. Em 2011 e 2012 houve uma redução no número de casos, passando a corresponder a 24% das notificações em 2012. Em 2013, com a ocorrência de uma epidemia, as notificações de dengue constituíram 88% das DNC. No ano não epidêmico de 2014 os casos voltaram ao patamar anterior, representando 42% do total de notificações. Em 2015 houve um aumento dos casos notificados em relação ao ano anterior, representando 61% do total de notificações. Já em 2016 com a ocorrência da maior epidemia de dengue na série histórica de Belo Horizonte, a doença correspondeu a 89% das DNC. 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 21).

Gráfico 21: Notificações de dengue e outras DNC, Belo Horizonte, de 2007 a 2016



Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH; residentes em Belo Horizonte, atualização 31/01/2017

A situação epidemiológica e a distribuição dos casos do município, ao longo da série histórica da vigilância do agravo, estão demonstradas no Quadro 1, na Tabela 14 e no Gráfico 22. A maior incidência da doença ocorreu no ano de 2016 com 6519 casos por 100.000 habitantes. Os anos com menores

incidências foram 2005, com três casos por 100.000 habitantes, e 2000 com 9,9 casos, por 100.000 habitantes. Em 2016, foram confirmados 61 óbitos de pacientes residentes no município relacionados à dengue, a maioria dos pacientes apresentava alguma comorbidade e/ou fator de risco (93%), sendo que 65% tinham 60 anos ou mais.

Quadro 1: Casos confirmados, óbitos e incidência de dengue, em Belo Horizonte, 1996-2016

Ano	Casos confirmados	Óbitos	Incidência
1996	1.806	0	86,4
1997	2.310	0	110,5
1998	86.893	3	4.154,8
1999	274	0	13,1
2000	222	0	9,9
2001	4.578	1	204,5
2002	4.140	2	184,9
2003	1.555	0	69,5
2004	406	0	18,1
2005	68	0	3,0
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	2179,0
2011	1.581	0	66,6
2012	585	0	24,6
2013	96.121	10	4046,9
2014	3.086	0	129,9
2015	17.881	2	752,8
2016	154.836	61	6519,0

Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, residentes em Belo Horizonte, atualização 31/01/2017

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 2016 = 2.375.151).

Em 2016, desde a primeira semana epidemiológica, observou-se um número de casos notificados e confirmados de dengue acima do esperado, o que resultou na maior epidemia de dengue em Belo Horizonte. Foram notificados 184.930 pacientes com suspeita de dengue, dos quais 154.836 (83,7%)

foram confirmados. Ocorreram 694 (0,4%) casos confirmados como dengue com sinais de alarme e 79 (0,04%) como dengue grave. Há ainda 2.100 (1,1%) casos suspeitos aguardando investigação, e foram descartados 27.994 (15,1%) dos casos notificados (Tabela 14). O maior número de casos confirmados ocorreu no Distrito Sanitário (DS) Barreiro (25.579), seguido da Nordeste (21.042); e o DS com menor número de casos confirmados foi a Centro Sul (10.274).

Tabela 14: Classificação final dos casos de dengue por Distrito Sanitário de residência, Belo Horizonte, 2016

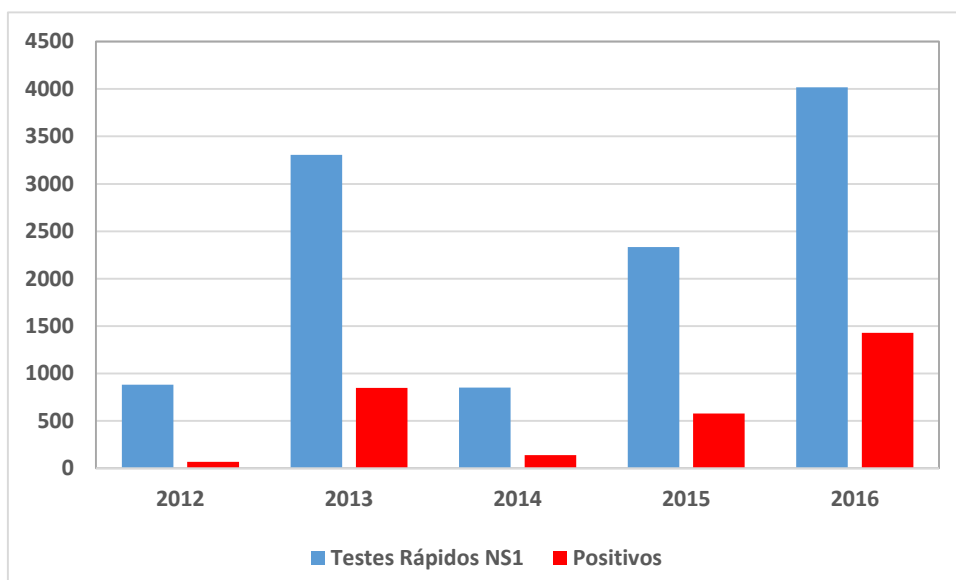
Distrito	D	DcSA	DG	Descartados	Pendentes	total	% casos confirmados	% casos descartados
Barreiro	25.423	151	5	1.986	137	27.702	93	7
Centro sul	10.246	17	11	945	112	11.331	92	8
Leste	20.606	36	11	2.040	247	22.940	91	9
Nordeste	21.033	4	5	5.111	301	26.454	80	20
Noroeste	18.250	44	11	1.690	41	20.036	92	8
Norte	15.989	9	15	3.463	169	19.645	82	18
Oeste	13.851	7	7	5.240	78	19.183	73	27
Pampulha	16.024	310	7	1.792	78	18.211	90	10
Venda Nova	12.336	114	5	5.695	152	18.302	69	31
Ignorado	305	2	2	32	785	1.126	91	9
Total	154.063	694	79	27.994	2.100	184.930	85	15

Fonte: SINAN ONLNE/SISVE/CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH; residentes em Belo Horizonte, atualização 31/01/2017

O Teste Rápido para detecção de antígeno viral (TR-NS1) é disponibilizado regularmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) deste o ano de 2012. O teste é realizado para pacientes até o quarto dia do início dos sintomas atendidos nas UPA, no Hospital Odilon Behrens e no Hospital Infantil João Paulo II. Nos Centros de Saúde, o TR-NS1 é solicitado apenas para gestantes com suspeita clínica de dengue e zika, realizado também em casos suspeitos de chikungunya para realização do diagnóstico diferencial com dengue. De acordo com a situação epidemiológica, o teste também é realizado em Centros de Saúde selecionados e em Unidades de Reposição Volêmica. As amostras positivas no teste e 10% das negativas são armazenadas em botijões de nitrogênio líquido e encaminhadas semanalmente ao LACEN – MG para serem testadas por isolamento viral, prioritariamente, com número máximo de 10 amostras, por distrito, por mês. Os sorotipos das amostras são evidenciados e eventualmente, no impedimento da técnica de Isolamento Viral, são testadas por PCR.

Em 2016, foram realizados 4.017 testes rápidos NS1 para dengue, sendo 1.428 (36%) com resultados positivos. Desde a implantação em 2012 do exame, o ano de 2016 apresentou a maior positividade, conforme descrito no Gráfico 22.

Gráfico 22: Testes rápidos NS 1 na Rede SUS-BH, 2012 a 2016



Fonte: FORMSUS/CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 31/01/2017

Avanços na vigilância da dengue:

A equipe da Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI) atuou na vigilância epidemiológica da dengue nas seguintes frentes de trabalho:

- 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;
- Monitoramento e investigação dos casos com manifestações clínicas mais graves, sendo eles classificados como dengue com sinais de alarme e dengue grave, tendo em vista a nova classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS);

- 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;
- 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;
- Monitoramento dos indicadores definidos no Plano de Contingência Municipal para o enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya em Belo Horizonte e discussão semanal ou quinzenal dos mesmos no Grupo Executivo de Controle da Dengue, Chikungunya e Zika (GECDZ), para a proposição e avaliação de ações intersetoriais.
- 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;
- 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).

Vigilância da Zika

O Zika vírus (ZikaV) é um RNA vírus, do gênero Flavivirus, 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.

Os primeiros casos autóctones confirmados no Brasil ocorreram no Nordeste, em março 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 Gerência de Vigilância em Saúde, a Gerência de Assistência, a Gerência de Apoio Diagnóstico e a Gerência de Urgência e Emergência construíram conjuntamente um plano de contingência para a prevenção e enfrentamento da doença. 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 com exantema maculopapular pruriginoso, acompanhado de pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre; hiperemia conjuntival sem secreção e prurido; poliartralgia e/ou edema periarticular, foram investigados como suspeitos de infecção pelo vírus Zika. Em casos de gestantes, o critério utilizado foi mais sensível, sendo necessária apenas a presença do exantema para se considerar como suspeita de vírus Zika.

O vírus Zika foi identificado pela primeira vez em Belo Horizonte no mês de dezembro de 2015. Nesse ano, foram notificados 16 casos suspeitos, dos quais 12 foram descartados e quatro confirmados por critério laboratorial. Todos os casos confirmados foram do DS Pampulha, sendo os primeiros casos autóctones do município. Já em 2016 foram notificados 1544 casos com suspeita de infecção pelo vírus Zika, sendo 592 em gestantes. Foram confirmados 625 casos e descartados 578 por critério laboratorial e vínculo epidemiológico. Os outros 341 continuam em investigação (Tabela 15). Dos 625 casos confirmados para zika, 242 foram em gestantes (Tabela 16).

Tabela 15: Casos notificados por suspeita de Zika, Belo Horizonte 2016.

Distrito de Residência	Total de notificações	Notificações Gestantes	Casos Confirmados	Casos Descartados	Pendentes
Barreiro	104	78	34	67	3
Centro Sul	67	35	27	18	22
Leste	148	51	71	25	52
Nordeste	235	79	115	54	66
Noroeste	137	58	69	61	7
Norte	262	86	124	78	60
Oeste	131	58	25	48	58
Pampulha	168	44	70	84	14
Venda Nova	226	82	69	130	27
Ignorado	66	21	21	13	32
Total	1544	592	625	578	341

Fonte: SINAN NET/CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 31/01/2017

Tabela 16: Gestantes notificadas com suspeita de zika, residentes em Belo Horizonte, 2016.

Distrito de Residência	Total de notificações	Confirmados	Descartados	Pendentes
Barreiro	78	21	53	4
Centro Sul	35	13	13	9
Leste	51	26	20	5
Nordeste	79	32	34	13
Noroeste	59	19	40	0
Norte	86	46	33	7
Oeste	58	27	29	2
Pampulha	44	21	20	3
Venda Nova	82	37	41	4
Ignorado	20	0	5	15
Total	592	242	288	62

Fonte: SINAN NET//CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 31/01/2017

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 e profissionais de saúde;
- Instituída sala de situação junto ao GECDZ para análise dos casos e tomada de decisão.

Vigilância da Febre do Chikungunya

O Chikungunya é um vírus RNA que pertence ao gênero Alphavirus da família Togaviridae. O nome Chikungunya significa “aqueles que se dobram”, descrevendo a aparência encurvada dos pacientes que desenvolvem artralgia intensa. O vírus foi isolado pela primeira vez em humanos na epidemia da Tanzânia em 1952-1953. Outros surtos ocorreram na África e na Ásia durante as décadas de 60 e 70.

O vírus Chikungunya teve a capacidade de emergir em novas áreas muito rapidamente devido à presença de mosquitos vetores competentes e hospedeiros suscetíveis, o que aumentou o risco de transmissão endêmica do vírus nas Américas, chegando ao Brasil no ano de 2014, onde foi detectada a circulação autóctone em três Unidades Federativas do país. Em dois estados ocorreram surtos da doença, no Amapá e na Bahia, e em Mato Grosso do Sul houve detecção do vírus de forma autóctone, mas com menor intensidade. O primeiro caso suspeito de Chikungunya em Belo Horizonte ocorreu no ano de 2013, mas após investigação laboratorial o caso foi descartado. Já em 2014, foram notificados 41 casos suspeitos, sendo descartados 39 e confirmados dois casos importados. Em 2015 foram confirmados dez casos importados de Chikungunya, todos com história de viagem para a região nordeste do Brasil. No ano de 2016 foram confirmados 25 casos autóctones da doença e 19 importados. Os primeiros casos autóctones do município foram detectados em janeiro (Tabela 17).

Tabela 17: Casos confirmados de chikungunya por Distrito Sanitário, de residentes em Belo Horizonte, 2016

Distrito	Confirmados autóctones	Confirmados importados	Suspeitos	Total
Barreiro	0	2	3	5
Centro Sul	0	4	3	7
Leste	2	5	1	8
Nordeste	6	0	0	6
Noroeste	2	2	0	4
Norte	2	1	1	4
Oeste	3	3	0	6
Pampulha	3	1	0	4
Venda Nova	7	1	1	9
Total	25	19	9	53

Fonte: SINAN ONLINE/SISVE/CIEVS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH, atualização 31/01/2017

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;

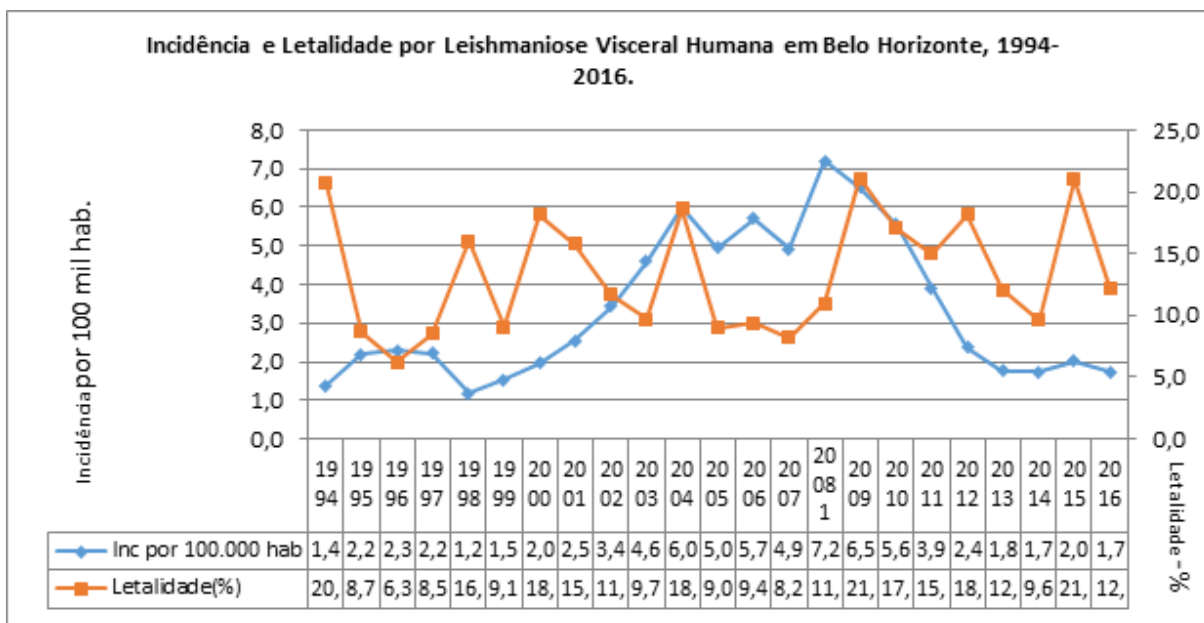
- Elaboração e distribuição do cartaz com fluxograma que orienta a abordagem do paciente;
- Sensibilização das equipes por webconferência sobre importância da suspeita clínica de Chikungunya em pacientes oriundos de áreas de circulação da doença;
- Incremento de profissionais de apoio para Unidades de Atenção Básica, Urgência e Hospitalar;

B. 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 23). 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 **todas** 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 **2.978** exames desde maio de 2010, com identificação de **548** pacientes positivos (Tabela 18).

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 23: Incidência e letalidade por leishmaniose visceral humana, em Belo Horizonte, 1999 a 2016*



Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH dados até 30/01/2017

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

² Dados parciais

Tabela 18: Testes rápidos realizados em Belo Horizonte para diagnóstico de leishmaniose visceral, maio 2010 a 2016

Número de teste rápido utilizado em Belo Horizonte - maio de 2010 a 2016.							
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
2016	116	29,59	664	169,39	1	-	392
Total	548	18,40	2813	94,46	6	0,20	2978

Fonte:EEPI/GVSI/SMSA/PBH - Atualizado:30/01/2017

Entre 2008 e 2016 foram notificados 760 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 19: Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral por Distrito Sanitário e Ano de Ocorrência. Belo Horizonte, 2008 a 2016

DISTRITO	2008		2009		2010*		2011		2012*		2013*		2014*		2015		2016*	
	Casos	Tx Inc	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	7	2,5	6	2,1	5	1,8	3	1,1	4	1,4
Centro Sul	8	3,1	7	2,7	2	0,7	6	2,2	3	1,1	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	5	2,1	8	3,4	8	3,4	3	1,3	2	0,8
Nordeste	42	15,3	16	5,8	27	9,3	11	3,8	6	2,1	7	2,4	5	1,7	7	2,4	10	3,4
Noroeste	28	8,3	25	7,4	16	4,8	11	3,3	4	1,5	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	4	1,9	7	3,3	2	0,9	6	2,8	6	2,8
Oeste	9	3,4	16	6	15	5,2	7	2,4	1	0,3	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	2	0,9	5	2,2	2	0,9	3	1,3
Venda Nova	26	10,6	24	9,8	13	5	16	6,1	7	2,6	5	1,9	2	0,8	6	2,3	7	2,6
Ignorado	4		10		6		5		3		4		5		3		1	
Total	161	7,2	146	6,5	132	5,6	93	3,9	42	1,8	56	2,4	42	1,8	41	1,7	41	1,7

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

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

* Dados até 30/01/2017

C. Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

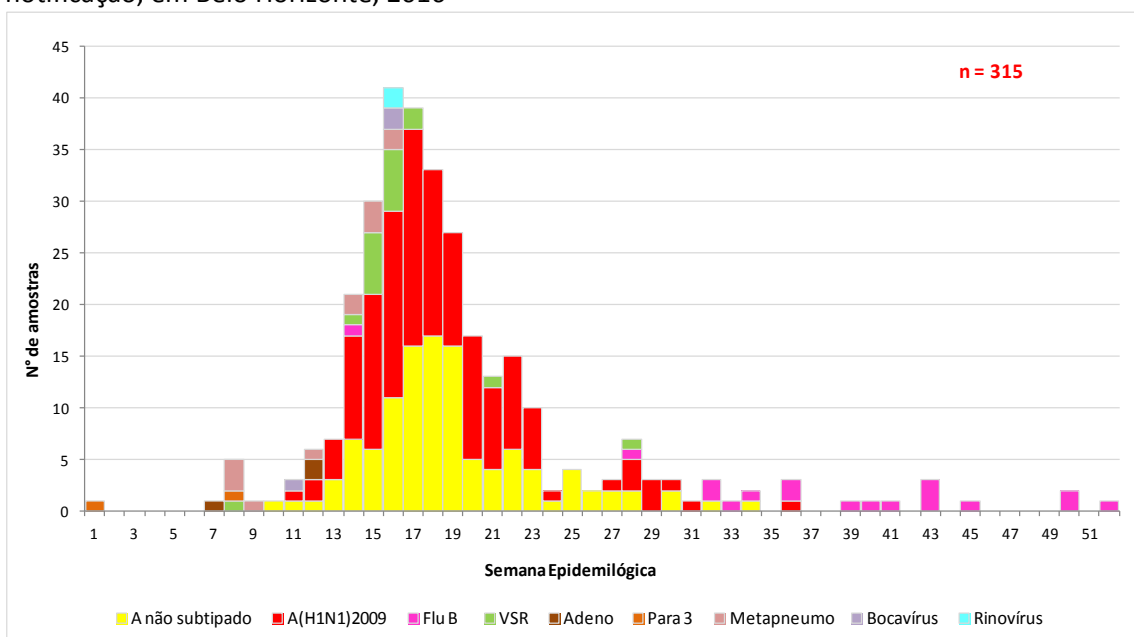
A vigilância da SRAG objetiva identificar os vírus influenza e outros vírus respiratórios circulantes nos casos graves, prover cepas virais para a formulação de vacinas de influenza; identificar situação inusitada e precoce de possível novo subtipo viral com potencial pandêmico além de fortalecer a vigilância epidemiológica hospitalar.

O método utilizado para identificação dos vírus é o RT-PCR em tempo real que identifica o Influenza A e seus subtipos, influenza B e outros vírus respiratórios (Parainfluenza 1, 2 e 3, Adenovírus, Vírus

Sincicial Respiratório (VSR), Metapneumovírus e Bocavírus). Estes exames são realizados no Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN/MG – FUNED. Dentro da rede laboratorial, os Lacens são responsáveis por analisar amostras coletadas, possibilitando a identificação e a caracterização dos vírus influenza circulantes. Análises complementares à identificação viral, tais com caracterizações antigênicas e genéticas, além de teste de sensibilidade a antivirais e isolamento viral, são realizadas pelos Laboratórios de Referência Nacional. Os dados complementares das amostras isoladas que são enviadas pelos laboratórios de referência para o CDC, Centro Colaborador da OMS na Américas, subsidiam a tomada de decisão da composição anual da vacina contra influenza para o Hemisfério Sul.

Em 2016, foram notificados 1.807 casos de SRAG, sendo que 1.131 (62,6%) eram de residentes no município. Dentre o total de notificações foram realizadas 1.576 (87,2%) coletas de amostras. Destas, 311 (19,7%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Foram identificados 315 vírus sendo que em quatro amostras houve coinfeção. Entre as amostras positivas, 275 detectaram influenza (144 A(H1N1)2009, 113 A não subtipado e 18 influenza B) e 40 outros vírus respiratórios (18 VSR, 12 metapneumovírus, três adenovírus, dois parainfluenza 3, três bocavírus e dois rinovírus) (Gráfico 24).

Gráfico 24: Distribuição dos vírus respiratórios identificados em pacientes com SRAG, por SE de notificação, em Belo Horizonte, 2016

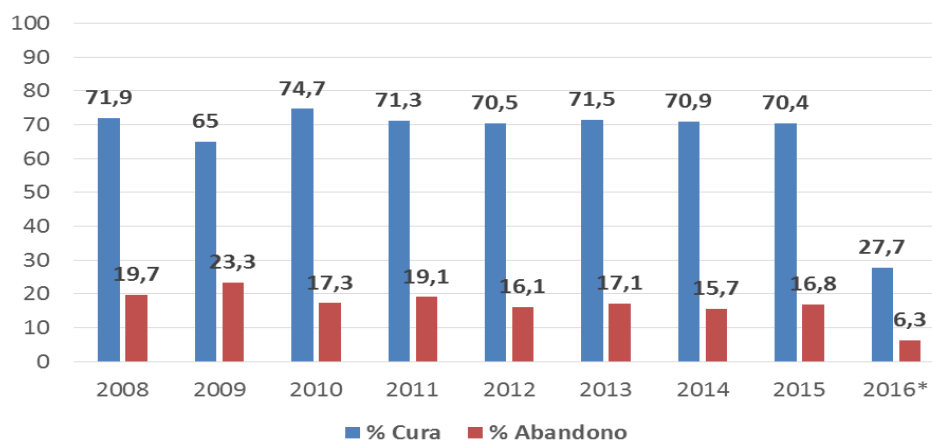


Fonte: Influenza/GVSI/GEEPI/SMSA/PBH 03/02/2017

D. Vigilância da Tuberculose

A incidência de tuberculose com confirmação laboratorial no município foi, em 2015, de 14,5 casos por 100 mil habitantes e foram diagnosticados 361 casos bacilíferos de tuberculose, dos quais 70,4 % foram curados e 16,8 % abandonaram o tratamento (Gráfico 25). 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 e 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 no final de 2015, e as atualizações são feitas rotineiramente a medida que aparecem.

Gráfico 25: Proporção de cura e abandono dos casos novos de tuberculose bacilifera em residentes em Belo Horizonte, diagnosticados no período de 2008 a 2016*



Fonte: SINAN/TABWIN/GVSI/GEEPI/SMSA/PBH 24/01/2017

*Dados parciais

Muitos ainda são os desafios atuais na vigilância da tuberculose, em Belo Horizonte: aumentar a solicitação e realização 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.

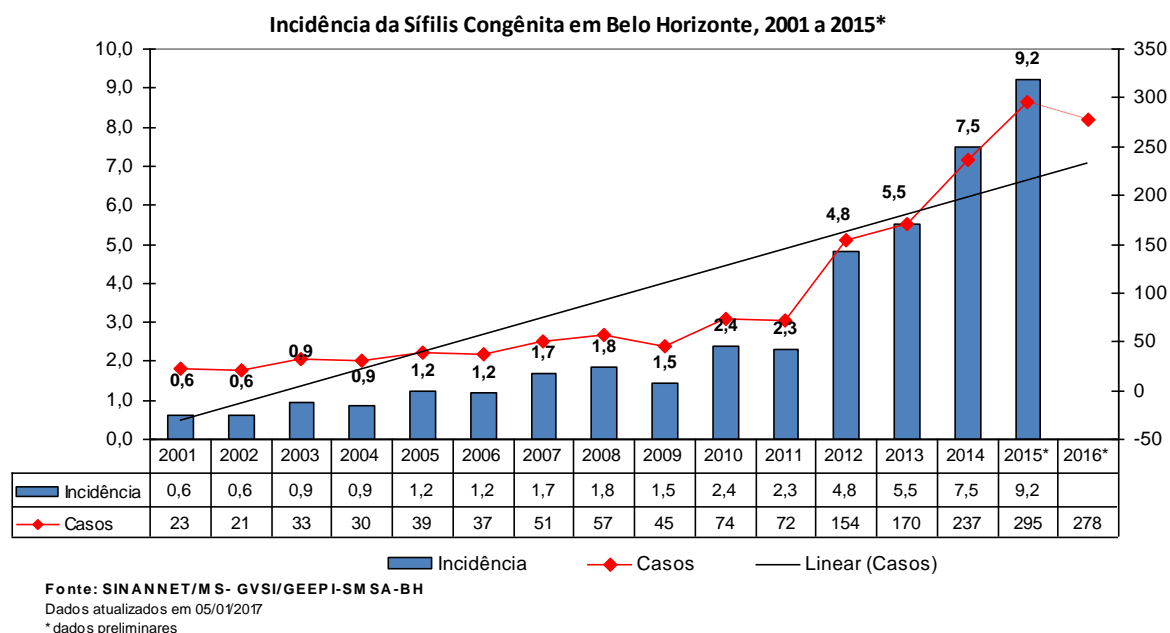
E. Vigilância da Hanseníase

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. Em 2016 houve um aumento na taxa de detecção de 2% em relação ao ano de 2014. Com relação à análise da coorte de tratamento do ano 2016 (casos novos paucibacilares diagnosticados em 2015 e multibacilares em 2014) o resultado foi de 88,2% de cura, ficando, portanto, abaixo da meta de 90%. Em 2016, 96,1 % dos contatos intradomiciliares foram examinados, resultado acima do parâmetro nacional que é de 90%. Está prevista para 2017 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 realizadas reuniões com os serviços de referência com a sensibilização e capacitação dos profissionais da atenção primária para a ampliação do cuidado aos pacientes portadores do agravo.

F. Sífilis Congênita

A sífilis congênita é evitável quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais. Apesar das facilidades de diagnóstico e do tratamento de baixo custo, disponíveis na rede básica do Sistema Único de Saúde, o número de casos tem aumentado em todo país nos últimos anos. No período de 2001 a 2015 foram notificados 1340 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, filhos de mães residentes em Belo Horizonte, com incidências variando de 0,6 a 9,3 (2015) para cada 1000 nascidos vivos (Gráfico 26). Parte deste aumento está relacionado a melhoria de diagnóstico e notificação dos casos. Contudo, observa-se, um aumento no número de casos de sífilis adquirida a cada ano. A sífilis congênita é de notificação compulsória desde o ano de 1986, a sífilis em gestante, desde 2005 e a sífilis adquirida desde 2010.

Gráfico 26: Incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte, de 2001 a 2015*



Entre as ações para o combate e controle da sífilis congênita e adquirida, destacam-se algumas medidas institucionais como a criação do Comitê Municipal de Investigação de Transmissões Verticais com reuniões mensais e investigação dos casos de sífilis congênita, crianças expostas ao HIV e demais doenças de transmissão vertical. Além disso, são realizadas as seguintes ações:

- Participação efetiva no Comitê de Prevenção da Transmissão Vertical Municipal e do Comitê Distrito Centro Sul;
- Discussão e análise dos casos de sífilis congênita;
- Revisão dos casos de óbitos por sífilis congênita em menores de um ano;
- Sensibilização dos profissionais da rede básica, em parceria com os distritos sanitários para a vigilância da sífilis na gestante, com o objetivo de qualificar a assistência pré-natal à gestante e reduzir a incidência da sífilis congênita.

G. 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, além de responder por agravos específicos como Influenza, Meningite, doenças exantemáticas, surtos, vigilância das arboviroses, dentre outros. Atualmente, sua equipe é composta por nove 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 2016, foram realizadas investigações de 149 óbitos, sendo dois corridos 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 2016, a importante atuação da equipe frente a eventos inusitados e emergências de saúde pública que ocorreram no município. Destacam-se as Olimpíadas e Paraolimpíadas de 2016, os surtos de parotidite infecciosa ocorridos em algumas instituições de ensino e a epidemia de Zika e Microcefalia associada à infecção congênita por Zika.

3.1.2 Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Mortalidade

A. Vigilância de Violências e Acidentes

- Violência interpessoal/autoprovocada: participação na elaboração do Guia de atendimento à criança e adolescente; Guia de Atendimento à Pessoa Idosa e Guia de Atendimento a Mulher em situação de violência;
- Participação no subgrupo da Promoção da Saúde/Prevenção da Violência;
- Violência auto-infligida: realizada ação no Hospital João XXIII junto ao setor de toxicologia para melhorar a notificação de violência auto-infligida;
- Participação nos Seminários Distritais com ênfase na sensibilização da notificação da violência interpessoal/autoprovocada. Na oportunidade foram abordados também a prevenção, tratamento e acompanhamento das vítimas de violência (criança/adolescente, mulher e idosos);

- Participação nas discussões de casos clínicos de crianças e adolescentes sem situação de violência, juntamente com as referências da atenção a criança e adolescente;
- Coordenação pela Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI) do Inquérito VIVA (2006, 2009, 2011, 2014 e 2017). O Inquérito VIVA, tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas em unidades de urgência e emergência.

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;
- Análise de dados de mortalidade, de inquéritos sobre fatores de risco e proteção para DCNT (VIGITEL, PeNSE, PNS);
- Boletins: divulgação para os profissionais da rede, via web (Portal da SMSA-PBH);
 - Elaboração e divulgação do boletim PeNSE 2009 e 2012
 - Elaboração do boletim VIGITEL-2013 e PNS – uma análise comparativa (no prelo).
- Monitoramento Quadrimestral dos Indicadores Estratégicos:
- Percentual de pessoas com diabetes fumantes;
- Percentual de egressos de internação por diabetes mellitus acompanhados na Atenção Primária à Saúde;
- Percentual de casos novos de doença renal crônica (DRC) que iniciaram hemodiálise na internação acompanhados no Centro de Saúde
- Coordenação do “Curso de Análise de Situação de Saúde”, ministrado pelo Professor Henrique Leonardo Guerra, junto ao CES, para referências técnicas de DCNT e demais áreas da Vigilância em Saúde em conhecimentos básicos de estatística, epidemiologia e análise de situação de saúde:
- Revisão do Plano Municipal de Enfrentamento de DCNT (juntamente com a GEAS);
- Participação no GT-Promoção da Saúde
- Integração com a Coordenação da Academia da Cidade: participação nas reuniões do Grupo de Pesquisa Saúde e Exercício, com ênfase na Promoção da Saúde;
- Integração com a Vigilância Ambiental: discussões pontuais relacionadas a Projetos ambientais;

- Participação no Projeto Izidora – Ação no Centro de Saúde Etelvina Carneiro e respectiva área de abrangência.
- Apoio na análise de dados referentes ao VIGIAR
- Integração ao Grupo de Trabalho para desenvolvimento do Índice de Vulnerabilidade Juvenil para o município de Belo Horizonte (IVJ-BH), conforme Portaria SMAPL Nº 004/2016.

C. 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.
- Apoio na implementação do Comitê Estadual Intersetorial do Projeto Vida no Trânsito e na Comissão de Coleta de Dados, Análise e Destino da Informação que tem por objetivo conhecer, organizar e publicizar as informações que podem contribuir para uma política de redução da morbimortalidade dos acidentes de transporte terrestre em Minas, sendo suas atribuições realizar uma análise oportuna dos acidentes em Minas Gerais e subsidiar os municípios para a realização dessa análise no território.
- 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;
- Planejamento integrado com outras instituições e participação nas atividades comemorativas da Semana Nacional do Trânsito e Dia em Memória às Vítimas de Trânsito.
- Participação no Curso de Aperfeiçoamento para Implantação e execução do Projeto Vida no Trânsito, promovido pelo Departamento de Saúde Coletiva, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), da Universidade Federal de Goiás, em parceria com a Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Participaram dois profissionais da BHTRANS e uma profissional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

D. 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 20 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 20: Distribuição dos óbitos ocorridos em Belo Horizonte por fonte de investigação, 2008-2016

Fonte de Investigação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Comitê de Morte Materna e/ou Infantil	481	89	923	998	705	523	391	310	97
Visita domiciliar/ Entrevista família	66	68	6	1	0	6	36	30	31
Estabelecimento de Saúde/ Prontuário	3	9	41	81	89	160	330	453	265
Relacionamento com outros bancos de dados	24	92	82	30	74	75	16	50	25
I M L	2480	3127	2539	2792	2773	2651	2087	1954	614
Outra fonte	242	207	43	5	10	7	4	5	16
Múltiplas fontes	138	41	473	440	655	591	648	460	132
Não informado/ Ignorado	502	13	9	7	7	50	25	64	1471
Total de óbitos investigados	3936	3646	4116	4354	4313	4063	3537	3326	2651
% de óbitos investigados	19	18	20	21	20	19	17	15	12
Óbitos com causa mal definida pós investigação	999	903	763	815	738	707	594	669	626
% de óbitos com causa mal definida pós investigação	5	4	4	4	3	3	3	3	3
Total de óbitos	20218	20151	20629	20453	21306	21262	21358	21771	22152

Fonte: SIM/SMSA/PBH – Atualizado em 02/02/2017. * Dados preliminares

1.2 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 quatro 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 2016 foram atendidos 18.355 viajantes e foram aplicadas 16.813 doses de vacinas.

A unidade emite o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) com a comprovação do recebimento da vacina contra febre amarela. Além desta, assim como em outras unidades de saúde, também são oferecidas as vacinas dupla adulto (difteria e tétano), tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e hepatite B; em casos específicos, ainda é aplicada a vacina oral contra poliomielite. 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 CIVP, 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. O serviço ainda oferece testagem rápida para malária, para aqueles pacientes procedentes de regiões endêmicas para a doença. A avaliação vem acompanhada de uma vasta pesquisa diária sobre informações de possíveis surtos ou doenças internacionais.

1.3 Imunização

O ano de 2016 foi marcado por algumas mudanças no calendário vacinal, sendo de grande importância a alteração feita para a finalização da erradicação da Poliomielite no mundo.

O Brasil passou a adotar nas três primeiras doses do esquema básico infantil a vacina de poliomielite inativada e os dois reforços com vacina de poliomielite oral. Em agosto de 2016, o mundo todo passou

a usar a vacina de poliomielite bivalente, tendo sido retirada da sua composição o Poliovírus 2. Com essas medidas, tanto a poliomielite causada pelo vírus selvagem, quanto a causada pelo poliovírus derivado da vacina (PVDV) devem ser erradicadas.

Outras mudanças ocorridas em 2016 foram:

- Hepatite A – passou a ser aplicada aos 15 meses de vida e não com um ano (dose única);
- Pneumo 10 - esquema básico com duas doses e não mais 3 doses - D1 aos 2 meses e D2 aos 4 meses de vida (reforço aos 12 meses);
- Meningo C - reforço passou a ser feito aos 12 meses de vida;
- HPV - implantado a vacina na rotina das unidades para as meninas de 9 a 11 anos de idade - com 2 doses, com intervalo de (0 e 6 meses), não mais 3 doses.

Desde a informatização das salas de vacinas em 2013/2014, a Coordenação Técnica de Imunização e a GTIS vem trabalhando para que o banco de dados revele a cobertura vacinal real. Muitos avanços já foram alcançados, mas ainda há desafios para garantir o registro nominal de 100% das doses de vacinas aplicadas no município. Dentre eles, pode-se citar a atualização do SIPNI/DATASUS permitindo o envio dos dados de três novas unidades de saúde (Padre Tiago, Trevo e Camargos) e o registro nominal das doses aplicadas no Serviço de Atendimento à Saúde do Viajante.

Tabela 21: Coberturas vacinais em menores de 1 ano de idade, Belo Horizonte, 2016

VACINA	DOSES APLIC	COB. VAC
BCG	30.196	95,50%
POLIO*	27.307	85,50%
PENTAVALENTE	29.662	93,80%
ROTAVÍRUS	28.261	89,40%
PNEUMO 10	29.287	92,60%
MENINGO C	30.070	95,00%
FEBRE AMARELA**	27.385	86,60%
TRIVIRAL (1 ANO)	31.280	98,90%

Fonte: SIPNI/MS – SISREDE/PBH

* Para o cálculo de cobertura vacinal da Polio, foram utilizados os dados do SISREDE, o qual contém apenas unidades próprias da PBH, pois o dado do MS é de apenas 21.319 (67,4%).

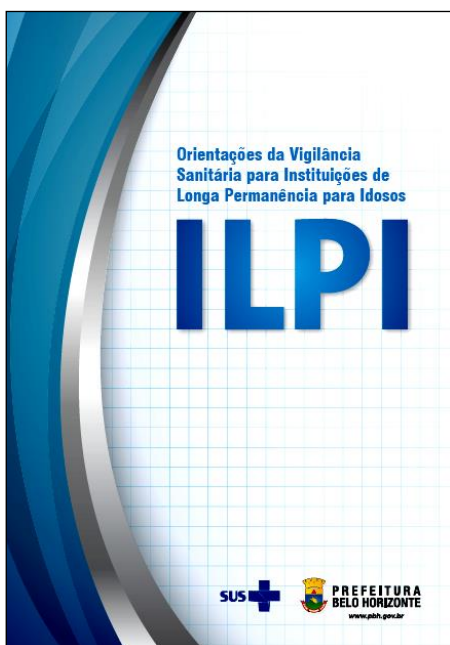
1.4 Vigilância Sanitária

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 2016 foram realizadas 44.133 vistorias para verificação das condições organizacionais, estruturais e funcionais dos estabelecimentos.

Um dos desafios da Vigilância Sanitária de BH é regular o setor de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) priorizando o gerenciamento do risco sanitário. Com este objetivo, o município de Belo Horizonte publicou no ano 2000, a PM 052, uma das legislações pioneiras no Brasil, fruto de um trabalho intersetorial e de parcerias com setores representativos deste segmento. Posteriormente em 2005, o governo federal publicou a RDC 283 da ANVISA. Em 2015, a Prefeitura de BH, revogou a PM052/00 e publicou a PM 012/15 com o intuito de atualizar e complementar a anterior.

Com o objetivo de facilitar o acesso do setor regulado a legislação atual de ILPIs o grupo de fiscais da Vigilância Sanitária de BH, responsável pelas vistorias de ILPIs, elaborou cuidadosamente uma cartilha contendo várias informações e orientações à luz da legislação vigente. Este grupo acredita que criar um ambiente protegido e seguro para o idoso institucionalizado ultrapassa os limites de um instrumento legal.



Em 2016, também foi publicada a 2ª Edição da cartilha com Orientações da Vigilância Sanitária para Instituições de Educação Infantil. Foi realizada revisão e complementações da 1ª edição elaborada em

2010. Foram incluídas informações sobre surtos de doenças transmissíveis e doenças de notificação compulsória e calendário vacinal das crianças. O objetivo desse trabalho é qualificar os serviços prestados, protegendo a saúde das crianças e dos profissionais envolvidos.



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

A Vigilância Sanitária Municipal tem trabalhado na informatização dos dados de infecção hospitalar por meio do SIVISE-IAAS – Sistema Informatizado de Vigilância Sanitária e Epidemiológica para Infecções Associadas à Atenção à Saúde. Trata-se de um Sistema que possibilita a formação de um banco de dados de infecção associada à Assistência (infecção hospitalar) e de eventos adversos dos Hospitais e Clínicas, com sua consolidação e análise. Os dados já estão sendo lançados nesse Sistema e os usuários acompanhados e orientados desde 2014; com uma adesão atual de 94,5% (121/128) dos Estabelecimentos.

O SIVISE continua em construção e com previsão de melhorias. Para tanto, o Núcleo de Controle de Infecção da GEVIS acompanha e interpreta, continuamente, os indicadores, produz relatórios e reúne, periodicamente, com a GTIS/Prodabel para provê-los de feed-back quanto ao funcionamento do Sistema e propor novas funcionalidades demandadas pelos usuários.

Os relatórios epidemiológicos do processo de vigilância das IAAS, após a consolidação dos dados coletados e análise dos mesmos, irão gerar informações essenciais para o planejamento, implementação de ações epidemio-sanitárias e avaliação de medidas de intervenção com a finalidade

de melhoria da qualidade assistencial no município de Belo Horizonte.

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.

A RDC 36/2013 preconiza a obrigatoriedade da constituição do Núcleo de Segurança do Paciente nos serviços de saúde.

Até dezembro de 2016 foram cadastrados no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) 124 Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) do município.

Em 2016, a VISA realizou o acompanhamento dos eventos adversos relacionados a assistência à saúde que evoluíram a óbito e *never events* (evento grave) notificados pelos serviços de saúde no NOTIVISA. As investigações realizadas pelos serviços são acompanhadas, assim como as medidas implementadas para evitar novas ocorrências, solicitando complementação de informações da investigação e propondo medidas adicionais quando necessário.

Foram notificados 20 eventos adversos com dano óbito. Destes, 11 foram concluídos e 9 estão em análise, e 19 *never events*, sendo que 3 foram concluídos e 16 estão em análise.

Em vistoria de liberação de alvará sanitário, é aplicado o roteiro do NSP.

A COMCIRA elaborou e ministrou um módulo da Residência Multiprofissional em Saúde em parceria com o Centro de Educação em Saúde. Foram 20 horas aulas sobre o tema Segurança do Paciente.

Programas de rotina e Vigilância Ambiental

No ano de 2016, o Núcleo de Vigilância em Saúde Ambiental, ligada à Gerência de Vigilância Sanitária da SMSA, desenvolveu importantes ações relacionadas às diretrizes do Ministério da Saúde propostas para a área: os Programas VIGIÁGUA, VIGIAR, VIGIAPP, VIGIQUIM, VIGIDESASTRES e o Monitoramento Ambiental do Cólera.

Além desses programas, a Vigilância em Saúde Ambiental desenvolve os seguintes projetos: Projeto Izidora e SUSTentabilidade Ambiental na SMSA.

O Programa VIGIÁGUA, Vigilância da qualidade da água para consumo humano - padrão de potabilidade brasileiro (microbiológico; físico-químico; organoléptico) realizou a coleta de água em 851

pontos distribuídos pela cidade, com posterior envio das amostras para análise em laboratório e os devidos lançamentos dos resultados no sistema SISÁGUA.

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano tem por objetivo garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido pela legislação vigente, como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no SUS. Tais ações são desenvolvidas de forma integrada com outras áreas do setor saúde e articulada com outros setores, como meio ambiente, saneamento, recursos hídricos, defesa civil e regulação; com vistas a garantir à população o acesso à água segura em qualidade compatível com o padrão de potabilidade e, conseqüentemente, promover à saúde e prevenir as doenças transmitidas pela água de consumo humano.

O Programa VIGIAR, Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade do ar, implantado em março/16 em Belo Horizonte consiste, entre outras ações, no acompanhamento da situação de saúde das crianças menores de cinco anos, frente às doenças e agravos respiratórios. Nesse sentido, foi elaborado relatório com a análise dos dados de atendimentos (CID 10 - cap. X), ocorridos na Atenção Primária à essa população no ano de 2015, disponibilizados pelo SISREDE/GTIS. Foram analisados dados de atendimentos de 2014 e dados de internações no período de 2011 a 2015, esses últimos disponibilizados pelo Sistema de Internação Hospitalar (SIH-SUS). Esse relatório será publicado no próximo Boletim de Vigilância em Saúde.

O Programa VIGIAPP, Vigilância em Saúde Ambiental relacionada ao transporte de produtos perigosos - exposição aguda, realizou as investigações de todos os acidentes ocorridos em 2016, com posterior notificações devidas no formSUS. Houve oito acidentes de interesse do VIGIAPP em 2016.

O Programa VIGIQUIM, Vigilância em Saúde de populações expostas a substâncias químicas prioritárias (Agrotóxicos, Amianto, Benzeno, Chumbo e Mercúrio), realizou as investigações de todos os eventos de acidentes ocorridos com tais produtos em 2016, com posterior notificações devidas no formSUS e encaminhamentos para os setores/esferas responsáveis.

O Programa VIGIDESASTRES, Vigilância dos desastres de origem natural - exposição crônica (seca, estiagem, erosão); exposição aguda (enchentes, tornados, deslizamento de terra, etc.) consiste no acompanhamento dos casos através dos boletins diários da Defesa Civil Municipal e Estadual. Em 2016 foram realizadas as investigações de 100% dos eventos ocorridos no município, com as devidas notificações ao Ministério da Saúde.

O Programa Monitoramento Ambiental do Cólera tem por objetivo detectar a circulação destes patógenos no ambiente, em tempo oportuno, com o intuito de serem adotadas as medidas de prevenção e controle necessárias para evitar a disseminação dos *Vibrio cholerae* responsável pela propagação da cólera no país, uma vez que o Brasil recebe turistas e viajantes provenientes de países onde ocorre a transmissão da cólera, como Haiti, República Dominicana, México, Cuba e alguns países do Continente Africano. São realizadas coletas e análises periódicas de amostras de esgotos no município. Em 2016 foram coletadas seis amostras de esgoto não tratado, nas duas estações de tratamento de esgoto da capital (ETE Onça e ETE Arrudas).

O Projeto Izidora, criado após a homologação da Resolução 318/2012 de autoria do Conselho Municipal de Saúde, Projeto Manuelzão e Núcleo de Vigilância em Saúde Ambiental visa transformar a realidade ambiental da área de abrangência da Bacia do Izidora, por meio da mobilização social, empoderamento de profissionais da saúde e educação, alunos e comunidade, para a revitalização das suas águas. A abrangência do Programa, atualmente, encontra-se em um centro de saúde e em vinte escolas municipais. A sua atuação principal é o gerenciamento de resíduos no entorno do Centro de Saúde e nas escolas envolvidas, além de educação ambiental para a comunidade de saúde e a escolar. Nesse sentido, desenvolveu-se visita em vinte escolas municipais da área com o intuito de implantar a coleta seletiva solidária, com apoio da Rede Cataunidos.

O Programa SUSTentabilidade Ambiental objetiva minimizar os impactos ambientais decorrentes das atividades da SMSA/SUS-BH, através da Educação Ambiental para gestão de resíduos, consumo consciente (água, energia elétrica, papel, copos descartáveis). Em 2016, o Programa realizou palestras educativas com gerentes de UBS, gestores e servidores das sedes dos Distrito Venda Nova e Norte e também do Centro de Educação em Saúde e demais serviços do prédio "Mineirinho". Além disso, o programa participou semanalmente do boletim da Saúde, publicando temas referentes à sustentabilidade ambiental. Em relação à reciclagem de papéis, atividade principal do programa, o quantitativo encaminhado para a Asmare foi de mais de 5 toneladas, durante o ano de 2016.

1.5 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, Zika e Chikungunya 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 2.

Quadro 2: Visitas realizadas para o controle da dengue, Belo Horizonte, 2006 a 2016

Ano	Tratamento	Pesquisa Larvária	Ovitampas	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
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
2016	6.331.766	87.630	82.988	6.502.384

Fonte: GEZOZ/GVSI/SMSA – dados atualizados em 07/02/2017

As ações de intensificação do controle da dengue são realizadas de acordo com vários indicadores, sendo o monitoramento com as ovitampas, 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 3: Atividades realizadas para controle da Leishmaniose visceral, Belo Horizonte, 2016

Atividades de controle	Ano							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sorologias realizadas	153.519	197.232	171.937	202.896	113.997	52.408	20.659	22.965
Cães Positivos	10.475	15.494	9.722	6.434	4.862	6.198	3.806	5.529
Domicílios Borrifados	79.716	66.801	87.908	80.282	74.455	54.436	55.296	5.617

Fonte: GEZOZ/GVSI/SMSA – dados atualizados em 06/02/2017

Quadro 4: Casos humanos e óbitos por Leishmaniose visceral em Belo Horizonte, 2009 a 2016

Descrição	Ano							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	14	132	93	56	42	41	48	41
Óbitos	32	24	15	12	7	5	13	6

Fonte: GEEPI/GVSI/SMSA. Dados atualizados em 30/01/2017

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 5.

Quadro 5: Solicitações para controle de roedores atendidos e recebidos, Belo Horizonte, 2016

MÊS	ATENDIDAS									TOTAL	RECEBIDAS									TOTAL
	B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN		B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN	
JAN	8	44	15	20	4	19	9	12	14	145	8	44	14	14	4	13	22	12	14	145
FEV	6	7	22	30	20	22	8	11	13	139	8	7	22	27	12	19	12	12	13	132
MAR	8	16	6	15	12	27	8	19	13	124	8	16	6	14	12	19	13	19	13	120
ABR	7	16	6	18	7	14	7	14	7	96	7	16	6	16	7	7	8	14	7	88
MAI	10	20	9	24	21	22	2	18	7	133	5	20	9	25	22	11	2	17	7	118
JUN	9	8	6	20	5	32	6	10	6	102	9	8	6	16	5	11	6	10	6	77
JUL	3	5	6	20	5	15	6	4	6	70	3	5	7	15	5	9	5	4	6	59
AGO	0	7	7	75	4	21	6	8	6	134	0	7	8	63	4	10	6	8	6	112
SET	0	10	4	104	18	2	2	4	2	146	0	10	4	108	18	2	3	5	2	152
OUT	3	10	1	28	4	10	-	7	9	72	3	10	1	25	4	10	-	7	9	69
NOV	10	17	11	81	8	28	-	25	23	203	10	17	11	72	8	19	-	24	23	184
DEZ	1	12	11	180	13	33	14	15	7	286	1	12	11	178	13	33	15	15	7	285
TOTAL	65	172	104	615	121	245	68	147	113	1.650	62	172	105	573	114	163	92	147	113	1.541

Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA – dados atualizados em 06/02/2017

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 6).

Quadro 6: Animais peçonhentos, solicitações recebidas e atendidas, Belo Horizonte, 2016

MÊS	ATENDIDAS									TOTAL	RECEBIDAS									TOTAL
	B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN		B	CS	L	NE	NO	N	O	P	VN	
JAN	83	63	176	174	40	124	58	122	89	929	109	63	166	218	46	113	72	132	112	1.031
FEV	164	32	100	294	53	144	36	104	82	1.009	198	32	94	300	67	134	54	113	113	1.105
MAR	140	70	126	256	59	122	67	144	115	1.099	183	70	127	279	53	117	75	144	125	1.173
ABR	136	63	77	138	41	111	42	105	76	789	137	63	67	152	42	103	47	106	80	797
MAI	117	63	80	170	88	151	55	87	62	873	132	63	79	179	104	113	44	84	89	887
JUN	108	31	56	116	29	141	27	85	60	653	111	31	53	117	35	92	36	81	68	624
JUL	89	26	48	78	28	60	39	49	50	467	90	26	46	84	28	61	33	51	54	473
AGO	53	37	24	73	11	67	27	75	49	416	67	37	24	73	12	65	27	73	58	436
SET	56	40	43	96	19	56	15	45	36	406	68	40	42	96	19	50	15	47	48	425
OUT	38	56	25	59	18	53	-	46	47	342	41	56	23	64	19	59	-	48	68	378
NOV	49	22	44	89	23	54	-	46	38	365	57	22	43	98	29	51	-	46	43	389
DEZ	40	57	37	70	46	76	12	57	31	426	42	57	38	81	43	76	28	58	52	475
TOTAL	1.073	560	836	1.613	455	1.159	378	965	735	7.774	1.235	560	802	1.741	497	1.034	431	983	910	8.193

Fonte: GECOZ/GVSI/SMSA – dados atualizados em 06/02/2017

Vigilância da Raiva: as ações que visam o controle da Raiva incluem a vacinação sistemática de cães e gatos (Quadro 7), a observação de animais agressores e o monitoramento, identificação e exame dos quirópteros encontrados em situações adversas.

Quadro 7: Vacinação antirrábica de cães e gatos, Belo Horizonte, 2009 a 2016

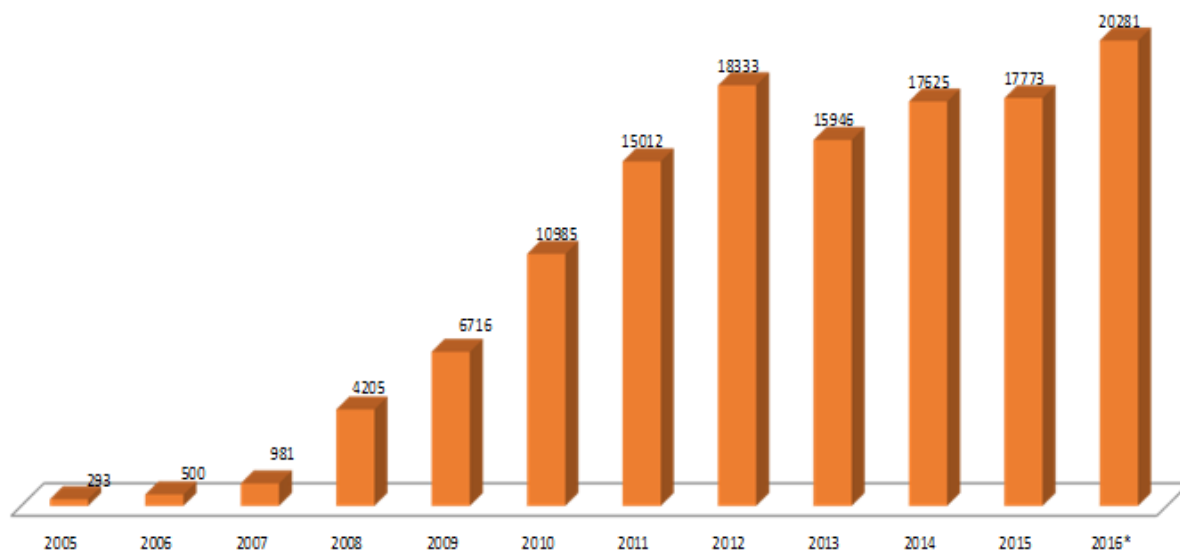
Ano	Vacinação na rotina	Vacinação em Campanha			Total Geral
	Animais vacinados	Cão	Gato	Total	
2009	789	213.152	13.759	226.911	227.700
2010	429	201.569	15.759	217.328	217.757
2011	1.402	Não houve campanha			1.402
2012	1.138	169.221	19.417	188.638	189.776
2013	3.176	172.900	21.994	194.894	198.070
2014	5.250	Não houve campanha			5.250
2015	6.011	196.768	31.610	228.378	234.389
2016	5.542	251.216			256.758

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 2016



Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA – dados atualizados em 12/01/2017

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 8).

Quadro 8: Doações de animais realizadas nas feiras de adoção do CCZ e nos convênios com ONG, Belo Horizonte, 2016

Centro de Controle de Zoonoses	Ano		Atos de Adoção
	2009		79
	2010		207
	2011		501
	2012		498
	2013		529
	2014		476
	2015		512
	2016/ Quadrimestre	1º	113
2º		139	
3º		146	
Total		398	

Convênios (Adote um Amigo): ONG Teia de Textos (2011 – 2015) ONG Sexta-Feira (2016)	Ano		Atos de Adoção
	2011		449
	2012		426
	2013		363
	2014		266
	2015		175
	2016/Quadrimestre	1º	27
		2º	11
		3º	53
Total		91	

Convênios (Proteger): ONG Ilê	Ano		Atos de Adoção
	2015		109
	2016/Quadrimestre	1º	53
		2º	68
		3º	65
Total		186	

Fonte: CCZ/GECOZ/GVSI/SMSA

3.6 Saúde do Trabalhador

3.6.1 Notificações

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 204, de 17.02.2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, mantendo os acidentes de trabalho graves (mutilante, fatal e em crianças e adolescentes) e com exposição a material biológico como de notificação compulsória universal. A lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas continua regida pela Portaria nº 1.984, de 12.07 2014.

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

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

As intoxicações exógenas, anteriormente constantes na lista da Saúde do Trabalhador, são consideradas como universais e compulsórias desde 2011, sendo de notificação obrigatória por toda a rede, devendo ser realizada semanalmente. Os acidentes de trabalho graves e com exposição a material biológico são de notificação compulsória universal, sendo diferenciados apenas pela periodicidade da notificação: o primeiro deve ser notificado imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde, o segundo semanalmente. A não ocorrência deverá ser notificada semanalmente.

Em 2016, foram sentinelas as seguintes unidades:

- ✓ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Belo Horizonte – CEREST BH (Unidades Barreiro e Centro Sul) e Serviço de Atendimento em Saúde do Trabalhador - SAST do Hospital das Clínicas da UFMG – todos os agravos;
- ✓ Unidades de Pronto Atendimento UPA's – acidentes com material biológico;
- ✓ Hospital João XXIII – acidentes de trabalho graves; acidentes com material biológico de risco de seus próprios servidores;
- ✓ Hospital Risoleta Tolentino Neves e Hospital Metropolitano Odilon Behrens - acidentes de trabalho graves; acidentes com material biológico de risco de servidores próprios e externos;

- ✓ Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica – acidentes com material biológico de risco em empregados da PBH, autarquia e fundações municipais;
- ✓ Centro de Toxicologia do Hospital João XXIII – intoxicações exógenas.

A Prefeitura de Belo Horizonte, através do Decreto 15.764 de 12.11.2014, determina que seja emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT para todo acidente de trabalho envolvendo seus trabalhadores, devendo uma das vias enviada à Gerência de Saúde do Trabalhador – GESAT para investigação e notificação no SINAN.

Em 2016, foram notificados 3.848 agravos no SINAN SUS/BH, conforme demonstrado no Quadro 9:

Quadro 9: Número de notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, em Belo Horizonte, 2011 a 2016.

AGRAVOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Acidente trabalho exposição material biológico	618	720	717	979	1.749	1.414
Acidente de trabalho grave (mutilante, fatal e em crianças e adolescentes)	2.144	1.853	1.888	1.840	2.554	2.308
Câncer relacionado ao trabalho	0	1	5	1	0	0
Dermatose Ocupacionais	13	35	13	16	28	16
Intoxicação Exógena (¹)	12	100	123	118	114	86
LER/DORT	78	138	88	61	87	33
PAIR	13	1	4	2	62	1
Pneumoconiose	53	84	54	50	10	10
Transtorno Mental	18	13	6	3	6	44
TOTAL	2.949	2.945	2.898	3.070	4.610	3.912

Fonte: SINAN NET - Data da exportação: 09/01/2017

(¹) apenas casos relacionados ao trabalho

3.6.2 Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho – VAPT’s

Com referência às VAPT, a Gerência de Saúde do Trabalhador – GESAT e as 2 unidades do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST-BH, realizaram, em 2016, 797 vigilâncias em estabelecimentos do município, com vistas a investigar acidentes e doenças, reduzir riscos e promover a saúde dos trabalhadores, conforme demonstrado no Quadro 10:

Quadro 10: Número de vigilâncias em Saúde do Trabalhador realizadas por categoria profissional, em Belo Horizonte, 2012 a 2016

Período	2012	2013	2014	2015	2016
Total de ações de vigilância em saúde	638	739	710	775	797
Profissional	Período				
	2012	2013	2014	2015	2016
Médico	196	208	269	236	303
Enfermeiro	92	53	63	33	37
Fisioterapeuta	101	93	99	104	96
Assistente Social	40	39	57	49	50
Engenheiro	498	488	447	551	567

Fonte: GESAT/CEREST BH

3.6.3 Assistência

Os atendimentos realizados pelas duas unidades do CEREST BH em 2016 estão detalhados no Quadro 11.

Quadro 11: Número de atendimentos realizados pelos Centros de Referência Regional de Saúde do Trabalhador (B e CS) por tipo, em Belo Horizonte, de 2011 a 2016.

Atendimento/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atendimento por assistente social	91	274	358	238	181	165
Atendimento de enfermagem	571	1.048	1.177	967	1.190	1.248
Teste de contato	59	184	241	212	318	310
Consulta médica (primeira)	402	908	622	711	549	593
Consulta médica de acompanhamento	528	820	631	711	759	774
Consulta de fisioterapia (primeira)	82	295	232	365	313	383
Consulta de fisioterapia de acompanhamento	151	397	276	323	379	362

Fonte: CERESTBH . Data da exportação: 09/01/2017

3.6.4 Outras atividades realizadas em Saúde do Trabalhador

Foram realizadas em 2016, diversas outras atividades em saúde do trabalhador. Dentre estas podemos destacar: capacitações, treinamentos e informes técnicos para o próprio SUS BH e referências técnicas de 22 municípios da área de abrangência do CEREST, como demonstradas no Quadro 12.

Quadro 12: Outras atividades Saúde do Trabalho, em Belo Horizonte, 2016

Ação	CEREST Centro Sul	CEREST Barreiro	GESAT	Total
Palestras	0	5	0	5
Capacitações	0	0	1	1
Conferências e Seminários	10	1	6	17
Treinamento de residentes	5	0	0	5
Treinamento de estagiários	0	3	2	5
Publicações técnicas	-	-	2	2

Fonte: CEREST/GESAT/GVSI/SMSA

A apresentação e divulgação do Protocolo de Saúde do Trabalhador na rede SUSBH, se deu ao longo dos últimos anos, através da visita pessoal a cada Unidade Básica de Saúde, conforme demonstrado no Quadro 13.

Quadro 13: Apresentação e divulgação do Protocolo de Saúde do Trabalhador na rede SUSBH

REGIONAL	UBS	ANOS					SOMA	REALIZADO
	Nº	2012	2013	2014	2015	2016		%
CENTRO SUL	12	0	2	5	5	0	12	100,00
LESTE	14	0	0	14	0	0	14	100,00
VENDA NOVA	16	0	0	5	4	2	11	68,75
NORDESTE	21	0	0	0	3	0	3	14,29
NORTE	19	0	0	0	13	0	13	68,42
NOROESTE	16	0	0	0	0	16	16	100,00
BARREIRO	20	20	0	2	0	0	24	120,00
OESTE	17	0	0	0	17	0	17	100,00
PAMPULHA	13	0	0	0	1	0	1	7,69
TOTAL	148	20	2	26	43	18	111	75,00

Fonte: CEREST/GESAT/GVSI/SMSA

3.6.5 Participação em Comissões e Grupos de Trabalho (GT)

A equipe técnica de Saúde do Trabalhador participa ativamente de Comissões e Grupos de Trabalho (GT), como:

- CISTT - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - que tem por finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- GT da Promoção da Saúde (GTPS) - com participação formal através da publicação da Portaria SMSA/SUS-BH N° 0211/2016;
- GT de Gestão de acidentes de trabalho ampliado e desastres - grupo de trabalho interinstitucional para apoio aos profissionais e moradores do município de Mariana, atingidos pelo ACIDENTE DE TRABALHO DA BARRAGEM DE FUNDÃO – SAMARCO;
- GT Comissão Municipal Interinstitucional de Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI) - instituído pelo Decreto nº 16.309 de 02.05.2016, a Comissão é órgão colegiado de caráter preventivo, protetivo e proativo, visando o ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL NO MUNICÍPIO;
- OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DE TRABALHADOR de Belo Horizonte (OSAT-BH) - é um espaço de produção e divulgação de saberes referentes à realidade de saúde do trabalhador, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisões e ações, no âmbito das instituições responsáveis ou interessadas na questão. É fruto do termo de cooperação técnica firmado entre a FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde – CIRAS - instituída através da Portaria SMSA/SUS-BH N° 0167/2016.

3.7 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 3: Publicações de Vigilância em Saúde, Belo Horizonte, 2016



4. REDE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS E COMPLEMENTARES À SAÚDE

Trata da 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. Busca garantir a integralidade do cuidado, coordenado pela atenção primária (APS), através, tanto da oferta de consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, utilizando fluxos compatíveis, quanto da oferta do suporte técnico pedagógico às equipes da rede básica, para garantir a resolutividade do cuidado no território sanitário.

4.1 Consultas e Exames Especializados

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte mantém o acompanhamento sistemático da demanda, das ofertas, das filas de espera e do 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.

A meta proposta de 51% para o percentual de agendamento de consultas e exames especializados, em 2016, foi atingida no meio do ano, alcançando o valor de 54% ao final do ano. Mesmo atingindo a meta programada, a oferta de consultas e exames especializados em quantidade e qualidade adequadas, de modo e em tempo oportuno, continua como um permanente desafio para a Gestão.

O tempo de espera é uma média dos tempos de todas as pessoas e especialidades, podendo ser individualmente muito maior ou muito menor para alguns, dependendo da disponibilidade de oferta da especialidade ou exame solicitado.

Longo tempo de espera para consultas e exames especializados é um problema complexo e de origem multifatorial, consequência de um desequilíbrio entre solicitações de consultas e exames especializados (demanda) e oferta dos mesmos.

De modo geral, o aumento da demanda decorre da ampliação da cobertura da atenção básica, do aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas na população, somado à insuficiência de recursos e serviços, às dificuldades no processo de cuidado na atenção primária com encaminhamentos desnecessários dificultando o acesso à atenção especializada e, manutenção pelos especialistas, de acompanhamento prolongado de usuários que podem ser acompanhados por sua equipe de Saúde da Família.

Com relação à oferta, esta é dependente do quantitativo de recursos humanos existentes, de fatores organizacionais e gerenciais do sistema de cuidados, do grau de complementaridade entre os cuidados primários e de especialidade, da organização e infraestrutura de recursos tecnológicos, da remuneração e/ou do financiamento disponível.

Há dificuldades na lotação de médicos especialistas na cidade, principalmente em regiões mais distantes do centro, bem como em algumas especialidades e para realização de determinados exames, levando à insuficiência ou instabilidade na oferta.

Destacam-se também os problemas com a rede contratada e conveniada, com retirada de ofertas e não cumprimento da oferta contratualizada, com ofertas de consultas sem apoio diagnóstico necessário e solicitações excessivas de exames, que são encaminhados à rede para realização.

Associado às ofertas insuficientes, existe, em alguns casos, uma baixa resolubilidade na assistência, traduzida pela utilização inadequada dos recursos disponíveis.

Ressalta-se que a inexistência de oferta de determinados exames complementares e a baixa contra referência pelo especialista para a APS levam à baixa resolutividade de alguns atendimentos levando a marcações e remarcações desnecessárias para o especialista.

O aproveitamento da oferta existente, também, é fundamental para garantir o acesso da população às consultas e exames especializados. Soma-se a isso tudo, as dificuldades inerentes à qualidade do cadastro do usuário no sistema e as dificuldades operacionais da Secretaria no que tange à comunicação e confirmação dos agendamentos junto aos usuários. Há uma perda importante da oferta disponibilizada por ausência do usuário aos procedimentos agendados, por diversos motivos, incluindo a ausência de comunicação adequada das consultas agendadas.

O monitoramento mensal da Rede Complementar apontou decréscimo importante nas ofertas de consultas e exames especializados com dificuldade para a recomposição da mesma, especialmente em algumas especialidades e exames. Sempre que ocorre perda de oferta sem recomposição rápida desta, há acúmulo diário de pessoas em fila de espera. Mesmo que haja o retorno da oferta ao nível anterior, esta não é capaz de superar a carga acumulada de pessoas em fila de espera e garantir agendamentos em um tempo de espera razoável. O acúmulo de usuários em fila de espera sofreu, portanto, um incremento importante, principalmente em algumas consultas e exames especializados, com consequente aumento do tempo de espera.

É importante destacar que as consultas e exames especializados não têm a mesma relevância para a saúde da população e o sistema de atenção à saúde, quer seja por sua gravidade, magnitude, custo e existência de intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade. Existem algumas

grandes filas de exames ou consultas, mas, existe também, dispositivo de priorização e agilização do acesso do usuário com maior necessidade clínica (agendamento sob regulação).

A avaliação da distribuição das consultas por especialidades e subespecialidades, exames e procedimentos ofertados no SISREG, segundo tempo de agendamento estimado pela relação entre a fila e a oferta existente, em novembro de 2016, mostrou que o tempo de espera para agendamento não é igual para todas elas: 58,5% do tempo destas era de 1 até 2 meses, 17,6% acima de 2 até 6 meses e 23,9% acima de 6 meses(Quadro 14).

Quadro 14: Tempo de espera para agendamento, Belo Horizonte, novembro de 2016

Tempo de espera	Nº Espec. subespec. e exames SISREG	%
Até 1 mês	81	50,9
1 a 2 meses	12	7,5
2 a 6 meses	28	17,6
> 6 meses	38	23,9
Total	159	100,0

Obs: excluindo-se as consultas e exames sem oferta

Considerando-se ainda os dados de filas em novembro de 2016, destacamos as consultas de especialidades e exames que se encontravam com maior tempo de espera: alguns exames de avaliação da saúde auditiva, cirurgia plástica, duplex scan, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva, enema opaco pediátrico, fibronasolaringoscopia, infectologia adulto, nefrologia pediátrica, neurocirurgia, neurologia pediátrica, odontologia, oftalmologia pediátrica, ortopedia na subespecialidade ombro, proctologia, reumatologia adulto, ultrassom e urologia.

Várias ações foram implementadas para captação e melhor utilização da oferta disponível e redução das filas e tempo de espera. Como exemplo, cita-se a disponibilização de oferta extra para algumas especialidades ou exames, o monitoramento e remanejamento de filas e ofertas na cidade, a regulação de casos prioritários, a revisão de parâmetros e protocolos de atendimento, a revisão de filas pelas unidades de saúde e respectivos distritos, além da busca de contratação de profissionais para a rede própria e busca de ampliação de ofertas junto aos prestadores contratados.

A manutenção do Fórum da Rede Complementar coordenado pela Rede Complementar, com participação da GEAS, GERG, GEREPI, GERASA e representantes das unidades da Rede Complementar, com planejamento de ações, monitoramento, acompanhamento e apoio às unidades básicas no que se refere ao processo de trabalho, à qualificação dos encaminhamentos para especialidades, fluxo de agendamento e aviso aos usuários para comparecimento às consultas e exames, levou à redução do absenteísmo em Belo Horizonte de 24,1% em 2015 para 19,4% em 2016.

Quadro 15: Absenteísmo nos anos de 2015 e 2016, por Central, de todos os atendimentos incluindo os agendados pela rotina de reaproveitamento de oferta pelo SISREG, em Belo Horizonte

Central de Atendimento	2015				2016			
	Realizadas	Não realizadas	Total	% absenteis mo	Realizadas	Não realizadas	Total	% absenteis mo
CEM Barreiro	30966	6842	37808	18,1	34712	5792	40504	14,3
CEM Centro Sul	20717	5315	26032	20,4	20505	4952	25457	19,5
CEM Leste	30837	7115	37952	18,7	30129	6034	36163	16,7
CEM Nordeste	31360	8007	39367	20,3	33139	7771	40910	19,0
CEM Noroeste Padre Eustáquio	24569	5979	30548	19,6	28791	5650	34441	16,4
CEM Norte	30866	9093	39959	22,8	34142	8428	42570	19,8
CEM Oeste	29409	7604	37013	20,5	31623	5417	37040	14,6
CEM Pampulha	24925	6128	31053	19,7	26889	5562	32451	17,1
CEM Venda Nova	365282	134331	499613	26,9	32134	5331	37465	14,2
CMC	28181	5989	34170	17,5	461478	121096	582574	20,8
Total	617112	196403	813515	24,1	733542	176033	909575	19,4

Fonte: GPJE/RC/SMSA, SISREG/DATASUS/MS, PRODABEL/PBH

Persiste a vigilância ativa de casos oncológicos pelas unidades vinculadas à rede complementar possibilitando acesso mais precoce ao diagnóstico e tratamento adequado destes, podendo causar impacto na sobrevivência dos usuários. Mantém-se, também, a vigilância ativa de usuários que estão em cuidado prolongado na cardiologia e na Nefrologia, proporcionando maior vinculação e adesão destes ao tratamento, e conseqüentemente, melhoria na sua qualidade de vida.

4.2 Saúde Bucal

A qualificação do cuidado aos pacientes com necessidades especiais fortaleceu-se com o atendimento compartilhado dos casos complexos na especialidade Portadores de Necessidades Especiais (PNE). Esta iniciativa tem contribuído para a capacitação dos profissionais, aumentando a resolutividade dos atendimentos a nível ambulatorial e diminuído os encaminhamentos para tratamento sob anestesia geral. O atendimento sob anestesia geral é destinado aos casos em que não é possível sua resolução a nível ambulatorial. Esta estratégia tem permitido aumentar a segurança nos atendimentos a pacientes complexos e frágeis, em que o atendimento sob anestesia geral apresenta importante risco à vida.

A construção do Protocolo e da linha de cuidado da Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dores Orofaciais (DORF) foi elaborada com a efetiva participação dos especialistas dos CEOs. Estes profissionais participaram como ministradores da capacitação aos cirurgiões dentistas da APS, em um importante momento de trocas de experiências e aperfeiçoamento profissional. O objetivo da capacitação foi qualificar o cuidado às DTM-DORF na APS melhorando a resolutividade deste nível de

atenção. O alinhamento de condutas dos profissionais na atenção especializada também foi realizado entre os dentistas dos CEO e do Hospital Odilon Behrens, bem como a qualificação da contra referência da atenção especializada para a APS. A oferta na especialidade foi ampliada com a incorporação de mais uma profissional de 20 horas semanais, no CEO Venda Nova.

A ampliação da capacidade de produção do laboratório próprio localizado no CEO Centro Sul contribuiu decisivamente para minimizar as consequências do descredenciamento do laboratório de prótese contratado. O laboratório se organizou em duas frentes principais: próteses unitárias para restauração dos dentes tratados endodonticamente são realizadas na unidade do CEO Centro Sul, e a produção de próteses acrílicas parciais e totais na unidade do CEO Paracatu. O laboratório próprio também atende às demandas dos CEO Barreiro e Venda Nova.

Em outubro foi publicada a **PORTARIA Nº 1.816, DE 7 DE OUTUBRO DE 2016** com a habilitação dos CEO Barreiro e CEO Venda Nova junto ao Ministério da Saúde. Esta é uma importante conquista considerando o aporte de recursos federais para contribuir com o custeio destas unidades.

4.3 Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas

O manual de exames da SMSA construído pelos profissionais de laboratório já está sendo utilizado pelos profissionais da rede. Este 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 22: Análise do indicador de desempenho do Controle Externo da Qualidade na rede de laboratórios. Belo Horizonte, 2016

Laboratórios Distritais

Laboratório	Nº de ensaios avaliados	Nº de Aprovados	% Aprovação	Meta %
Venda Nova/Norte	76	74	97,37	83
Leste/ Nordeste	77	74	93,94	83
Oeste/ Barreiro	68	67	98,53	83
Noroeste	74	62	83,78	83
Lab. Municipal	44	43	97,73	83

Fonte: GEDIG/SMSA/PBH

Gráfico 28: Percentual de Adequações no controle externo da qualidade dos laboratórios, em Belo Horizonte, 2016

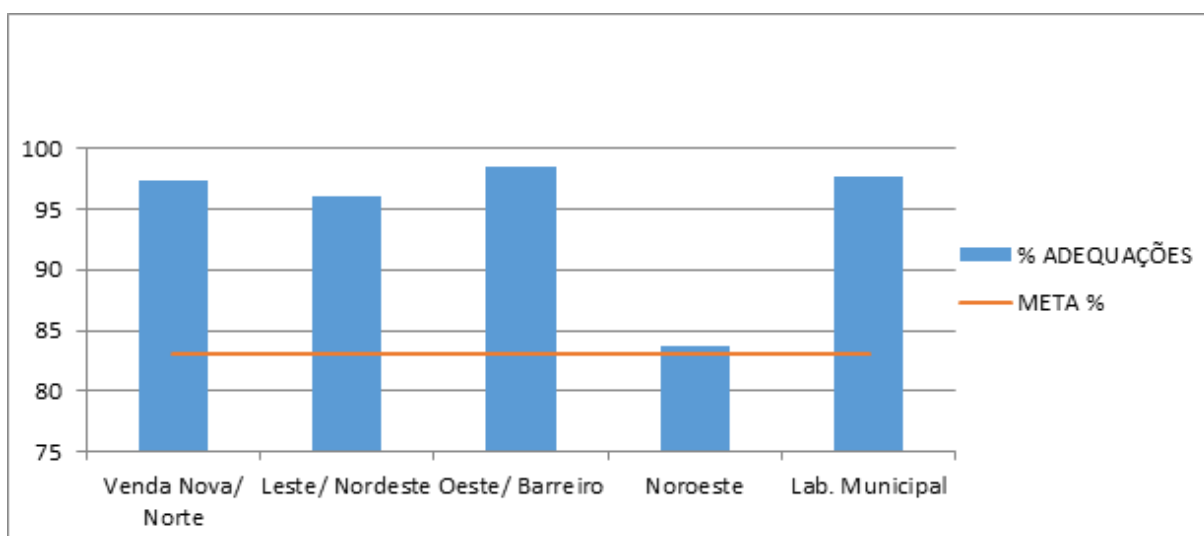


Tabela 23: Laboratórios nas Unidades de Pronto Atendimento, Belo Horizonte, 2016

Laboratórios nas Unidades de Pronto Atendimento, 2016				
Laboratório	Nº de ensaios avaliados	Nº de Aprovados	% Aprovação	Meta %
UPA Leste	40	40	100	83
UPA Oeste	40	40	100	83
UPA Barreiro	40	40	100	83
UPA Norte	40	40	100	83
UPA Pampulha	42	40	95,24	83
UPA Venda Nova	40	40	100	83
DST	3	3	100	83

Fonte: GEDIG/SMSA/PBH

Desde 2014 os resultados exames laboratoriais dos usuários atendidos nas unidades de saúde do município de Belo Horizonte são acessados via Web. Trazendo maior agilidade e comodidade para os usuários do SUS-BH.

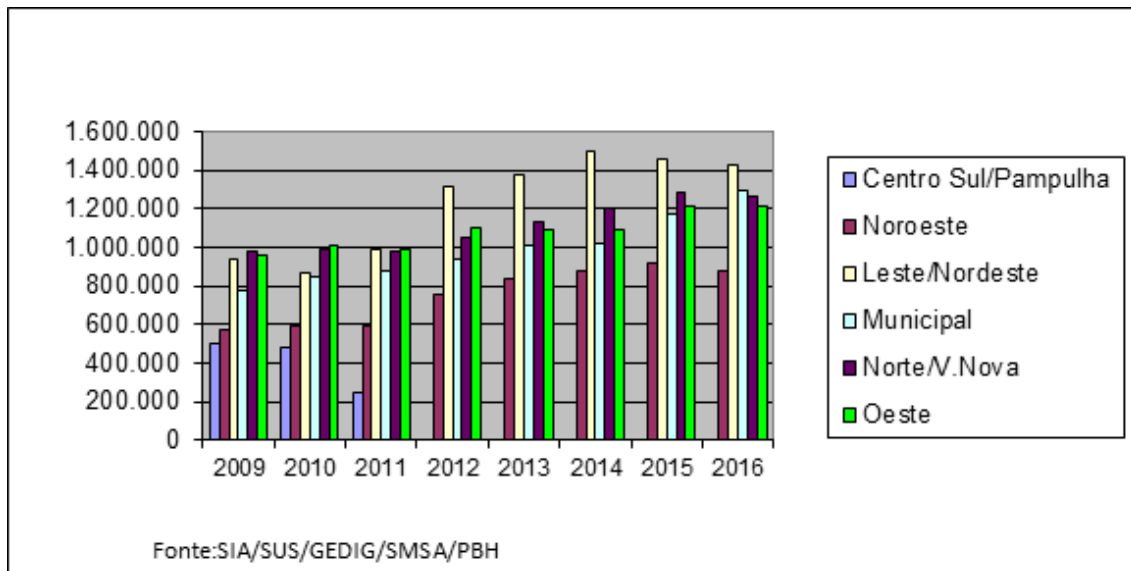
Todas essas ações contribuíram para uma melhor prestação de serviço laboratorial para a população de Belo Horizonte, com aumento tanto do número de exames realizados, quanto ao acesso dos pacientes ao serviço. As tabelas abaixo mostram a produção dos laboratórios e Laboratório Municipal de Referência no período de 2008 a 2016. A partir de 2012 a produção de exames laboratoriais na rede própria apresentou crescimento constante até aos dias de hoje. Entre 2008 e 2016 o crescimento observado foi de 130,80%. 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 24).

Tabela 24: Produção laboratorial na Rede SUS-BH - 2008 a 2016

Laboratório	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centro Sul	300.760	502.187	479.556	243.274	0	0	0	0	0
Noroeste	364.954	573.022	593.259	591.692	751.625	833.118	880.270	917.245	879.528
Leste/Nordeste	403.064	939.576	870.065	989.302	1.318.791	1.380.093	1.500.216	1.457.795	1.421.847
Municipal	532.174	773.164	844.426	873.889	935.236	1.012.991	1.174.546	1.089.140	1.296.484
Norte/V.Nova	548.831	980.082	992.487	981.797	1.045.146	1.133.215	1.200.716	1.285.878	1.260.762
Oeste	479.455	959.274	1.013.643	986.563	1.101.298	1.086.510	1.119.062	1.211.010	1.209.909
Total	2.629.238	4.727.305	4.793.436	4.666.517	5.152.096	5.445.927	5.718.694	6.046.474	6.068.530

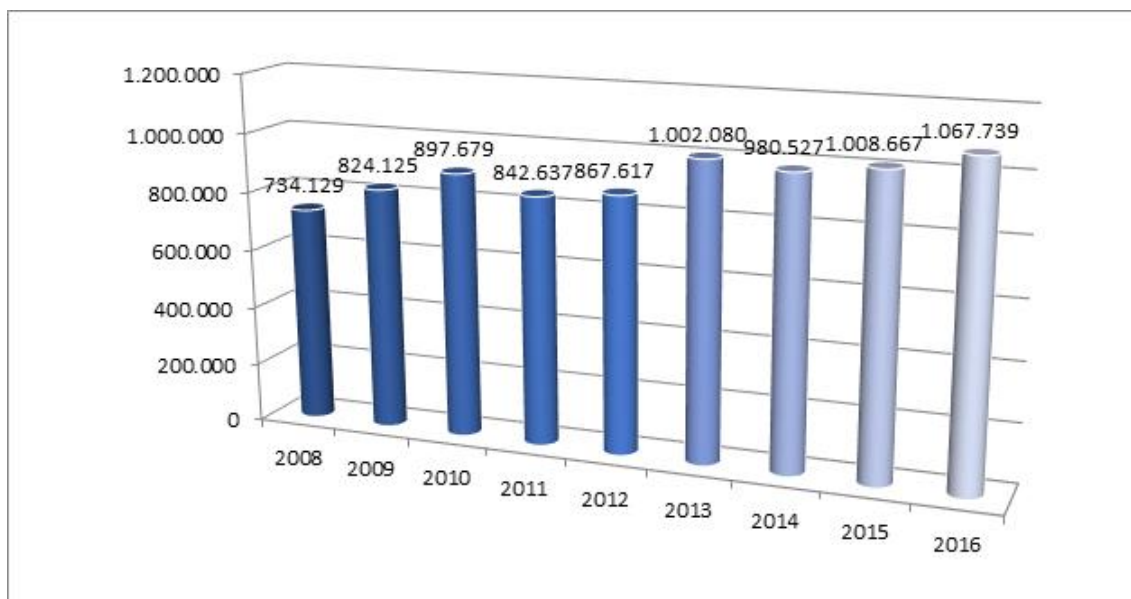
Fonte: SIA/SUS/GEDIG/SMSA/PBH

Gráfico 29: Produção dos laboratórios distritais e municipal, Belo Horizonte, de 2008 a 2016



A produção nos laboratórios das UPA apresentou crescimento de 45,44% entre 2008 e 2016 (Gráfico 30).

Gráfico 30: Produção laboratorial das Unidades de Pronto Atendimento, Belo Horizonte, 2008 a 2016



Fonte: SIA/SUS/GEDIG/SMSA/PBH

Em 2016 os laboratórios da rede passaram por um processo de modernização do seu parque tecnológico. Nos Laboratórios Distritais e Upas todas as máquinas do setor de bioquímica foram 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. Com os equipamentos modernos, o que permitiu a liberação de exames em menor tempo com maior rastreabilidade dos processos. 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.

Devido ao cenário de crise financeira nacional no ano de 2016, a Regulação sofreu com muitos reveses na sua atuação. O sub-financiamento da saúde, o atraso nos repasses financeiros dos componentes Estadual e Federal contribuíram para uma queda significativa na oferta de serviços e na produção dos prestadores contratados e conveniados, para o aumento da judicialização, para a procura cada vez

maior de usuários do interior por assistência no município extrapolando os valores pactuados na PPI. Também como reflexo desta crise vários hospitais sinalizaram com a impossibilidade de manter os serviços contratados aos valores praticados nos anos anteriores e anunciaram sua falência financeira.

Em 2016 recebemos aproximadamente 160 processos judiciais para cumprimento principalmente realização de procedimentos não contemplados na tabela SUS.

As principais demandas judiciais são de Monitorização Neurológica Intra Operatória (MNIO), polissonografia, prótese cerâmica de quadril, prótese reversa de ombro somente citando as mais frequentes.

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

Os projetos já implantados anteriormente como o Projeto 100% SUS-BH, o Projeto do Quiosque SUS na Santa Casa, o projeto de atendimento à Doença Coronariana Aguda continuaram como estratégias da SMSA para ampliação, qualificação e agilização do acesso durante o ano de 2016.

Algumas iniciativas da Central de Internação em 2016 merecem destaque:

- Consultas W Onco: consiste num fluxo de agendamento de consultas para pacientes cujos pedidos são oriundos de hospitais não oncológicos, têm estabilidade clínica, mas que necessitam uma abordagem oncológica. Aproximadamente 30% dos casos oncológicos têm sido encaminhados nessa modalidade, o que traz benefício para o estabelecimento rápido de propedêutica e tratamento adequado aos casos. Após a avaliação inicial e complementação da propedêutica no serviço de oncologia, estes podem continuar a ser acompanhados em ambulatório. Os reguladores da Central de Internação monitoram diariamente todos os casos oncológicos cadastrados para internação incluindo aí, os casos de oncohematologia, com uma média de entrada de casos novos entre 7 a 15 por semana e de transferências para os serviços de oncologia de aproximadamente 7 casos semanais.
- Monitoramento da vascular: Os casos de insuficiência venosa e arterial com presença de ferida ou não, são classificados por gravidade além de serem avaliados os recursos disponíveis na unidade de origem do paciente. A CInt conta com a oferta de 02 consultas semanais para avaliação dos pacientes com feridas na Atenção ao Pé Diabético da URS Padre Eustáquio e encaminha alguns destes pacientes para avaliação inicial e definição terapêutica. Está em construção um fluxo mais articulado na linha de cuidado da vascular, que pretende garantir um tratamento eficaz com a estrutura já instalada na rede SUS-BH, aumentando a oferta de consultas w para os pacientes portadores de feridas em outros pontos de atenção da rede.

Além das ações acima mencionadas a Clnt realizou o agendamento de consultas W nas seguintes especialidades:

- Cateterismo: 512
- Vascular APD/URS Padre Eustáquio: 48
- Cirurgia geral: 205(dentre essas avaliações, 95 cirurgias foram realizadas, as demais ou foram contra-indicadas ou faltavam exames essenciais ao diagnóstico);
- Urologia: 539 (dentre essas avaliações, 477 cirurgias foram realizadas, as demais ou foram contra-indicadas ou faltavam exames);
- Ortopedia: 822(dentre essas avaliações, 622 cirurgias foram realizadas, as demais ou foram contra-indicadas ou faltavam exames);
- Bucomaxilo: 09 avaliações
- Avaliação da Colangiopancreatografia retrógrada(CPRE): 203
- Total das avaliações por consultas W em 2016: 2.338

Também buscando qualificar a assistência e definir o melhor encaminhamento aos pacientes cadastrados na Clnt, foram agendados e realizados os seguintes exames de imagem/propedêutica:

- Tomografia crânio: 204
- Us: 66
- Duplex scan: 04
- Total: 274

É importante mencionar que durante o ano de 2016 a Clnt recebeu 519 mandados judiciais para cumprimento, além de 745 solicitações de informações do Ministério Público, Defensorias, Ouvidorias.

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. Em 2015 foi revisto o projeto de cirurgias eletivas com incorporação das cirurgias de cabeça e pescoço e da oftalmologia.

Os procedimentos ambulatoriais de Oftalmologia incluídos foram os com grande demanda e baixa oferta e de grande impacto socioeconômico como Glaucoma Congênito, Catarata Congênita e

tratamento para ceratocone. O resultado inicial foi significativo, com a liberação completa de várias filas na especialidade.

Em 2016, devido à interrupção do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde e com o projeto sendo financiado parcialmente pelo Estado, até setembro, houve redução significativa na produção de cirurgias eletivas pelos prestadores. O atraso no repasse dos recursos estaduais ocasionou uma perda do interesse das equipes de cirurgia em manter a produtividade anteriormente conquistada, quando do início do projeto. Estes fatos podem ser observados na curva de produção de eletivas que apresentou um decréscimo de aproximadamente 15 % em relação a 2015.

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 2016 foi concluída a integração entre os sistemas na recepção das unidades especializadas, as consultas de retorno, foi feito um piloto no CEM Barreiro e interrompido o desenvolvimento por instabilidade do SISREDE (Julho a outubro de 2016) e do SISREG (setembro a novembro de 2016). Variáveis foram desenvolvidas no Extrator de relatórios e está em homologação pelo usuário. O projeto vem sendo desenvolvido com a participação da GTIS, Rede Complementar, Gerência de Assistência e Prodabel, sob a coordenação da primeira.

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

A equipe da Central de Marcação de Consultas (CMC) trabalha na qualificação dos fluxos de acesso para a atenção especializada, 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 25: Consultas e procedimentos agendados através das Centrais de Regulação do SUS-BH, janeiro a dezembro de 2016

Central	Consultas	Procedimentos	Total	Realizados	Não Realizados	Sem Registro
Central Barreiro	32.791	655	33.446	28.425	4.563	458
Central Centro Sul	20.733	0	20.733	16.929	3.804	0
Central de Marcação de Consultas de BH	372.152	269.012	641.164	454.775	110.355	76.034
Central Leste	32.182	0	32.182	25.632	5.013	1.537
Central Nordeste	34.188	0	34.188	27.464	5.948	776
Central Noroeste	30.214	0	30.214	4.776	4.776	372
Central Norte	30.368	2.332	32.700	26.495	6.126	79
Central Oeste	30.927	0	30.927	26.004	4.270	653
Central Oftalmologia	18.584	10.393	28.977	19.782	2.054	7.141
Central Pampulha	26.861	0	26.861	21.795	4.446	620
Central Reabilitação	17.989	14	18.003	12.204	2.398	3.401
Central Venda Nova	26.656	2.964	29.620	25.309	3.877	434
Total	673.645	285.370	959.015	689.590	157.630	91.505

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

Na Tabela 25 verifica-se que, de janeiro a dezembro de 2016, foram marcados através das 14 centrais de regulação 959.015 atendimentos especializados, sendo que, destes 673.645 são consultas e 285.370 são exames especializados. A Central com maior volume de agendamento foi a Central de Marcação de Consultas de BH, com 641.164 marcações e a com o menor volume foi o da Central de Reabilitação, com 18.003 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 dados referentes à Central de Marcação de Consultas de BH, revelam 641.164 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.

Quadro 16: Número de agendamento, por especialidade, nas centrais de marcação de consulta e nas 09 centrais distritais, central oftalmologia e central de reabilitação, em Belo Horizonte, 2016

ESPECIALIDADES CENTRAIS (CMC + 9 DISTRITOS)	QUANTIDADE
ALERGOLOGIA ADULTO	457
ALERGOLOGIA PEDIATRICA	1836
ANDROLOGIA	860
ANGIOLOGIA ADULTO	19908
APLICACAO DE TOXINA BOTULINICA	45
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR/IMITANCIOMETRIA/LOGOAUDIOMETRIA	10651
AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL INFANTIL + IMITANCIOMETRIA	219
AVALIACAO AUDITIVA CONDICIONADA INFANTIL + IMITANCIOMETRIA	339
AVALIACAO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO	54
AVALIACAO DOS PES DO DIABETICO	493
BRONCOSCOPIA ADULTO	9
CARDIOLOGIA ADULTO	844
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	5347
CARDIOLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	41
CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO	33
CIRURGIA AMBULATORIAL	9967
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	448
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	864
CIRURGIA DA CABECA E PESCOCO	2292
CIRURGIA DEFORMIDADE CRANIO FACIAL / FISSURA LABIO PALATAL	331
CIRURGIA GERAL	7527
CIRURGIA PEDIATRICA	6254
CIRURGIA PLASTICA ADULTO	4977
CIRURGIA PLASTICA ADULTO/AMBULATORIO REGULADOR DO SUS-BH	1358
CIRURGIA PLASTICA PEDIATRICA	119
CIRURGIA TIREOIDE	6
CIRURGIA TORACICA	622
CISTOSCOPIA	38
COLONOSCOPIA	3617
COLONOSCOPIA PEDIATRICA	8
DERMATOLOGIA ADULTO	3079
DERMATOLOGIA HANSENIASE	127
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	1589
DUPLEX SCAN COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	2063
ECOCARDIOGRAMA ADULTO	20114
ECOCARDIOGRAMA ADULTO PARA DOENCA FALCIFORME	16
ECOCARDIOGRAMA FETAL	4
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICA	1585
ELETROCARDIOGRAMA ADULTO	8596
ELETROCARDIOGRAMA PEDIATRICA	758
ELETROENCEFALOGRAMA ADULTO	3264

ESPECIALIDADES CENTRAIS (CMC + 9 DISTRITOS)	QUANTIDADE
ELETROENCEFALOGRAMA PEDIATRICA	595
ELETRONEUROMIOGRAFIA	945
ENDOCRINOLOGIA / OBESIDADE GRAVE	656
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	3864
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	3637
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ADULTO	9153
ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIATRICA	30
ENDOSCOPIA DIGESTIVA SOB SEDACAO	114
ENEMA OPACO ADULTO	637
ENEMA OPACO PEDIATRICO	37
ESTUDO URODINAMICO ADULTO	553
ESTUDO URODINAMICO PEDIATRICO	1
FIBRONASOLARINGOSCOPIA	1514
FIBRONASOLARINGOSCOPIA PEDIATRICA	690
FISIATRIA ADULTO	207
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	9080
GASTROENTEROLOGIA ADULTO REFERENCIA	72
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	3153
GENETICA	540
GERIATRIA	6300
GERIATRIA ILPI	93
GERIATRIA REFERENCIA	822
GINECOLOGIA / PROPEDEUTICA DO COLO, VAGINA E VULVA	12954
GINECOLOGIA ENDOCRINOLOGIA	71
GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL	423
GINECOLOGIA INFERTILIDADE	1030
GINECOLOGIA PRE NATAL ALTO RISCO	4468
GINECOLOGIA PRE NATAL ALTO RISCO PARA DOENCA FALCIFORME	42
GINECOLOGIA PRE NATAL ALTO RISCO PARA ZIKA VIRUS	55
GINECOLOGIA PRE NATAL MEDICINA FETAL	166
GINECOLOGIA REPRODUCAO HUMANA	1013
GINECOLOGIA/ACONSELHAMENTO REPRODUTIVO P DOENCA FALCIFORME	7
HEMATOLOGIA ADULTO	5779
HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1079
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	402
HOLTER	2777
INFECTOLOGIA ADULTO	233
INFECTOLOGIA ADULTO / DST	1059
INFECTOLOGIA ADULTO / HIV	602
INFECTOLOGIA ADULTO/HEPATITES	452
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	284
MAMOGRAFIA BILATERAL	71210
MASTOLOGIA	1754
NEFROLOGIA ADULTO	8996

ESPECIALIDADES CENTRAIS (CMC + 9 DISTRITOS)	QUANTIDADE
NEFROLOGIA ADULTO PARA DOENÇA FALCIFORME	22
NEFROLOGIA CUIDADOS PROLONGADOS	1
NEFROLOGIA CUIDADOS PROLONGADOS ADULTO	4176
NEFROLOGIA PEDIATRICA	988
NEUROCIRURGIA ADULTO	366
NEUROCIRURGIA PEDIATRICA	146
NEUROLOGIA / CIRURGIA DE EPILEPSIA	68
NEUROLOGIA ADULTO	4555
NEUROLOGIA PEDIATRICA	6041
NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA ZIKA VIRUS	144
ODONTOLOGIA / ATENCAO PRIMARIA A SAUDE	301
ODONTOLOGIA / CIRURGIA ODONTOLOGICA	2732
ODONTOLOGIA / DISFUNCAO DE ATM	850
ODONTOLOGIA / DISFUNCAO DE ATM REFERENCIA	16
ODONTOLOGIA / ENDODONTIA	5415
ODONTOLOGIA / ESTOMATOLOGIA	2077
ODONTOLOGIA / INFECTOLOGIA	17
ODONTOLOGIA / NECESSIDADES ESPECIAIS	649
ODONTOLOGIA / NECESSIDADES ESPECIAIS SOB ANESTESIA GERAL	94
ODONTOLOGIA / ODONTOLOGIA PEDIATRICA	1206
ODONTOLOGIA / ORTODONTIA	1487
ODONTOLOGIA / PERIODONTIA	2019
ODONTOLOGIA / PROTESE PARCIAL CROMO COBALTO	831
ODONTOLOGIA / PROTESE TOTAL	375
ODONTOLOGIA / RADIOLOGIA	16745
ODONTOLOGIA / TRATAMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR	208
OFTALMOLOGIA ADULTO	90995
OFTALMOLOGIA ADULTO PARA DOENÇA FALCIFORME	121
OFTALMOLOGIA DIABETES / FUNDOSCOPIA	16789
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	9844
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA PARA DOENÇA FALCIFORME	54
ORTOPEDIA ADULTO	8033
ORTOPEDIA COLUNA	2862
ORTOPEDIA JOELHO	2418
ORTOPEDIA MAO	2126
ORTOPEDIA OMBRO	602
ORTOPEDIA PE	1688
ORTOPEDIA PEDIATRICA	3974
ORTOPEDIA QUADRIL	367
OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	1746
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA	1401
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	577
PNEUMOLOGIA ADULTO	9151
PNEUMOLOGIA ADULTO/ TUBERCULOSE REFERENCIA	178

ESPECIALIDADES CENTRAIS (CMC + 9 DISTRITOS)	QUANTIDADE
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA	5149
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA PARA DOENCA FALCIFORME	9
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO ADULTO	557
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO PEDIATRICO	63
PROCTOLOGIA	9546
RADIOGRAFIA DO ESTOMAGO E DUODENO(REED) ADULTO	944
RADIOGRAFIA DO ESTOMAGO E DUODENO(REED) PEDIATRICO	285
RADIOGRAFIA PARA TRANSITO E MORFOLOGIA INTESTINAL	87
REUMATOLOGIA ADULTO	9386
REUMATOLOGIA ADULTO ARTRITE DO 1º ANO E CHIKUNGUNYA CRONICO	2
REUMATOLOGIA ADULTO PARA INFILTRACAO	4
REUMATOLOGIA ADULTO REFERENCIA	3
REUMATOLOGIA PEDIATRICA	171
SEXUALIDADE DA MULHER	435
SINDROME DE DOWN	669
TESTE ERGOMETRICO	10745
TESTE VESTIBULAR	682
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	9763
ULTRASOM ABDOMINAL	16057
ULTRASOM BOLSA ESCROTAL	623
ULTRASOM CERVICAL	867
ULTRASOM DA TIREOIDE	2680
ULTRASOM ENDOVAGINAL	24610
ULTRASOM MAMARIO BILATERAL	2374
ULTRASOM MUSCULO ESQUELETICO	5987
ULTRASOM OBSTETRICO	14254
ULTRASOM PEDIATRICA	2299
ULTRASOM PELVICO FEMININO	3572
ULTRASOM PROSTATA PELVICO	1699
ULTRASOM RINS E VIAS URINARIAS	10768
ULTRASOM TRANSFONTANELA	22
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL ADULTO	201
UROGRAFIA EXCRETORA ADULTO	252
UROLOGIA ADULTO	18748
VASECTOMIA	2613
VIDEOLARINGOSCOPIA	2356
VIDEOLARINGOSCOPIA PEDIATRICA	18

ESPECIALIDADES OFTALMOLOGIA	QUANTIDADE
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	637
CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR	89
ECOBIMETRIA	49
GONIOSCOPIA	45

IMPLANTE ESTROMAL/ANEL DE FERRARA	1
LASER CATARATA CAPSULOTOMIA A YAG	1057
LASER GLAUCOMA IRIDOTOMIA/TRABECULOPLASTIA A YAG	105
LASER RETINA FOTOCOAGULACAO PANFOTOCOAGULACAO A LASER	699
MAPEAMENTO DE RETINA	1
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	608
OFTALMOLOGIA CATARATA	3499
OFTALMOLOGIA CONSULTA P/ CIRURGIA DE GLAUCOMA (TREC)	143
OFTALMOLOGIA CORNEA	1730
OFTALMOLOGIA ESTRABISMO	940
OFTALMOLOGIA EXAME SOB NARCOSE	19
OFTALMOLOGIA GLAUCOMA	4802
OFTALMOLOGIA LENTE DE CONTATO	398
OFTALMOLOGIA NEURO-OFTALMO	286
OFTALMOLOGIA PEQUENAS CIRURGIAS	1579
OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR	1008
OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR REFERENCIA	378
OFTALMOLOGIA RETINA / MAPEAMENTO DE RETINA	2664
OFTALMOLOGIA UVEITE	155
OFTALMOLOGIA VISAO SUBNORMAL	517
OFTALMOLOGIA VISAO SUBNORMAL INFANTIL	57
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	200
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	333
POTENCIAL VISUAL EVOCADO	398
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	3336
TESTE ORTOPTICO	892
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA P/ GLAUCOMA/PANFOTOCOAGULACAO	100
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA PARA RETINA/PANFOTOCOAGULACAO	562
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	830
ULTRASONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA(MONOCULAR)	860

ESPECIALIDADES REABILITAÇÃO	QUANTIDADE
AVALIACAO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO	10
CONSULTA EM FISIOTERAPIA PARA REABILITACAO ORTOPEDICA	1986
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA REABILITACAO ORTOPEDICA	1967
FISIATRIA ADULTO REABILITACAO	293
FISIOTERAPIA NAS ALTERACOES MOTORAS	10989
FONOAUDIOLOGIA	212
SAUDE AUDITIVA	594
SAUDE AUDITIVA PRIORIDADE	173
SAUDE AUDITIVA REFERENCIA	1366
SAUDE AUDITIVA REFERENCIA ALTA COMPLEXIDADE	387
SAUDE AUDITIVA/REABILITACAO VESTIBULAR	17
SAUDE AUDITIVA/TERAPIA DO PROCESSAMENTO AUDITIVO	9

5.1.3 Processo de trabalho no Controle e Avaliação Ambulatorial

O novo formato de controle e avaliação dos serviços ambulatoriais prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas instituições contratadas e/ou conveniadas foi desenhado para identificar amostralmente as distorções na cobrança dos procedimentos e para rever 100% dos procedimentos que são complementados pelo Município, de acordo com os pactos firmados com Conselho Municipal de Saúde ou identificados como de interesse assistencial. Realiza a supervisão in-loco dos serviços de média complexidade, unificando a metodologia da área de supervisão ambulatorial, e acompanhando a produção real do prestador, o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos ao usuário

Atualmente é realizada também a supervisão dos procedimentos oftalmológicos nos serviços contratados. A Expansão no Projeto de Supervisão no caso da Oftalmologia atende tanto a avaliação Ambulatorial como a Hospitalar. Todos os serviços contratados foram abraçados pelo Projeto, sendo avaliados por supervisores oftalmologistas. Atualmente todas as APACs e AIHs são autorizadas “in loco”, além disso, todos os quesitos do processo de avaliação ambulatorial são cumpridos por esta equipe.

Após discussão com todos os serviços contratados, foi elaborado Protocolo para organização do atendimento em Urgência Oftalmológica.

5.1.4 Avanços na Alta Complexidade de forma geral

Ao longo desta gestão, houve um empenho na construção de indicadores permitindo 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. O Centro de Regulação de Alta Complexidade promove periodicamente reuniões do grupo técnico 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.

5.1.5 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/confecção de fístulas 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.

5.1.6 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. 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. 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.

Importante mencionar que no final do ano de 2016, vários aparelhos de Radioterapia foram danificados no município, devido principalmente ao seu tempo de uso, com grande dificuldade na reposição de peças e realização de reparos. Este fato ocasionou um aumento do tempo de espera para realização de radioterapia para os munícipes de Belo Horizonte e regiões referenciadas. Durante este período a Comissão de Oncologia está realizando a análise cotidiana dos casos e agendando de acordo com as prioridades de cada usuário.

Em ação conjunta com a SES foram redefinidas as referências estaduais para encaminhamento dos pacientes de acordo com seu município de origem até que todos os aparelhos estejam novamente em funcionamento nos Hospitais de BH.

5.1.7 Comissão 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;

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.
- Acompanhamento dos exames prestados pelo laboratório Hermes Pardini no Projeto BH MAIS SAÚDE.

De acordo com suas atribuições a Comissão de Propedêutica/Alta Complexidade realizou em 2016 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.

5.1.9 Integração e evolução do processo de trabalho da supervisão hospitalar

No ano de 2016 foram disponibilizadas diversas Notas Técnicas, tornando mais transparente o trabalho da Supervisão Hospitalar. Citamos como exemplo as notas técnicas sobre laudos de solicitação de AIH, sobre a apresentação das Notas Fiscais, sobre a completude do Prontuário do paciente dentre outras. Foram reeditados, também, alguns Pareceres Técnicos, para qualificar o trabalho da Supervisão Hospitalar. Foi realizada também, em 2016, a revisão da apostila com as “Normas Técnicas” da Supervisão Hospitalar, baseada na prática de quase duas décadas deste trabalho o que propiciou uma uniformidade nas condutas da supervisão e trouxe mais qualidade ao trabalho cotidiano. Todos estes materiais foram distribuídos aos Hospitais, UPAS, CEMES, URS, visando uma maior integração com regras claras e disponíveis a todos os interessados.

5.1.10 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 e Regulação em Saúde (SGR), 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. O sistema SGR possui algumas funcionalidades já construídas e em fase de disponibilização para uso em produção como a importação e avaliação de todos os bancos de dados da Regulação (SIA, SIH, CNES, Tabela SUS, PPI), bem como a avaliação financeira dos créditos no FMS. Outras funcionalidades, como a elaboração dos contratos e a avaliação da PPI já estão construídas e disponibilizadas para teste. O módulo hospitalar de Acesso, Controle e Avaliação está documentado, aguardando financiamento para início da construção.

5.1.11 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.

Em 2016 mantemos as seguintes implementações iniciadas em 2015: 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.

5.1.12 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.

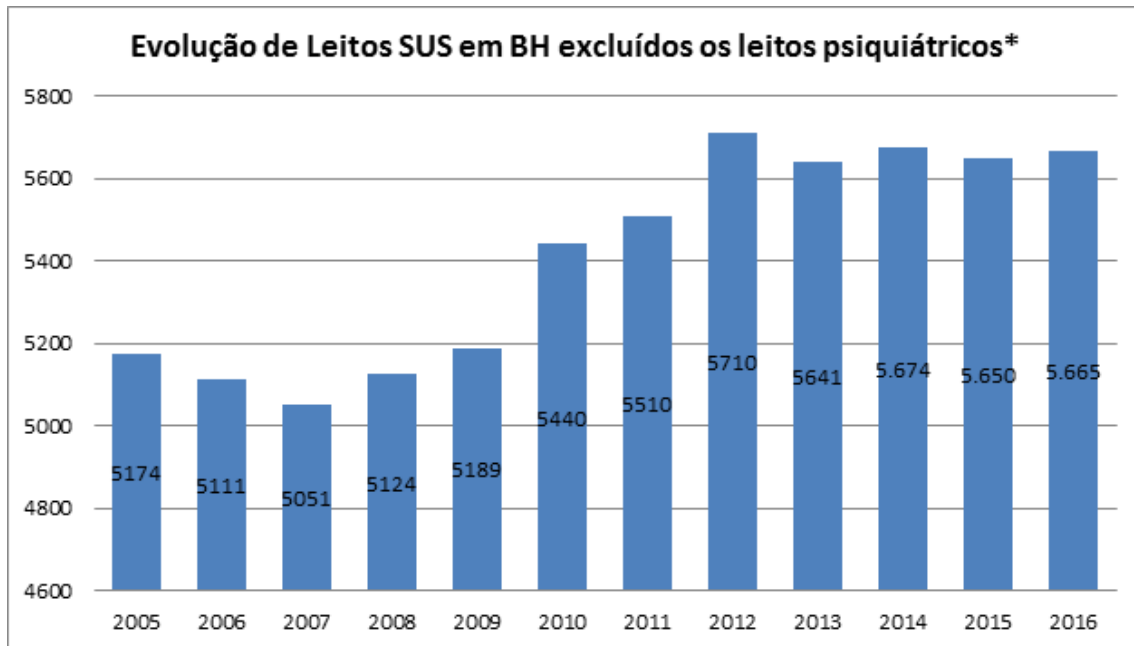
No momento, esta Secretaria está empenhada em montar um serviço especializado voltado para tratamento das patologias oncológicas em oftalmologia e, para tanto, destinou espaços no Núcleo de Cirurgia Ambulatorial localizado na Unidade de Referência Secundária Sagrada Família, Rua Joaquim Felício 101. O Núcleo de Cirurgia é a 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 e 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.

Em 2016 foi realizada a aquisição de parte dos equipamentos necessários ao funcionamento do serviço, dentre eles, o Laser Diodo, que já vem sendo utilizado pelas Maternidades do município para tratamento de Retinopatia da Prematuridade.

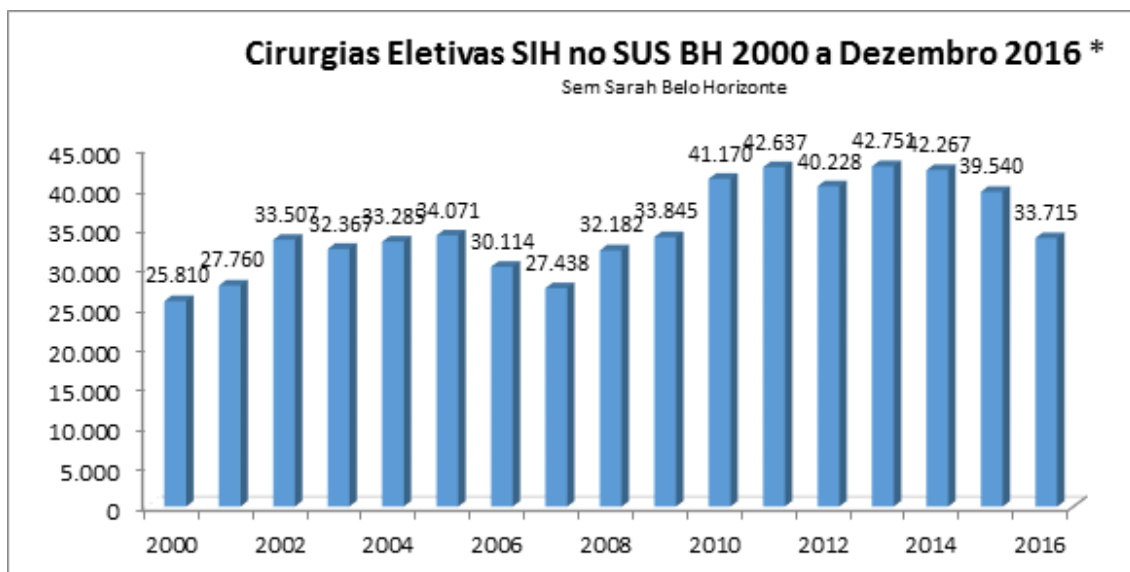
No Gráfico 31, observa-se o quadro atual de leitos no SUS BH de 2005 a 2016.

Gráfico 31: Evolução de leitos no SUS-BH, 2005 a 2016



Fonte: GERG/SMSA-BH

Gráfico 32: Cirurgias Eletivas no SUS-BH, 2000 a 2016



Fonte: GERG/SMSA-BH

Quadro 17: Projeto de Cirurgias Eletivas do SUS-BH, junho de 2009 a dezembro de 2016

Fila inicial do Projeto de Cirurgias Eletivas BH	56.223
Pessoas avaliadas no período *(Início do projeto + novos cadastros – fila)	395.712
Cirurgias realizadas no período **	303.860
Fila atual de munícipes de Belo Horizonte ***	13.092
Fila do interior ****	6.601
Pessoas em pré-operatório nos hospitais *****	17.101

**Dados de cirurgias eletivas caráter 1 – TABWIN sem o Hosp. Sarah Kubitschec;

Pacientes da fila (BH e interior) + novos de BH; *Novos do interior; *****Fila dos hospitais

5.2 Rede de Urgência

A Rede de Atenção às Urgências é organizada em componentes:

- Pré hospitalares fixos - Unidades de Pronto Atendimento – UPA;
- Pronto atendimento de Hospitais da rede SUS-BH: Hospital João XXIII, Hospital das Clínicas, Hospital Odilon Behrens, Hospital Júlia Kubitscheck, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital Risoleta Tolentino Neves e Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII/CGP);

- Serviço de Atenção Domiciliar – SAD e o componente pré hospitalar móvel (SAMU 192);

Atualmente Belo Horizonte conta com 9 (nove) Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), localizadas nas regionais Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova;

Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

Objetivos:

- Atender quadro agudo de qualquer natureza e cuja complexidade seja incompatível com atendimento pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Atuar no atendimento do paciente crônico agudizado, favorecendo a continuidade do tratamento;
- Descentralizar o atendimento, visando diminuir a sobrecarga de hospitais de maior complexidade;
- Articular com hospitais, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e demais instituições, construindo fluxos coerentes de referência e contra referência.

As UPA funcionam 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos. As Unidades de Pronto-Atendimento têm capacidade de resolver grande parte das urgências e emergências e são equipamentos denominados “porta-aberta”, ou seja, atendem demanda espontânea advinda da população de Belo Horizonte e de municípios da região Metropolitana de Belo Horizonte.

As Unidades de Pronto Atendimento utilizam no processo de Acolhimento com Classificação de Risco, a metodologia preconizada pelo Protocolo de Manchester, que consiste em identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, priorizando o atendimento dos pacientes de maior gravidade e risco clínico. A identificação da classificação de risco atribuída é feita pelas cores vermelha (emergência), que tem atendimento imediato; laranja (muito urgente), com atendimento em até dez minutos; o amarelo (urgente), até 60 minutos, o verde (pouco urgente), 120 minutos e o azul (não urgente), 240 minutos.

Quadro 18: Número de atendimentos realizado pelas UPA, em Belo Horizonte, de 2009 a 2016

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
2013	569.479	96,4	903	0,15
2014	570.181	96,4	866	0,15
2015	608.988	96,58	943	0,15
2016	654.797	96,87	1.045	0,16

Fonte: UPA/GEUG

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O SAMU é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O SAMU-192 tem como objetivos:

I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;

II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

IV - hierarquizar necessidades;

V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários.

Quadro 19: Quantitativo de unidades de suporte do SAMU, Belo Horizonte, 2008 a 2016

SAMU – UNIDADES DE SUPORTE									
Tipo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Unidade de Suporte Básico - USB	16	18	18	18	18	21	21	21	21
Unidade de Suporte Avançado - USA	2	5	5	6	6	6	6	6	6

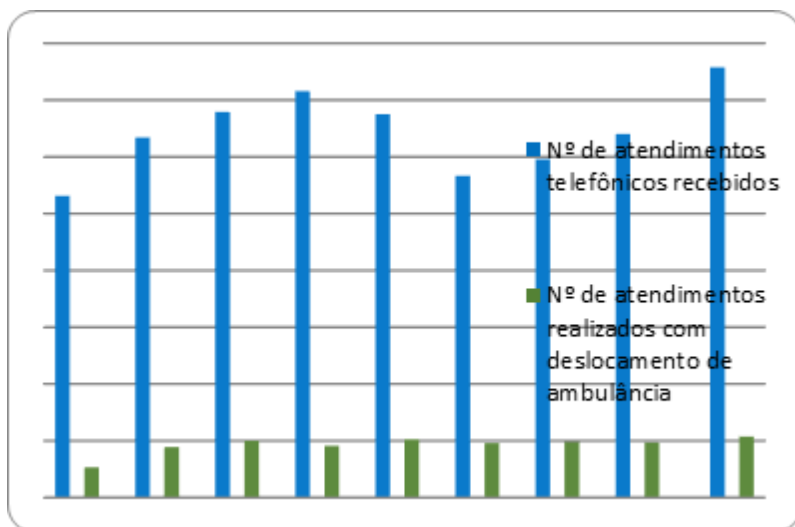
Fonte: GEUG/SAMU

Quadro 20: Número de atendimentos telefônicos recebidos, atendimentos realizados com deslocamento de ambulância e número de veículos disponíveis, Belo Horizonte, 2008 a 2016

Especificação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de atendimentos telefônicos recebidos	531.159	634.335	679.047	715.673	675.051	566.559	595.949	640.076	757.461
Nº de atendimentos realizados com deslocamento de ambulância	53.190	89.049	99.852	90.956	102.769	96.199	97.752	96.937	107.329

Fonte: GEUG/SAMU

Gráfico 33: Número de casos acompanhados pelo NASF, por regional, em Belo Horizonte, 2016



Fonte: GEUG/SAMU

Quadro 21: Transporte em Saúde, Belo Horizonte, 2008 a 2016

TRANSPORTE EM SAÚDE									
Descrição	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de Veículos	44	49	52	68	68	77	77	77	77

Fonte: GEUG/SAMU

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O objetivo do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD é oferecer ações em saúde aos usuários com necessidade de cuidados intermediários entre o Hospital e a Atenção Primária. É um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Perfil prioritário de pacientes para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

- Pacientes com doenças agudas ou crônico-agudizadas: pneumonia, pielonefrite, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC descompensadas e outras;

- Idosos frágeis (>75 anos, polipatologia, polifarmácia, cuidado paliativo não-oncológico, com dependência funcional): apenas em situação de agudização;
- Cuidados paliativos oncológicos: quadros oncológicos avançados, fora de possibilidade curativa, com indicação de cuidados intensificados visando conforto e alívio de sintomas, evitando procedimentos iatrogênicos na fase final de vida;
- Egressos hospitalares complexos que necessitam treinamento de cuidador para manejo de sondas, ostomias e cuidados básicos para pacientes com limitação funcional;
- Portadores de osteomielite crônica ou outros quadros infecciosos com indicação de antibioticoterapia prolongada: atendimento limitado ao período de 3 meses;
- Portadores de quadros tromboembólicos para transição de anticoagulação injetável para oral;
- Pacientes em situação de epidemia, como Influenza, Dengue e outras, para coleta de material biológico para pesquisa e também para monitoramento clínico (parceria com a Gerência de Epidemiologia);
- Pacientes com necessidade de suporte ventilatório não-invasivo;
- Treinamento de familiar/cuidador e de profissionais da Atenção Primária: cuidados a pacientes com restrição de mobilidade e/ou limitação funcional após evento agudo: inclui portadores de seqüelas de trauma raquimedular, amputações, AVE, doenças neurodegenerativas e outras; idosos frágeis, usuários de sondas/ostomias, portadores de feridas profundas.

Cada regional possui uma equipe multiprofissional formada por dois médicos, dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem, que se dividem em dois turnos. A equipe faz um contato prévio com a família e segue uma programação de visitas, devidamente equipados para cada caso.

Quadro 22: Procedimentos realizados pelo serviço de atenção domiciliar, Belo Horizonte, 2009 a 2016

Descrição	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de vidas acompanhadas	3.955	7.075	9.117	9.942	8.886	8.417	9.807	10.190
Número de equipes implementadas	21	21	22	22	24	24	26	25
Número de desospitalizações	506	804	1.186	1.822	1.987	2.026	2.441	1.796

Fonte: GEUG/SAD – BH

6. GESTÃO DO SUS

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

6.1 Centro de Educação em Saúde

O Centro de Educação em Saúde (CES), criado em 2004 através do Decreto 11.825, é o setor da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) responsável por planejar, organizar e implementar as ações de educação em saúde na SMSA SUS-BH, visando a melhoria das competências de seus trabalhadores para o cuidado em saúde.

As atividades realizadas no Centro de Educação em Saúde vêm sendo ampliadas e aprimoradas ao longo dos últimos anos, buscando a sustentabilidade do processo de qualificação permanente dos profissionais do SUS-BH. Pode-se destacar:

- Publicação da Portaria Conjunta SMSA/SMARH Nº 0001/2016, de 07 de janeiro de 2016 que dispõe sobre as diretrizes da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.
- Publicação da Portaria SMSA Nº 0023/2016, de 07 de janeiro de 2016 que dispõe sobre a implementação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.
- Aumento do número de capacitações realizadas para os profissionais da SMSA, após a implementação do Plano de Educação Permanente (PLANEP) passando de 9.078 capacitações em 2012 para 11.154 em 2015 e, em 2016, até o dia 27 de outubro, foram ofertadas 3.921 capacitações com previsão de um total de 6.418 capacitações até o final do ano. Ressalta-se que no período de janeiro a junho de 2016, todas as ações de educação permanente no âmbito da SMSA foram suspensas em para priorizar a assistência à população, diante da situação de epidemia de dengue e a transmissão de zika e chikungunya.
- Publicação da Portaria SMSA/SUS- BH n o 001/2012, de 5 janeiro de 2012, que estabelece premissas, condições e critérios para a celebração de convênio com as instituições de ensino visando a disponibilização de cenários de práticas para a formação profissional.

- A Portaria substitutiva a Portaria SMSA/SUS-BH nº001/2012 está aprovada pela Assessoria Jurídica da SMSA-PBH e aguarda discussão final com o Secretário Municipal de Saúde para publicação.
- Implantação, em 2015, dos programas de residências médica (cinco vagas) e multiprofissional (dez vagas) da SMSA, coordenados pelo CES - Portaria Conjunta nº1 de 12 de fevereiro de 2015 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde e Portaria Conjunta nº1 de 14 de janeiro de 2015 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde.
- Adesão, em 2016, ao Projeto PETGRADUASUS que tem como proposta, desenvolver a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de fortalecimento do SUS, objetivando qualificar os profissionais de saúde a partir da aprendizagem pela vivência e cotidiano do trabalho em saúde. O Projeto PET GRADUASUS, tem como proponentes a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a Universidade Federal de Minas Gerais e envolve cerca de 40 equipamentos de saúde com a participação de 102 discentes, 27 docentes e 36 preceptores.
- Oferta de cenários de prática para os estágios curriculares obrigatórios e para as residências médicas e multiprofissionais de diversas instituições públicas e privadas.
- Estágios curriculares obrigatórios com 12.940 vagas em 2015 e 12.820 em 2016. Essa redução se deu devido ao fechamento de 138 vagas de cenários de práticas em Unidades de Pronto Atendimento -UPAS, representando redução de 0,92% no total de vagas disponíveis em 2015. Essa redução na disponibilidade das vagas nas UPAS se deu, principalmente, pelo grande aumento da demanda e grande sobrecarga aos profissionais, em função da epidemia de dengue, o que limitaria uma atenção adequada aos estagiários. No entanto, tal situação foi acompanhada pela redução de 4,1% nas solicitações de vagas em cenários de práticas demandadas pelas instituições de ensino.
- Expansão das residências médicas, passando de 117 vagas em 2008 para 370 vagas em 2016, aumento de 216% em relação a 2008.
- Expansão das residências multiprofissionais, passando de 93 vagas, em cenário de prática, em 2012 para 142 vagas em 2016. No ano de 2016 foram preenchidas 118 vagas (77,63% das vagas disponíveis).
- Autorização do MEC para que a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do CES, seja a instituição responsável pela tutoria acadêmica e supervisão clínica do Programa Mais Médicos em Belo Horizonte a partir do ano de 2013, com a assinatura do termo de adesão ao projeto Mais Médicos para o Brasil em 15 de julho de 2014 pelo Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte nos termos da Medida Provisória nº 621, de 2013, e da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8 de julho de 2013).

A PBH é pioneira em obter autorização para supervisionar os profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil. Nos demais locais, essa supervisão se deu por meio de parcerias com as universidades.

- Implantação, em 2015, do núcleo de Educomunicação, aportando novas metodologias para o avanço do aprendizado significativo das ações educacionais realizadas pelo CES a partir da adoção de recursos de comunicação associados ao ensino.

Ações do Plano de Educação Permanente para Profissionais da Rede SUS BH

Em 2016, as capacitações realizadas envolveram 8.156 profissionais dos centros de saúde, UPA, Cersam, Hospital Odilon Behrens, entre outros, mediante a promoção da atualização e ampliação da competência técnica dos envolvidos e a integração dos processos de trabalho.

Abaixo, quadro 23 com o número de capacitações realizadas desde 2012:

Quadro 23: Quantitativo de capacitações para profissionais da SMSA-BH e HOB, 2012 a 2016

Ano	Capacitações realizadas em eventos internos.			Capacitações realizadas em eventos externos (congressos, seminários etc.)			Total
	SMSA	HOB	Subtotal	SMSA	HOB	Subtotal	SMSA e HOB
2012	7.386	2.676	10.062	1.692	111	1.803	11.865
2013	9.554	900	10.454	735	125	860	11.314
2014	14.864	1.740	16.604	525	147	673	17.276
2015	11.154	977	12.131	538	677	677	12.808
2016	4.005	3.035	7040	494	612	1116	8.156

Parcerias com Instituições de Ensino Públicas e com Entidades de Ensino Superior

Estágios Curriculares: os estágios curriculares obrigatórios são atividades definidas no projeto dos cursos, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma. Voltam-se para a inserção de atividades educacionais de integração ensino e serviço.

A SMSA é cenário de prática para os cursos de graduação e de ensino técnico de instituições públicas e privadas. A normatização e as diretrizes para a disponibilização dos campos de prática são apresentadas na Portaria SMSA/SUS- BH n o 001/2012, de 5 janeiro de 2012, que estabelece premissas, condições e critérios para a celebração de convênio com as instituições de ensino visando a disponibilização de cenários de práticas para a formação profissional.

O CES exerce papel fundamental neste processo na implementação, articulação e pactuação dos cenários de prática na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Em 2016 foram disponibilizadas 12.820 vagas, redução de 0,92% em relação a 2015. Entretanto a oferta de vagas foi 6,14% superior a demanda das diversas instituições públicas e privadas, de nível técnico e superior, como UFMG; UNIFENAS; PUC; FAMINAS; FCMMG, dentre outras.

Residência Médica: modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. O tempo de duração varia de programa para programa, sendo em média de dois a três anos. Estes incluem uma carga horária desenvolvida em campo de estágio na Rede SUS que também é variável de acordo com os programas.

A SMSA é campo de estágio para os residentes de vários programas do HOB, da SMSA e de outras instituições de Belo Horizonte.

Em 2015 o CES foi credenciado pelo Ministério da Educação (MEC) como Instituição Executora dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional (Portaria Conjunta nº 1 de 12 de fevereiro de 2015 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde e Portaria Conjunta nº 1 de 14 de janeiro de 2015 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde). No mesmo ano, a SMSA iniciou as suas próprias residências sob a coordenação do CES: Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.

Em 2015, a SMSA iniciou a sua própria Residência Médica sob a coordenação do CES: Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Quadro 24: Quantitativo de residentes médicos em cenário de prática da SMA SUS-BH e HOB SUS-BH, 2012 a 2016¹

ANO	VAGAS OFERTADAS PARA REALIZAÇÃO NA SMSA	VAGAS OFERTADAS PARA REALIZAÇÃO NO HOB	TOTAL DE VAGAS OFERTADAS
2008	33	84	117
2009	48	86	134
2010	88	95	183
2011	99	105	204
2012	166	126	292
2013	181	146	327
2014	185	153	338
2015	187	153	340
2016	187	183	370

Residência Multiprofissional: orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais. É uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, que prioriza

¹ Fonte: CES/HOB/SMSA-BH.

o treinamento em serviço, tendo uma carga horária de sessenta horas semanais e duração de dois anos.

A SMSA é campo de estágio para os residentes de vários programas do HOB e de outras instituições de Belo Horizonte.

Também em 2015 a SMSA iniciou a sua própria Residência Multiprofissional sob a coordenação do CES: Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.

Quadro 25: Quantitativo de residentes multiprofissionais em cenário de prática da SMA SUS-BH e HOB SUS-BH, 2012 a 2016

ANO	N. DE RESIDENTES SMSA ²	N. DE RESIDENTES HOB ³	TOTAL
2012	0	93	93
2013	3	111	114
2014	6	84	90
2015	31	82	113
2016	41	77	118

Quadro 26: Quantitativo de vagas no cenário de prática da SMSA e HOB SUS-BH⁴ para Residentes multiprofissionais, 2012 a 2016

ANO	SMSA	HOB	TOTAL
2012	0	93	93
2013	3	111	114
2014	6	111	117
2015	31	111	142
2016	41	111	152

6.2 Gestão do Trabalho

A gestão do trabalho é uma área que tem merecido, na atualidade, a devida atenção por parte de todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais.

Pensar em gestão do trabalho como um eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à

² Áreas: enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; psicologia; nutrição; odontologia; serviço social; terapia ocupacional e educação física.

³ Áreas: atenção básica; saúde da criança; saúde do idoso; saúde da mulher; saúde mental; urgência e trauma.

⁴ Fonte: CES/HOB/SMSA-BH.

sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições de trabalho dos profissionais na Instituição.

A atuação da GGTE é sempre desafiadora, pois combina atividades estratégicas e operacionais, nos levando constantemente a repensar as relações e processos de trabalho e tendo como meta garantir a cobertura dos postos de trabalho da SMSA, que atuam direta ou indiretamente na assistência à saúde da população de Belo Horizonte.

Para cumprir a sua missão, a GGTE desempenha sua função de modo a garantir a estruturação da gestão do trabalho e tem como propósito fomentar as políticas de valorização, inovação e melhorias das condições de trabalho, além de desenvolver instrumentos para auxiliar a tomada de decisão e formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde, com vistas aos melhores resultados para a saúde em Belo Horizonte – SUS/ BH.

Principais atividades desenvolvidas pela em 2016:

- Gerenciamento dos postos de trabalho, com base nas políticas advindas da SMARH, das diretrizes da SMSA e no planejamento das diversas áreas de atuação, assistenciais, de apoio e administrativas;
- Coordenação do processo de incorporação e movimentação dos profissionais SMSA, visando garantir a composição/recomposição das equipes de trabalho nas Unidades de Saúde;
- Análise dos pedidos de credenciamento e descredenciamento de profissionais da saúde, junto ao PSF e providências para sua execução, conforme fluxo estabelecido;
- Informações, pareceres e providências para concessão de Opção de 40 horas e extensão de jornada solicitada por servidor efetivo, além de Alteração de Bases Contratuais solicitadas para profissionais contratados administrativamente;
- Participação na definição de “critérios” para avaliar o desempenho de profissionais com vistas às exigências para progressão de acordo com os planos de cargos e carreiras dos trabalhadores da Saúde na SMSA;
- Produção de relatórios com informações gerenciais e de impactos financeiros relativos a recurso humano, para análise e tomada de decisões no gabinete da SMSA;
- Pesquisa de informações pertinentes e produção de retornos a demandas dos órgãos de controle (internos e externos) (TAG, TCG, PGM, ETC) em questões relativas aos profissionais lotados na SMSA;
- Participação semanal no Colegiado de G1 do nível central da SMSA;
- Participação mensal na MESUS BH;
- Participação no Encontro Estadual das Mesas de Negociação do SUS;

- Participação na Comissão de Elaboração do Protocolo de Violência para as Unidades da SMSA;
- Participação no Seminário de Urgência e Emergência do SINDIBEL;
- Realização de reuniões quinzenais do colegiado de GERGETRS e mensais da equipe do NASF;
- Condução das discussões do processo de trabalho de zoonoses;
- Participação da Comissão Municipal do Programa Mais Médicos e da realização de reuniões periódicas com os gerentes das Unidades de Saúde e dos Distritos Sanitários;
- Apuração de BCMRI, período avaliatório 2015, com cálculo do fator de pagamento de 3.905 profissionais;
- Participação na readequação das equipes do NASF;
- Condução do PCCS médicos pela SMSA;
- Participação na discussão do PCCS dos ACS e ACE;
- Participação das definições para implantação do ponto eletrônico;
- Elaboração bimestral do TCG 008;
- Participação no Comitê de Ética da SMSA.

Gestão dos Postos de Trabalho

Em relação ao dimensionamento de postos de trabalho, foram realizadas análise e reestudos pela GPARH e as áreas técnicas responsáveis, visando definir o quadro de recursos humanos, para os postos considerados prioritários: equipes de PSF, Saúde Bucal, CEST (Central de Esterilização), além das unidades de Urgência (UPAs e CERSAMs, e CERSAMs AD). Este processo é dinâmico e necessita de constante atualização. O quadro de administrativos das Unidades de Saúde encontra-se em revisão com a participação de profissionais dos Distritos Sanitários e Gerências das Unidades de Saúde.

O quadro 27 a seguir retrata uma média do quantitativo de profissionais, que atuaram na SMSA, no ano de 2016, por vínculo empregatício.

Quadro 27: Quantitativo de profissionais atuantes na SMSA, por vínculo, por Distrito sanitário de Belo Horizonte, 2016

ESTRUTURA	EFETIVO	RECRUT. AMPLO	EMPREGADO PÚBLICO (CELETISTA)	MUNICIPALIZADO OU CEDIDO	ESTAGIÁRIO	CADM	TERCEIRIZADO				TOTAL
							G4S	APPA	ARTE BRILHO	AMAS	
BARREIRO	983	1	517	31	58	395	16	60	0	7	2068
CENTRO SUL	742	0	233	109	35	233	37	46	0	4	1439
LESTE	870	1	406	115	54	391	52	40	0	9	1938
NORDESTE	847	1	582	42	71	368	19	51	0	8	1989
NOROESTE	1072	0	454	86	54	234	43	48	0	2	1993
NORTE	717	1	535	28	58	338	21	48	0	12	1758
OESTE	866	0	416	99	39	329	35	44	0	13	1841
PAMPULHA	463	0	312	23	27	293	17	39	0	4	1178
VENDA NOVA	953	3	516	26	50	315	20	47	0	9	1939
NV CENTRAL	532	11	0	59	22	107	0	0	181	163	1075
SAMU	304	0	0	0	0	207	70	0	0	0	581
TOTAL	8349	18	3971	618	468	3210	330	423	181	231	17799

Fonte: TCG/ NUIFN/ GCORF/ GGTE – Data: novembro de 2016

Obs.: No campo terceirizados somente foram considerados os cargos com função administrativa.

Servidores efetivos na SMSA

O Município, enquanto entidade pública, existe em razão da prestação de serviços públicos. Para se chegar a esta finalidade constitucional, temos servidores, desempenhando as funções de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Em se tratando de provimento de situações definitivas e principalmente, de atividades-fim, a realização de concurso público é a forma de ingresso nos quadros do serviço público.

Desta forma, é notório o fundamental peso do vínculo efetivo no quadro de profissionais atuantes na SMSA, que somado aos empregados públicos, aos municipalizados e cedidos de outros órgãos perfazem 80,67% da força de trabalho na SMSA.

Em maio de 2015 foi realizado o concurso público referente ao Edital 07/2014 - Saúde, homologado em 15/06/2016, quando foi oferecido um total de 730 vagas, sendo 621 de ampla concorrência e 69 destinadas a pessoas com deficiência, assim distribuídas (Quadro 28):

Quadro 28: Resumo do resultado do concurso edital 07/2014

CARGOS	TOTAL DE VAGAS	Nº DE APROVADOS	SALDO A NOMEAR
CIRURGIÃO DENTISTA	8	128	125
ENFERMEIRO	2	63	51
MÉDICO	685	581	422
TÉCNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	34	136	120
TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE	1	53	51
TOTAL	730	961	769

Fonte: Tabela transitória/ SMARH. Data: 19/01/2017

É importante lembrar que, para haver nomeação de candidatos aprovados em concurso público, é necessário ter número de cargos disponíveis, criados por Lei. Ao final de 2016 o quadro de cargos da carreira da saúde mostrava os seguintes dados (Quadro 29):

Quadro 29: Quantitativo de cargos vagos na carreira de saúde, em Belo Horizonte, 2016

CARGO	VAGAS EM LEI	VAGAS OCUPADAS	RESERVA DE VAGAS	VAGAS DISPONÍVEIS
CIRURGIÃO DENTISTA	615	417	11	214
ENFERMEIRO	1418	1255	19	144
MÉDICO	3266	1627	864	775
TÉC SERV PÚBLICO	200	28	1	171
TÉC SERV SAÚDE	1603	700	53	850
TÉC SUP SAÚDE	1584	1309	14	267
TOTAL	8686	5336	962	2421

Fonte: Tabela transitória/ SMARH – Data: 19/01/2017

Após a homologação do concurso, ocorreram as nomeações de 02 (dois) Técnicos Superiores de Saúde para a função de Gestão de Serviços de Saúde em 18/08/2016. Em dezembro de 2016 foram realizadas mais 190 (cento e noventa) nomeações, de acordo com a publicação no DOM dos dias 23 e 30.

Segue o Quadro 30 com as nomeações que ocorreram nessa data e o quantitativo de profissionais que compareceram para fazer a escolha de vaga e, posteriormente, tomar posse de seu cargo, na SMARH.

Quadro 30: Resumo das lotações de profissionais nomeados em Belo Horizonte, 2017

CARGO	CATEGORIA/ ESPECIALIDADE	LOTAÇÃO EM 17/01/2017		LOTAÇÃO EM 24/01/2017	
		NOMEAÇÕES	VAGAS ESCOLHIDAS	NOMEAÇÕES	VAGAS ESCOLHIDAS
MÉDICO	ACUPUNTURA	0	0	2	2
	CARDIOLOGIA	5	3	0	0
	CIRURGIA GERAL	9	7	0	0
	PESSOA COM DEFICIÊNCIA	1	1	0	0
	CLÍNICA MÉDICA	0	0	30	15
	DERMATOLOGIA	0	0	2	1
	GASTROENTEROLOGIA	0	0	1	0
	GERIATRIA	0	0	1	0
	GINECOLOGIA	10	4	0	0
	INFECTOLOGIA	0	0	4	3
	NEFROLOGIA	1	1	0	0
	NEUROLOGIA	0	0	2	2
	NEUROPEDIATRIA	0	0	1	1
	OFTALMOLOGIA	0	0	1	1
	ORTOPEDIA	15	10	0	0
	PEDIATRIA	20	10	0	0
	PSIQUIATRIA	20	15	0	0
	SAÚDE DA FAMÍLIA	0	0	33	16
PESSOA COM DEFICIÊNCIA	0	0	1	1	
CIRURGIÃO DENTISTA	ODONTOLOGIA	1	1	0	0
	ORTODONTIA	2	1	0	0
ENFERMEIRO	CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO	0	0	2	1
	SAÚDE PÚBLICA OU EPIDEMIOLOGIA	0	0	10	6
TÉC SERV SAÚDE	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL/ TSB	16	13	0	0
TOTAL		100	66	90	49
PROPORÇÃO NOMEAÇÕES X LOTAÇÕES		66,00%		54,44%	
MÉDIA		60,22%			

Fonte: SMARH/ DOM/ GPARH – Data: janeiro/ 2016

ACE e ACS – Empregados Públicos

Atualmente a SMSA conta com o seguinte quadro (Quadro 31) de Agentes de Combate a Endemias e Agentes Comunitários de Saúde:

Quadro 31: Quantitativo de ACE e ACS lotados na SMSA BH, 2016

Vínculo	Cargo		
	ACS	ACE I	ACE II
Empregado público PBH	2306	1063	151
Contrato administrativo	0	211	0
Total	2306	1274	151

Fonte: GERPC/ SMARH – Data: janeiro/ 2017

Quadro 32: Percentual de cobertura de ACS nas equipes de saúde da família de Belo Horizonte, 2016

DISTRITO	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE			
	TOTAL VAGAS	VAGAS COBERTAS	VAGAS EM ABERTO	COBERTURA
BARREIRO	416	363	53	87,26%
CENTRO-SUL	147	114	33	77,55%
LESTE	273	227	46	83,15%
NORDESTE	398	339	59	85,18%
NOROESTE	309	260	49	84,14%
NORTE	298	250	48	83,89%
OESTE	294	262	32	89,12%
PAMPULHA	198	169	29	85,35%
VENDA NOVA	374	322	52	86,10%
TOTAL GERAL	2707	2306	401	85,19%

Fonte: GERPC/ SMARH. – Data: janeiro/2017

Foram realizadas as Seleções Públicas para o provimento de empregos públicos de Agente de Combate a Endemias e Agente Comunitário de Saúde, cujas provas ocorreram em abril e maio de 2015.

O Edital 005/2014 ofereceu 246 vagas para Agente Comunitário de Saúde, onde foram aprovados 426 profissionais. O percentual dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de Saúde da Família, com base na proposta original do Ministério da Saúde, foi de 85,19%. Estes profissionais estão distribuídos por Distrito Sanitário, da seguinte forma:

Para os Agentes de Combate a Endemias I o Edital 004/2014 ofereceu 345 vagas, que somadas às de ACS totalizam 591 vagas abertas nesta Seleção Pública. Entretanto, este Edital 004/2014 ainda não foi homologado.

Hoje, o quadro efetivo desta categoria conta com um total de 192 (cento e noventa e dois) postos de trabalho no caso do ACE I e 19 (dezenove) para o ACE II, cujos profissionais se desligaram e para os quais não houve reposição.

Quadro 33: Quantitativo de empregados públicos – ACE I e II – na rede SUS BH, distribuição nos distritos e comparativo entre vagas existentes, cobertas e em aberto, janeiro de 2017

DISTRITO	AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS I			AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS II			TOTAL GERAL ATIVO
	TOTAL VAGAS	ATIVO	VAGAS EM ABERTO	TOTAL VAGAS	ATIVO	VAGAS EM ABERTO	
BARREIRO	149	104	45	23	20	3	124
CENTRO-SUL	103	89	14	13	10	3	99
LESTE	146	119	27	17	15	2	134
NORDESTE	168	153	15	22	19	3	172
NOROESTE	149	121	28	18	17	1	138
NORTE	163	156	7	25	22	3	178
OESTE	131	104	27	21	20	1	124
PAMPULHA	113	97	16	11	10	1	107
VENDA NOVA	133	120	13	20	18	2	138
TOTAL GERAL	1255	1063	192	170	151	19	1214

Fonte: GERPC/ SMARH – Data: janeiro/ 2017

Para assegurar a continuidade do serviço público de saúde, principalmente mediante a gravidade do cenário de enfrentamento de endemias como Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela, é imprescindível o reestabelecimento do quadro de vagas atualmente defasado para o cargo de Agentes de Combates à Endemias e Agente Comunitário de Saúde.

Contratações Administrativas Temporárias (CADM)

A contratação administrativa no serviço público é realizada para atendimento à necessidade de caráter temporário e de excepcional interesse público.

No âmbito da Saúde, destacamos a lei municipal nº 7.125/1996, que, dentre outras regras, define os motivos legais para a contratação, conforme a seguir:

Art. 2º - A contratação de que trata esta Lei far-se-á exclusivamente para:

I - Suprir a insuficiência de pessoal decorrente da vacância de cargos, enquanto não ultimado o concurso público respectivo e o preenchimento da vaga, nos setores de urgência ou suporte à urgência e em programas eventuais de combate a epidemias;

II - Substituir profissional da área de saúde em período de licença maternidade, licença médica prolongada ou férias;

III - Suprir demanda de profissionais da área de saúde e mão-de-obra não especializada para atuação em programas especiais, enquanto não preenchidas vagas por concurso público.

Por esta razão e seguindo as orientações da Controladoria Geral do Município a GGTE realiza estudos e apresenta relatórios bimestrais - *Termo de Compromisso de Gestão – 008/2013* - contendo a relação dos contratos existentes e justificativas. Em 2016, foram emitidos pela GGTE 06 relatórios entre os meses de janeiro e dezembro.

Quadro 34: Síntese do TCG 008 – CADM SMSA, dezembro de 2016

MÊS TCG 008	CADM EM SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA	PROJETOS ESPECIAIS E OUTROS	CADM PARA SUBSTITUIÇÃO POR EFETIVO	TOTAL
JANEIRO	300	28	2846	3174
MARÇO	285	25	2628	2938
MAIO	464	27	2801	3292
JULHO	405	33	2905	3343
SETEMBRO	307	37	2890	3234
NOVEMBRO	301	26	2883	3210

Fonte: TCG/ GGTE – Dez 2016 – Data: 27/01/2017

Um dos propósitos do TCG - Termo de Compromisso de Gestão 008/2013 é que a SMSA reduza consideravelmente o quantitativo de contratos administrativos, com a nomeação de efetivos, não obstante seu compromisso de oferecer adequada assistência à população.

Terceirização

Na Secretaria Municipal de Saúde, através da terceirização, são executadas atividades aplicadas às áreas definidas como atividades-meio, – serviços gerais, administrativos, de conservação e limpeza, de informática e portaria, entre outros – em conformidade à legislação pertinente. A terceirização na SMSA visa permitir a execução do trabalho de atividade-meio através de empresas intermediárias, podendo assim concentrar seus esforços, exclusivamente na sua atividade-fim.

Desta forma, em 2016, o contingente de profissionais terceirizados, apontados no Quadro 35.

Quadro 35: Quantitativo de profissionais terceirizados e conveniados na SMSA BH, 2016

EMPRESA/ ÓRGÃO	FUNÇÕES	QUANTITATIVO
AMAS	ADMINISTRATIVA, INFORMÁTICA E OUTROS	231
ARTE BRILHO	ADMINISTRATIVA, ALMOXARIFE, TÉCNICOS OPERACIONAIS E OUTROS	215
G4S	ADMINISTRATIVA, ALMOXARIFE, TÉCNICOS OPERACIONAIS E OUTROS	339
APPA	ADMINISTRATIVA, ALMOXARIFE, TÉCNICOS OPERACIONAIS E OUTROS	433
CONSERVO	PORTARIA	253
TOTAL		1471

Fonte: GCORF/ GGTE – Data: janeiro/ 2017

A partir de junho de 2016, a prestação de serviços gerais passou a ser de responsabilidade da empresa Qualitécnica, com a mudança na forma de controle do serviço prestado por metro quadrado, em substituição ao controle de postos de trabalho, o que ocasionou um processo de estudos e adequações na relação de trabalho dos gerentes das unidades de saúde e profissionais responsáveis pela limpeza.

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

Em 2016 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 2015 para 3.905 empregados públicos (ACE e ACS) e 262 servidores efetivos (Agente Sanitário). As metas alcançadas com o BCMRI variaram da seguinte forma: entre 90,06 a 100% (Zoonoses); e entre 71,04 a 100% (ACS).

Ampliação das estratégias de fixação dos profissionais

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

O PCCS dos médicos já foi publicado, mas, encontra-se novamente em discussão com o Sindicato, por não ter sido integralmente assimilado pela categoria. Está em fase de construção dos indicadores, dos instrumentos de avaliação e dos regulamentos necessários.

Houve uma proposta de um novo Plano de Cargos e Carreiras aos ACSs e ACEs, entretanto, após negociações, esta foi rejeitada pela categoria que optou por retomar as conversas neste ano.

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, foi iniciado em 2016 o planejamento para criação de uma Comissão multidisciplinar para discussão e aperfeiçoamento do Processo de Trabalho das equipes de Zoonoses.

O primeiro tema abordado foi sobre a reabilitação profissional, assim como, a discussão de diretrizes fundamentais que orientam aos gerentes na condução dos profissionais com história de adoecimentos e restrições laborais, dentre outros.

Foram levantadas e qualificadas em Colegiado as pautas a serem discutidas, além da definição de sua priorização para discussão e estudo.

Acompanhamento Sóciofuncional

Destaca-se como objetivos deste trabalho a mediação de conflitos, a redução do absenteísmo, a melhoria da qualidade de vida no trabalho, por meio do equilíbrio entre as necessidades dos serviços de saúde do município, das comunidades e a saúde do trabalhador no exercício de suas funções de cuidado da saúde da população.

O Acompanhamento Sóciofuncional (ASF) inclui ainda outras demandas, individuais e/ou coletivas, visando promover a melhor adequação possível entre a instituição, o trabalho e os diferentes atores envolvidos no processo de trabalho.

O acompanhamento é iniciado quando o servidor se encontra em situação de instabilidade no trabalho gerado por problemas de saúde, de readaptação funcional, de adaptação ao processo de trabalho, dificuldades de relacionamento interpessoal e disciplinares e por intercorrências externas ou internas ao ambiente de trabalho.

A condução de cada caso conta com o envolvimento e parceria nas diferentes instâncias, tais como as gerências de gestão do trabalho das nove regionais e do nível central, Corregedoria Geral do Município, Gerência de Saúde e Segurança do Trabalho, Sindicato e Conselho Municipal de Saúde.

O ASF se dá em consonância com as diretrizes do SUS, da SMSA, do Plano Municipal de Saúde, do modelo assistencial da saúde e da gestão do trabalho, que oferecem aportes normativos, teóricos e práticos que subsidiam nossas ações.

Além das diretrizes, o acompanhamento é orientado a partir de um mapeamento de características humanas e sócio técnicas - do território, das gerências e das equipes e do serviço propriamente dito,



buscando a construção de estratégias mais efetivas para a melhoria das condições e da organização do trabalho, com consequente melhoria do atendimento e da atenção à saúde do usuário.

Constituem funções e atividades da equipe de Acompanhamento Sócio Funcional (ASF):

- Desenvolver ASF, tanto de casos individuais quanto coletivos de servidores efetivos, assistentes administrativos lotados na saúde e trabalhadores contratados;
- Analisar e acompanhar processos de readaptação funcional;
- Desenvolver intervenções coletivas em unidades de saúde;
- Participar de comissões diversas, tais como: Mais Médicos, Termo de Cooperação Técnica com INSS, Saúde Mais, Violência, Zoonoses, Inclusão do Servidor com Deficiência, Grupo de Trabalho de Promoção à Saúde (GTPS);
- Participar de reuniões externas e extraordinárias: Conselho Municipal de Saúde, Gabinete, SMARH, CGM, GSST, Sindicato e outras;
- Coordenar rodas de conversa mensais com gerências e referências técnicas das GERGETR's.
- Analisar, acompanhar e promover intervenções em processos de gestão do trabalho da SMSA (GEAS, Academia da Cidade, NUPIN e outras);
- Participar de reuniões internas da equipe NASF, do colegiado gestor da GPARH e seminários GGTE;
- Desenvolver oficinas com corpo gerencial das regionais (unidades e gestão);
- Oferecer suporte em ASF às referências técnicas das regionais;
- Emitir relatórios para subsidiar decisões de diferentes instâncias, tais como CGM, perícia médica e gestores da rede de saúde;
- Orientar familiares de servidores em acompanhamento quanto a condutas administrativas em casos graves de adoecimento, internação e afastamento prolongado;
- Desenvolver estratégias para qualificação dos dados e registros do NASF.

Acompanhamentos sócio funcionais realizados de janeiro a novembro/2016 pelo NASF:

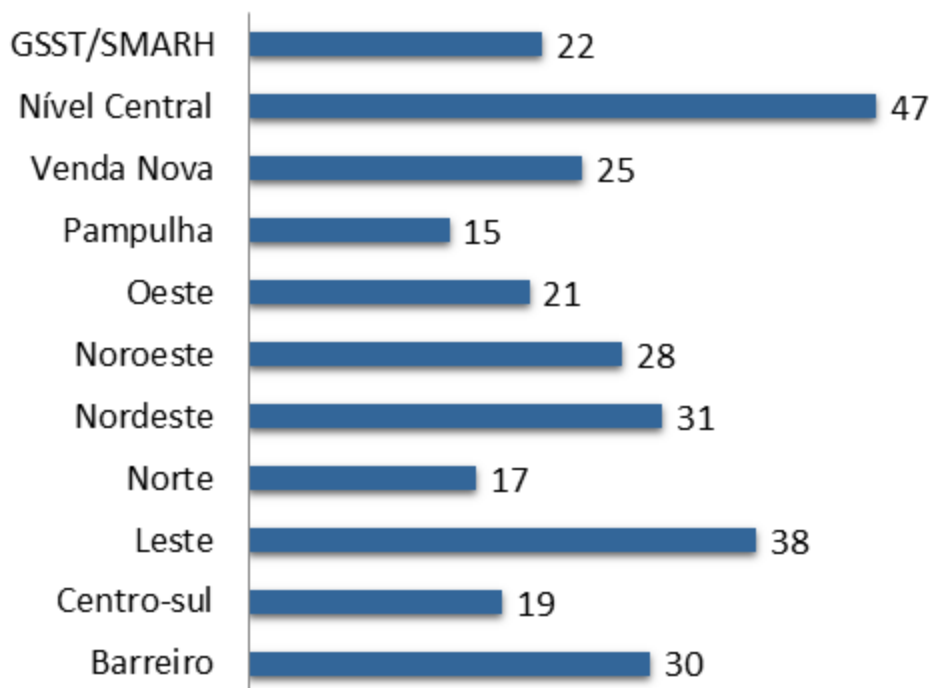
- Total: 293 profissionais
- Ativos: 173 casos
- Arquivados: 120 casos

Quadro 36: Número de casos acompanhados pelo NASF, por distrito sanitário de Belo Horizonte, 2016

DISTRITO	QUANTITATIVO
BARREIRO	30
CENTRO SUL	19
LESTE	38
NORTE	17
NORDESTE	31
NOROESTE	28
OESTE	21
PAMPULHA	15
NÍVEL CENTRAL	25
VENDA NOVA	47
GSST/ SMARH	22
TOTAL	293

Fonte: NASF/ GPARH/ GGTE – Data: 21/12/2016

Gráfico 33: Número de casos acompanhados pelo NASF, por regional - 2016.



Fonte: NASF/ GPARH – Data: dez/2016

O NASF realizou intervenções coletivas nas seguintes unidades de saúde, no ano de 2016:

Quadro 37: Número de intervenções coletivas pelo NASF, Belo Horizonte, 2016

SERVIÇO	UNIDADE ADMINISTRATIVA
C. S. MIRAMAR	REGIONAL BARREIRO
C. S. VENDA NOVA	REGIONAL VENDA NOVA
C. S. JATOBÁ	REGIONAL BARREIRO
C. S. OURO PRETO	REGIONAL PAMPULHA
GERÊNCIA DE ZONOSSES	NÍVEL CENTRAL
ACADEMIA DA CIDADE	NÍVEL CENTRAL
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA	NÍVEL CENTRAL
NUPIN/ GGTE	NÍVEL CENTRAL

Fonte: NASF/ GPARH/ GGTE – Data: 21/12/2016

Processos Seletivos

Os processos seletivos têm como objetivo promover a ocupação de vagas por profissionais com qualificações técnicas e habilidades requeridas para o exercício da função, garantindo a transparência e imparcialidade em todas as etapas do processo.

São funções da equipe de seleção:

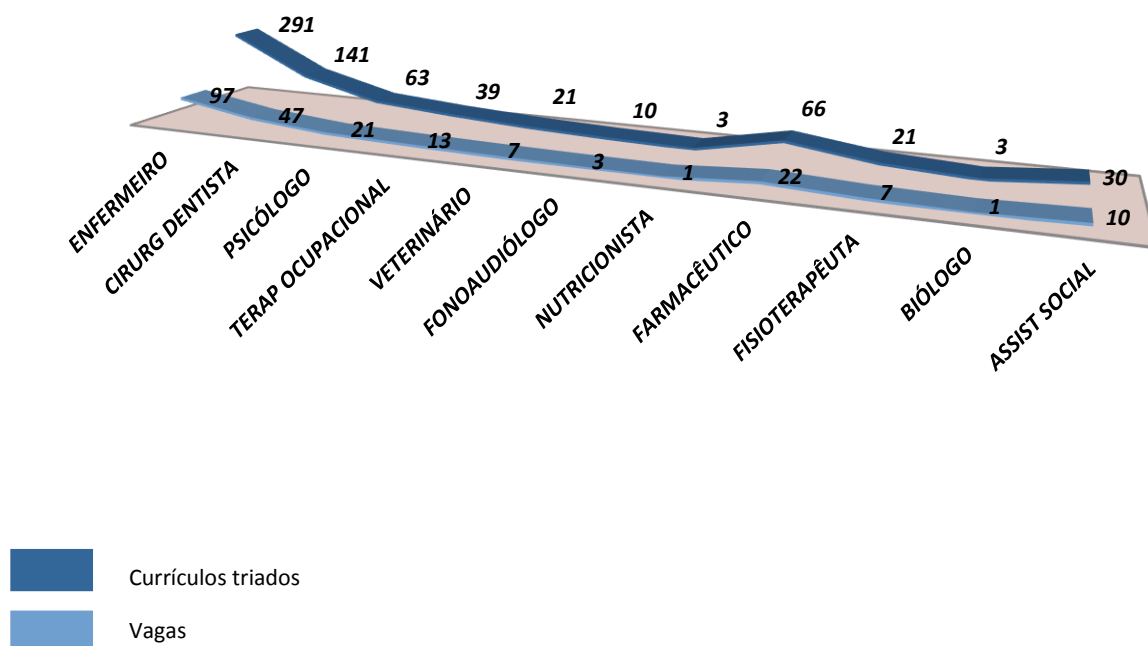
- Coordenar e conduzir processos seletivos da SMSA (Processo Seletivo Simplificado para contratações de profissionais para implantação de programas e projetos especiais desenvolvidos pela SMSA, seleção de gerente de unidade de saúde, de referência técnica, de médico regulador e supervisor, dentre outros);
- Desenvolver triagem de currículos para todas as categorias de nível superior para contratação temporária, exceto para os serviços de urgência;
- Instruir processos de Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);
- Analisar pedidos de transferência de servidores que demandam por uma mesma vaga, a partir de critérios estabelecidos pela SMSA e SMARH;
- Analisar pedidos de Licença sem Vencimento, a fim de subsidiar decisões do Gabinete;
- Avaliar solicitações de CADM para substituição de servidores em readaptação funcional, de acordo com demanda gerencial (GPARH);
- Avaliar, junto à gerência da GPARH, solicitações de opção de 40 horas para servidores em readaptação funcional.

Quadro 38: Participações do NAF nos processos seletivos para gerentes de unidades de saúde, em Belo Horizonte, 2016

UNIDADE	DISTRITO
CS JARDIM GUANABARA	NORTE
CS LAJEDO	NORTE
CS JAQUELINE II	NORTE
CERSAMI	NORDESTE
CERSAM	NORTE
CS ITAMARATI	PAMPULHA
CS SÃO MIGUEL ARCANJO	CENTRO SUL
CS CONFISCO	PAMPULHA
CS PE JOAQUIM MAIA	PAMPULHA
URS PE EUSTÁQUIO	NORDESTE
CS MIRAMAR	BARREIRO
CS JARDIM MONTANHÊS	NOROESTE
CS SANTA LÚCIA	CENTRO SUL
CENTRO CONVIVÊNCIA	PAMPULHA
CENTRO DE CONVIVÊNCIA	CENTRO SUL

Fonte: NASF/ GPARH/ GGTE – Data: 21/12/2016

Gráfico 34: Total de vagas e currículos triados para entrevistas nos Distritos Sanitários de Belo Horizonte, visando contratação administrativa, 2016



Fonte: NASF/ GPARH/ GGTE – Data: 21/12/2016

Programa Mais Médicos para o Brasil

Em 2016 o Programa Mais Médicos contou com 65 (sessenta e cinco) profissionais e destes 21 (vinte e um) concluíram a missão, retornando a Cuba.

Ao final de 2016 permanecem 50 vagas destinadas ao Programa, ainda com o propósito de permitir a estabilização do quadro de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família.

6.3 Assistência Farmacêutica

Em Belo Horizonte, a Assistência Farmacêutica está hierarquicamente organizada em Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF), no nível central dessa Secretaria, em nove farmácias distritais e em 183 farmácias locais, incluindo diversos níveis de atenção e serviços: 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), Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz (CTR/DIP), Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e Centros de Saúde.

A Gerência de Assistência Farmacêutica é responsável pela gestão da assistência farmacêutica no município incluindo o planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação de todas as ações desenvolvidas. Tem ligado diretamente a sua estrutura a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), um almoxarifado Central destinado ao armazenamento estratégico de medicamentos, uma Farmácia de Manipulação e uma Central de Atendimento à Liminares (CAL).

Abastecimento de medicamentos em 2016.

O abastecimento de medicamentos, em 2016, foi afetado por diversos fatores, tais como: Atraso de fornecedores;

- Problemas no processo de compra de medicamentos;
- Alteração da Gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com atrasos de fornecedores.

Em agosto de 2015 a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) propôs um novo modelo de gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o qual foi ratificado pelos gestores municipais e formalizado na deliberação CIB-SUS 2.164/2015. Este novo modelo de gestão apresentado possibilitava a adesão e a compra conjunta com os demais municípios interessados, cujo processamento fica a cargo daquela secretaria e a execução dos registros de preço resultantes a cargo dos municípios.

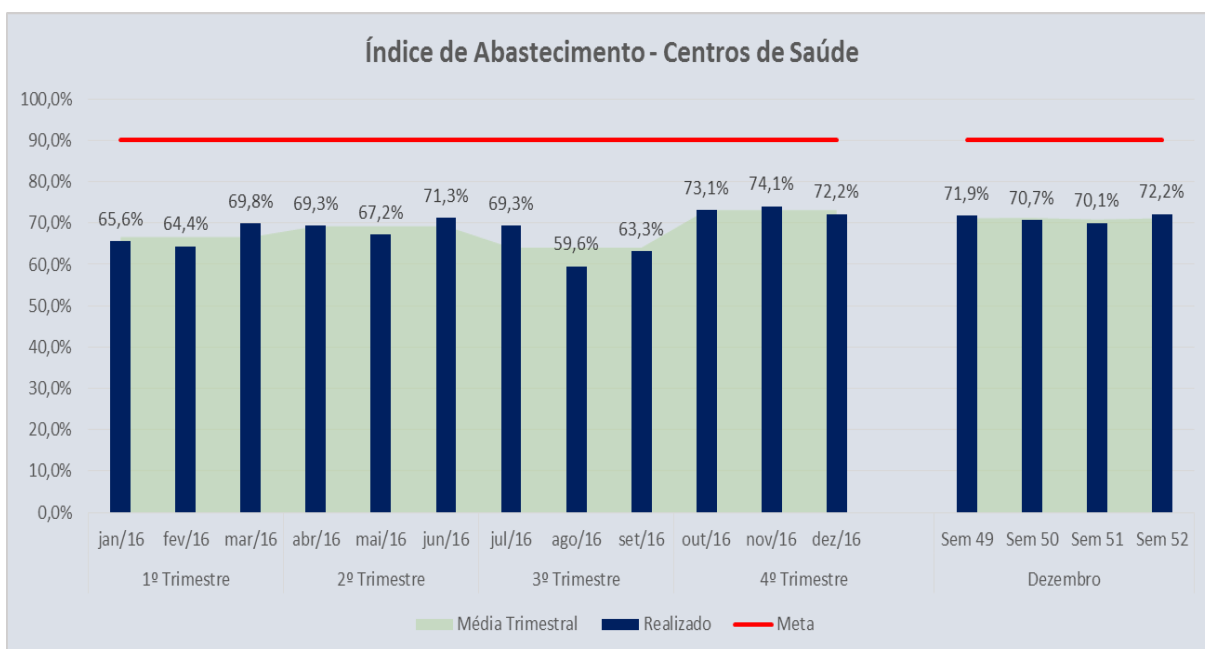
Entendendo como vantajoso e oportuno este modelo, a SMSA-BH, com anuência do Conselho Municipal de saúde, a ele aderiu com gestão totalmente centralizada no município (TCM). Entretanto, os atrasos nas entregas dos medicamentos fornecidos pelos registros de preços estaduais foram constantes.

Esse modelo possibilita que a SMSA-BH tenha acesso a um maior número de atas de registro de preços, escolhendo a de menor valor para executar. Possibilita também a compra de medicamentos que o registro de preços pela SMSA-BH foi problemático, reprovado, fracassado ou deserto. Em consonância com a SMSA-BH, a Secretaria Estadual de Saúde vem agindo junto aos fornecedores, solicitando que os prazos de entrega sejam respeitados.

Foram realizados 3.692.704 atendimentos nas farmácias dos centros de saúde, 101.890 atendimentos nas farmácias de outras unidades. O percentual dos medicamentos da REMUME disponibilizados nos centros de saúde foi de 68,30%.

O Gráfico 35 abaixo mostra a cobertura média, por mês, de medicamentos nos centros de saúde de Belo Horizonte, durante o ano de 2016.

Gráfico 35: Índice de abastecimento de medicamentos nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, de janeiro a dezembro de 2016



Implantação do Projeto de Farmacovigilância na SMSA/BH

Em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte deu início a um Programa de Farmacovigilância visando à detecção precoce de problemas de segurança relacionados aos medicamentos distribuídos.

Com o objetivo de sistematizar o registro e a investigação dos desvios de qualidade em medicamentos, foi definido um fluxo para notificação dos desvios técnicos à ANVISA, fabricantes e fornecedores e um fluxo de reposição de unidades impróprias para dispensação, de forma a minimizar os prejuízos gerados.

A primeira fase da implantação do Programa de Farmacovigilância na SMSA-BH foi um treinamento com os farmacêuticos da Rede Municipal de Saúde sobre Farmacovigilância e Desvios de Qualidade em Medicamentos, entre fevereiro e março de 2016, com participação de 78,7% dos profissionais. Em abril de 2016, iniciaram-se as notificações.

Apesar do Programa de Farmacovigilância da SMSA-BH ter iniciado oficialmente em abril de 2016, em janeiro desse ano a Secretaria iniciou os primeiros registros de desvio de qualidade, os quais não foram apresentadas no boletim anterior devido a inconstância dos dados. Entretanto, as notificações aos fornecedores que foram iniciadas em agosto incluíram os desvios detectados desde janeiro de 2016. Sendo assim, o retorno dos fornecedores apresentado a seguir inclui todos os desvios que foram registrados de janeiro a setembro de 2016.

As notificações de desvio de qualidade na rede estão crescendo a cada trimestre, à medida que os fornecedores vão repondo as unidades farmacêuticas perdidas com os desvios, os notificadores vão ficando cada vez mais motivados a registrar os desvios técnicos encontrados. A evolução das notificações para o período e o número de unidades farmacêuticas perdidas podem ser visualizadas na Tabela 26.

Tabela 26: Evolução das notificações de desvio de qualidade, por trimestre, 2016

Período	Número de Notificações
Janeiro a março	81
Abril a junho	119
Julho a setembro	141
Total	341

Produção da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A CFT desempenhou um importante papel no ano de 2016, com a elaboração do Regimento Interno, atualização da portaria 026 (que constitui a CFT) e dos termos de isenção de conflitos de interesses.

Além disso, foram realizadas 24 reuniões (89% das reuniões planejadas), publicados 6 informes e notas técnicas e revisão da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), com a alteração de 14% da mesma.

6.4 Tecnologia da Informação em Saúde

Incremento e aprimoramento da Infraestrutura realizada em 2016:

- Aprovação na CCG do processo de aquisição de 442 microcomputadores.
- **O projeto Sistema Gestão da Regulação - SGR**
- SGR está em fase de elaboração/construção. Possui três módulos: hospitalar e ambulatorial (suspensos) e em andamento o módulo Contratos e Financeiro.
- O módulo de Contratos e Financeiro tem 14 iterações:
 - o Elaborados: 1 a 4. 5.1 e 6.1 estão com os casos de uso finalizados com aceite da SMSA.
 - o Construção: em homologação – iterações 2 e 4
 - o Transição: iterações 1 e 3
- **Projeto Incorporação de Infraestrutura de Tecnologia de Informação e Comunicação do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.**
- Situação do projeto em 31/12/2016: Previsto = 95%; Realizado = 92%.
- Tecnologia de Equipamentos e Software: 100% operacional, abrangendo as áreas: Rede de Dados e Segurança de Rede; Data Center HMDCC; Sistemas de Informação; Telefonia IP; Videoconferência; Central de Serviços; Microinformática e virtualização de estações; Controle de Acesso; Circuito Fechado de TV; Sistema Coletivo de TV.
- **Projeto Integração Sisrede/Sisreg:**
- A agenda do Sisreg está integrada a Recepção do SISREDE nas seguintes unidades: Urs Pe Eustáquio, Urs Sagrada Família, Urs Campos Sales, URS Centro Sul, URS Saudade, CEM Barreiro, CEM Centro Sul, CEM Leste, CEM Nordeste, CEM Noroeste, CEM Oeste, CEM Pampulha, CEM Venda Nova e CMO.
- Estamos retomando o desenvolvimento da marcação do Retorno automático pelo profissional solicitante.

- **Projeto Sigbases:**
- O projeto SIGBASES tem por objetivo a unificação das bases corporativas, por meio de um Sistema de bases única: profissional, usuário, estabelecimentos e tabelas corporativas da SMSA. O projeto teve a fase de concepção finalizada, sendo dividido em duas etapas. Em 03/5/2016 foi iniciada a Fase de elaboração da Etapa 1, sendo concluída em 23/11/2016. A construção da fase 1 teve início em 06/08/2016 e se encontra no momento em teste. Há previsão de início de entrada em produção da fase 1 em final de janeiro de 2017 com previsão de consumo pelo SISREDE de dados do cadastro de usuários.
- A fase 2 deverá ser realizada em 2017, mas está aguardando a definição de recursos.
- **Projeto SIEA -Sistema de Identificação e Esterilização Animal Web:**
- Concluído em 2015, em fase de homologação para implantação. Aguardando definição da Zoonoses do Piloto.
- **Projeto Reestruturação da Identificação do Usuário na Rede SUS AB:**
- Qualificação do Processo de identificação dos usuários do SUS. Previsão de 3 entregas: Endereço, Cidadão e Unificação de Pessoas.
- Entrega endereço:
 - obrigatoriedade de preenchimento do endereço;
 - processo de confirmação de endereço pelo ACS;
 - mudanças do tipo de endereço;
 - obrigatoriedade da tela de endereço em todos os módulos.
 - Elaboração da documentação da integração SISREDE x SIGBASES.

E- SUS: Exportação de dados do SISREDE para o Sistema e-SUS AB

Atualmente na Fase 2 do projeto:

- Desenvolvimento da Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN(Concluído).
- Realização do teste em projeto piloto do Módulo Atividades Coletivas nos Distritos Sanitários de Venda Nova e Barreiro (Previsão de expansão em Janeiro 2017 para demais distritos).
- Levantamento de requisitos para atualização das fichas do e-SUS da versão 2.0 para versão 2.1.
- **CIRUS - Central Integrada de Serviços de Relacionamento para Atendimento aos Usuários do SUS de Belo Horizonte :**

- Em processo de licitação - POC (prova de conceito) realizada no dia 23/11/16 com a licitante.

Família Cidadã:

- Exportação finalizada dos dados SISREDE/SMSA para SMPS

Prescrição de Mandatos Judiciais:

- Sistema implantado, em funcionamento na SMSA. Relatórios implantados, projeto encerrado em produção.

Gestão de Medicamentos – PROTHEUS : Projeto encerrado, em produção.

- Realização **1106** de teleconsultorias.
- Realização de **05 web conferências** com **464** participantes.
- Realização de **82.267** exames de ECG com laudo à distância emitido por especialistas do Hospital das Clínicas (HC) em exames

7. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) E PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Apresenta a mesma estrutura programática do Plano Municipal de Saúde (PMS), ou seja, em cinco eixos, contendo cada um: diretrizes, objetivos, metas e indicadores e os recursos orçamentários destinados à realização das ações - os quais direcionam a prestação de contas do exercício correspondente, retratada no Demonstrativo da Execução Física.

A Pactuação Interfederativa para 2016 constitui-se de 29 indicadores direcionados por fichas de qualificação, padronizadas e elaboradas para cada indicador. A SMSA-BH pactuou 25 indicadores, conforme a especificidade dos demais.

7.1 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde- PAS 2016 de Belo Horizonte foi construída baseada em cinco eixos (Eixo I – Atenção Primária à Saúde; Eixo II – Vigilância em Saúde; Eixo III – Rede de Cuidados Especializados, referente a Rede Complementar; Eixo IV – Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado; Eixo V – Gestão do SUS) e dez diretrizes, sendo:

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 de Atenção Básica.

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.

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.

Diretriz 4. Articulação da Promoção da Saúde do SUS-BH, intra e intersetorialmente, para ações de fortalecimento e desenvolvimento humano sustentável.

Diretriz 5. Redução de riscos e agravos por meio de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 6. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Especializada.

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.

Diretriz 8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito dos SUS

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

Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.

Para fazer a compatibilização com as Diretrizes Nacionais constantes no SARGSUS, foram feitas junções das diretrizes municipais, alocando os objetivos das municipais de acordo com o objeto das diretrizes nacionais. Assim, as diretrizes 1, 6, 7 e 8 tiveram seu objetivos colocados na Diretriz nacional de “Ampliação e qualificação do Acesso aos serviços de saúde”; as diretrizes 2 e 3 foram alocadas na diretriz nacional de “Aprimorar as redes de atenção”; as diretrizes 4 e 5 organizadas na diretriz de “Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população”. A diretriz 10 foi compatibilizada com a diretriz de “Fortalecer o papel do Estado”. E a diretriz 9 teve seus objetivos divididos nas diretrizes nacionais de “Aprimorar a relação federativa no SUS” e “Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS”.

7.1.1 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 de Atenção Básica.					
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.	0	0	

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	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	Houve a saída do ACS da rede SUS-BH em busca de novas oportunidades de trabalho. Não foi possível a sua substituição imediata de acordo com a lei 9.490/2008. A referida lei determina processo seletivo amplo para a contratação de novos profissionais. Também não houve chamamento público no ano de 2016 para os ACS aprovados no processo seletivo de 2015.
	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	0	Não foram realizadas capacitações no ano de 2016 devido à iminência de encerramento do "Programa Posso Ajudar", que permaneceu vigente até o dia 15/04.
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 implantada.	0	0	

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 de Atenção Básica.					
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	
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.	40	40	
	Implantar a estratégia "Você Nasceu a Saúde te Abraça" no município até 2016.	Estratégia implantada.	1	1	Foi implantada em todos os distritos e continua sendo discutido por meio do AIDPI neonatal; Estratégia Amamenta, Alimenta Brasil; Gestão do Cuidado no território; reuniões em GERASA, dentre outros.

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Atender 100% de crianças e adolescentes cujas famílias são acompanhadas pelo Programa Família Cidadã, Cidade Solidária, até 2016.	Percentual de adolescentes e crianças atendidos.	92	92	
	Implementar o Plano de Atenção à Saúde do adolescente em conflito com a lei cumprindo medida sócio-educativa em meio aberto e fechado, até 2015.	Plano de Atenção à saúde do adolescente elaborado e implementado.	0	0	Em 2014-2015 foi revisto e implementado o Plano de Atenção à Saúde do adolescente em conflito com a lei cumprindo medida sócio educativa em meio fechado e aberto.
	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.	15	27	As metas foram adequadas ao "BH Metas" que previa a execução de 570 encontros em escolas municipais. Esses 570 encontros foram divididos em 38 turmas nas 27 escolas. Cada turma teve um total de 15 encontros. O que viabilizou a realização dos encontros foi a parceria firmada em março de 2016 com Organização Sociedade Civil através do Convênio 04.000575.15-42.

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Capacitar, até 2015, profissionais de dois hospitais de urgência para referência em atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual e para formação de profissionais de saúde no atendimento a esse público.	Número de hospitais capacitados.	0	0	Tratava-se de projeto do Ministério da Saúde (área técnica de saúde da criança e aleitamento materno) em parceria com as capitais, que foi realizado em 2014.
	Capacitar 144 profissionais de saúde de hospitais de Belo Horizonte para atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, nos anos de 2015 a 2017.	Número de profissionais capacitados.	48	Não se aplica	O Ministério da Saúde interrompeu este projeto de qualificação da atenção às vítimas de violência atendidas em hospitais. Entre 2014 e 2016 os 9 distritos sanitários continuaram realizando seminários, com a participação prioritária de profissionais da APS.
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.	0	0	O documento elaborado contemplando esta temática refere-se à Gestão do Cuidado no Território.

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Melhorar o acesso dos usuários com condições crônicas aos grupos de promoção à saúde, mediante definição da metodologia de condução dos grupos de promoção (operativos).	Capacitar multiplicadores de 100% dos Centros de Saúde, na nova metodologia até 2017.	Percentual de Centros de Saúde com multiplicadores capacitados.	60	0	Para os casos de obesidade grave e grupos na área de alimentação e nutrição a metodologia foi criada. Está em discussão com o CES (para 2017) a capacitação dos multiplicadores.
Fortalecer a Gestão Clínica como estratégia de apoio e qualificação do cuidado na rede SUS- BH.	Aumentar para 50%, de 2014 a 2017, o número de unidades da APS iniciando ou ampliando o uso das ferramentas da Gestão Clínica.	Percentual dos CS que iniciaram o uso de alguma das ferramentas da Gestão Clínica ou que aumentaram o número de ferramentas empregadas.	37,5	Não se aplica	Os coordenadores da Gestão Clínica foram inseridos na estratégia da Gestão do Cuidado no Território. Os CS continuam usando as ferramentas da Gestão Clínica na GCT.
Qualificar a assistência ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde.	Implementar o matriciamento pelo Centro Mais Vida (CMV) em 70% dos Centros de Saúde até 2017.	Percentual de centros de saúde com matriciamento realizado pelo Centro Mais Vida.	55	40	No início do ano de 2016 ocorreu uma troca de todos os profissionais do CMV. Eles foram substituídos pelos nomeados do concurso da EBSERH. A saída dos profissionais se deu no período de janeiro a dezembro de 2015, quando houve diminuição importante da oferta, que repercutiu no decorrer do ano de 2016.

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
					Mesmo com a estabilização da oferta em 2016, como os profissionais eram todos novos, esta situação se refletiu no tempo de envio dos planos de cuidados e consequentemente no matriciamento junto aos CS.
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.	Habilitar 24 Equipes de NASF, passando de 58 equipes em 2013 para 82 equipes em 2015.	Número de equipes NASF habilitadas. Fonte - relatório CNES.	0	0	Os projetos de ampliação foram aprovados em CIB e enviados ao MS em fevereiro de 2014. Habilitação ainda não publicada pelo Ministério da Saúde *.
	Compor 100% dos polos de NASF, com 20 horas das categorias profissionais de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico, até 2017.	Percentual de polos de NASF com pelo menos 20 horas de farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico.	80	90	Em novembro de 2016 o percentual das categorias profissionais no NASF foi: Fisioterapeuta: 100% Farmacêutico: 100% Educador Físico: 91,5% Nutricionista: 81,4%

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer os processos de interface, supervisão, etc., entre os serviços de referência e Atenção Primária à Saúde (APS), potencializando a gestão do cuidado.	Capacitar 30 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	Meta concluída em 2014
Integrar as ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS-BH.	Elaborar um plano de ação na área de Atenção Nutricional no SUS-BH até 2017.	Plano de ação elaborado.	0	0	Meta prevista para 2017. Já foi iniciada a constituição do subgrupo da GT da Promoção "Alimentação e Nutrição" para elaboração do plano.
Fortalecer a participação dos familiares nos cuidados em saúde.	Elaborar plano de ação integrada da APS (adulto/idoso, criança e adolescente), Centro de Educação em Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde, até 2016.	Plano de ação elaborado.	1	0	As intercorrências assistenciais durante o ano exigiram a priorização de outras ações. Proposta para 2017.
Melhorar a política de atenção aos Idosos e às pessoas com necessidades especiais.	Elaborar documento com as diretrizes da política municipal de saúde de atenção à pessoa com deficiência, até 2015.	Documento elaborado e publicado.	0	0	Documento com diretrizes da reabilitação (Síntese Operativa) e atenção à Saúde da Pessoa com deficiência, em fase final de elaboração. Previsão de finalização para o primeiro semestre de 2017.

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 de Atenção Básica.					
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 Centros de Saúde em aconselhamento e execução de testes rápidos para HIV e sífilis até 2015.	Percentual de CS com profissionais capacitados.	0	0	Meta cumprida em 2015. Ampliada em 2016 para pelo menos um profissional por equipe de saúde da família. Capacitados 298 profissionais da rede SUS-BH.
	Implantar o ambulatório de atendimento à população transexual, até 2017.	Serviço ambulatorial de atendimento a população transexual implantado.	0	0	Feito levantamento do recurso humano necessário. Mantida a programação de abertura do serviço para 2017.
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	
	Implantar a Atenção Domiciliar Odontológica até 2016.	Percentual de centros de saúde com atendimento domiciliar implantado.	100	100	
	Capacitar em atendimento domiciliar odontológico 100% dos profissionais de saúde bucal da rede, até 2017.	Percentual de profissionais capacitados.	50	100	A meta de 2016 foi superada. Foi realizada a capacitação de 100% dos profissionais dos centros de saúde e não apenas 50% como previsto anteriormente.

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer as ações de saúde bucal no Programa de Saúde na Escola (PSE).	Realizar ações de saúde bucal em estudantes de 100% escolas municipais de Belo Horizonte até 2016.	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.	0	0	Devido a restrição financeira não foi possível a compra desses insumos.
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	
	Implantar 15 equipes de ESB até 2017, totalizando 315 equipes. (Depende de previsão orçamentária).	Número de equipes implantadas.	0	0	Devido a restrição financeira não foi possível a ampliação do número de ESB
	Elaborar protocolo de atendimento à demanda espontânea e planejamento da agenda da SB até 2016.	Protocolo implantado.	1	0	As discussões e propostas estão sendo elaboradas e implementadas pelas unidades visando ampliar o acesso à saúde bucal com equidade, priorizando as pessoas com maiores necessidades. Um dos mecanismos de acompanhamento desse processo é o

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
					indicador quadrimestral do percentual de usuários código 03 que acessaram o serviço. A elaboração do protocolo será realizada no ano de 2017.
	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, até 2016.	Percentual de demandas de tutoria atendidas.	100	100	
Ampliar as Academias da Cidade.	Atingir 100 polos de Academias da Cidade até 2016.	Número de polos de Academias.	63	76	No ano de 2016 foram abertas 13 academias (superando a meta do PPAG que para 2016 era de 8). Houve ajustes nos processos de trabalho e otimização de recursos.
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.	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.	88	65	Não houve aumento do número de espaços, devido aos seguintes fatores: Sub-registro de dados e no repasse da informação. Suspensão da prática devido às epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya.

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
					Redução de aulas Curso de Manutenção e ausência Capacitação.
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.	80	118	
	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	228	
	Atender 1.200/ano usuários através de abordagem intensiva, nos anos de 2014 a 2017.	Número de usuários atendidos/ano.	1200	3312	
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	
	Elaborar um Plano de Ação para a Assistência à Saúde Prisional da SMSA/PBH em parceria com a SEDS e SES/MG, até 2015.	Plano de Ação para a Assistência à Saúde Prisional elaborado e publicado.	0	0	

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Acompanhar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), em relação às condicionalidades relacionadas à saúde.	Monitorar 100% das gestantes e nutrizes 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	99	A mobilidade interurbana e as áreas não cobertas interferiram no acompanhamento de beneficiárias que mudaram para outro município ou que não demandaram os serviços do SUS BH.
	Monitorar 100% das crianças beneficiárias em relação ao cumprimento do Calendário vacinal nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de crianças beneficiárias acompanhadas pelo Cartão de Vacina.	100	100	
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, até 2016.	Percentual de centros de saúde com oferta de rodas de TCI.	60	60	
	Ampliar em 50% o número de terapeutas comunitários na Rede de Atenção Primária da SMSA/SUS-BH, até 2016.	Percentual de profissionais capacitados em TCI.	0	0	

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 de Atenção Básica.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Ofertar 10 encontros anuais de Intervisão para os profissionais já formados em TCI na Rede, nos anos de 2014 a 2017.	Número de Intervisões ofertadas.	10	12	Como desdobramento do VIII Congresso Brasileiro e V Congresso Internacional de TCI, a Associação Brasileira de Terapia comunitária - ABRATECOM ofereceu ao SUS BH dois momentos extraordinários para os Terapeutas nos moldes da Intervisão.
Ampliar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): acupuntura, homeopatia e medicina antroposófica, incluindo fitoterapia, oferecendo insumos e medicamentos.	Fornecer 50% dos medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos prescritos pelos médicos do PRHOAMA, até 2017.	Percentual de prescrições do PRHOAMA atendidas.	0	0	
	Ter 20 profissionais prescrevendo Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde até 2016.	Nº de profissionais prescrevendo Fitoterapia na APS.	10	0	A capacitação está em discussão com o CES (para 2017).

Eixo I - Atenção Primária à Saúde					
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 BH.	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).	76	66,4%	Mudança na base de cálculo. Anteriormente o indicador era calculado no quadrimestre. Atualmente o cálculo é trimestral.
	Realizar Teste do Pezinho em 95% das crianças do 3º ao 5º dia de vida, anos de 2014 a 2017.	Percentual de crianças com teste do pezinho realizado.	95	98	
	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	66,8	Foi ano de maior epidemia de Dengue, o que mobilizou a equipe para atenção a abordagem das doenças exantemáticas.
	Reduzir o percentual de cesariana de 52% para 50% nascidos vivos em BH até 2017.	Percentual dos partos de nascidos vivos ocorridos por cesariana.	51	47,0	Fonte: SINASC **Dados preliminares, extraídos em 20/12/2016
	Investigar 40% de óbitos fetais e infantis, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos fetais e infantis investigados.	40	92,1	*Fonte: Módulo SIM- WEB **Dados preliminares, extraídos em 20/12/2016
	Investigar 70% óbitos de mulheres em idade fértil, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	70	68	*Fonte: Módulo SIM- WEB **Dados preliminares, extraídos em 20/12/2016
	Investigar 100% de óbitos maternos, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de Óbitos maternos investigados.	100	100	*Fonte: Comitê Municipal de Prevenção de óbitos materno,

Eixo I - Atenção Primária à Saúde					
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	
					fetal e infantil
	Aumentar o percentual de puérperas acompanhadas para 50% até 2017.	Percentual de gestantes captadas/ atendidas que realizaram consulta de puerpério.	49	47,6	Apesar de muito próximo de atingir a meta proposta, o retorno ao prontuário eletrônico para a inclusão da consulta de puerpério não tem ocorrido na frequência adequada.
	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.	55	36	Para o registro das consultas é necessário que o profissional alimente o prontuário eletrônico com o CID relativo ao atendimento de puericultura. Isto ainda não está acontecendo de forma sistemática.
	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.	Número de unidades de coleta de leite materno implantadas.	16	16	Duas novas unidades estão em fase de implantação.

Eixo I - Atenção Primária à Saúde					
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	
	Realizar 14 treinamentos para 420 profissionais de saúde, enfermeiros e médicos de família e comunidade, em Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) neonatal, nos anos de 2014 a 2017.	Número de treinamentos AIDPI Neonatal realizados.	4	1	O Ministério da Saúde não envia mais o material didático necessário. Foi possível organizar somente um treinamento.

Eixo I - Atenção Primária 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.	Revisar e implantar os protocolos da rede de atenção psicossocial até 2015.	Protocolo revisado e implantado.	0	0	Protocolo já está em execução.
	Criar 2 núcleos de saúde mental para o atendimento a usuários e seus familiares nos centros de saúde até 2017.	Núcleo de saúde mental implantado.	1	0	Os núcleos serão criados em 2017.
	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.	0	0	

Eixo I - Atenção Primária 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	
	Implementar um plano de ação para a Residência Médica de Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental do SUS-BH, a partir de 2014.	Plano de ação implementado.	1	1	
	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.	0	5	Foram realizadas 04 reuniões com a Secretaria Municipal de Educação e 1 reunião com a Secretaria de Políticas Sociais
	Realizar 1 evento da Mostra de Arte Insensata até 2016	Evento realizado.	0	0	Será realizada em 2017.
	Implantar o Programa de Educação de Jovens e Adultos EJA no Centro de Convivência César Campos, até 2015	Programa de Educação de Jovens e Adultos - EJA implantado.	0	0	Será implantado em 2017.
	Revisar e implantar os protocolos e fluxos da rede de atenção psicossocial até 2016.	Protocolo revisado e implantado.	1	1	Os fluxos foram revisados e os protocolos estão em andamento.

Eixo I - Atenção Primária 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	
	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.	0	0	
	Implementar na rede SUS-BH 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 a partir de 2015.	Plano de ação implementado.	1	1	
	Executar 100% dos convênios celebrados para a implementação da política de saúde mental no município.	Convênio em execução.	0	0	Convênios em execução.
	Realizar 1 (uma) oficina de Saúde Mental abrangendo toda a rede SUS-BH em 2015.	Oficina de Saúde Mental realizada.	0	0	Meta realizada em 2015.
	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.	0	0	Meta realizada em 2014.

Eixo I - Atenção Primária à Saúde					
Diretriz 4. Articulação da Promoção da Saúde do SUS-BH, intra e intersetorialmente, para ações de fortalecimento e desenvolvimento humano sustentável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Desenvolver uma política de promoção da saúde como estratégia de amplo empoderamento dos usuários e trabalhadores do SUS-BH na autonomia do seu autocuidado e no seu desenvolvimento humano.	Implantar a Política Municipal de Promoção da Saúde informada por evidências na SMSA/SUS-BH até 2017.	Política de saúde implantada.	0	0	
	Desenvolver e implantar um sistema informatizado para a coleta de dados das ações de Promoção da Saúde até 2016.	Sistema informatizado e implantado.	0	0	
	Reduzir o consumo mensal de água no prédio do nível central da SMSA/SUS-BH em 30% da média dos 03 últimos anos do respectivo mês.	Consumo percentual de água reduzido.	1	1	Nos meses já medidos pela COPASA nesta data (janeiro a outubro/2016) o consumo de água não teve a redução esperada para o cumprimento da meta, apenas em fevereiro, março e agosto/2016.
	Criar o Comitê de Raça e Gênero no SUS-BH em 2016	Comitê de Raça e Gênero criado.	1	Não se aplica	Os temas raça e gênero receberam abordagens no ano de 2016 através do Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde – GTPS. A GEAS apresenta o entendimento de que o comitê poderia ser incorporado, de maneira perene, no próprio GTPS.
Fortalecer a política de atenção à saúde mental	Implantar 2 CERSAM AD Adulto até 2015.	Equipamento implantado.	0	0	Implantados em 2014.

Eixo I - Atenção Primária à Saúde					
Diretriz 4. Articulação da Promoção da Saúde do SUS-BH, intra e intersetorialmente, para ações de fortalecimento e desenvolvimento humano sustentável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
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 1 CERSAM Infantil/Adolescent e com atendimento aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas até 2015.	Equipamento implantado.	1	1	Foi inaugurado em 10/12/2016.
	Implantar o CERSAM NORTE até 2015.	CERSAM em funcionamento.	0	0	Foi implantado em 2015
	Implantar a nova sede do CERSAM Venda Nova até 2015.	CERSAM em funcionamento.	0	0	Será implantada em 2017.
	Implantar a Unidade de Acolhimento AD adulto, no D.S. Barreiro, em 2014.	Unidade de Acolhimento AD adulto em funcionamento.	0	0	Implantada em 2014.
	Implantar a Unidade de Acolhimento AD infantil até 2015.	Unidade de Acolhimento AD infantil em funcionamento.	0	0	Será implantada em 2017.
	Realizar a reforma/ampliação do CERSAM OESTE prevista no Orçamento Participativo até 2016.	Equipamento reformado e implantado.	0	0	Está previsto a construção de novo prédio em 2017.
	Ampliar os serviços residenciais terapêuticos de acordo com critérios e exigências das portarias ministeriais nº 3090/11 e nº 106/08, passando de 29 em 2013 para 34 até 2015.	Número de Serviços Residenciais Terapêuticos ampliados.	34	33	Será implantada a 34ª SRT em 2017.

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	57%	As equipes distritais que realizam as investigações não são exclusivas para este agravo, com isso há sobrecarga de trabalho, inclusive por que em 2016 houve a maior epidemia de dengue de BH. Além disso, para concluir as investigações, são necessárias informações importantes das unidades para responder o formulário.
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	1	Decreto nº 16.235 de Fevereiro de 2016
	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	1	A Bhtrans não disponibilizou o banco de dados de 2015, impossibilitando análise e elaboração de outros relatórios
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 2015 a 2017.	Percentual de registros de doses aplicadas por Centro de Saúde, tendo como referência os dados do Fênix/2013.	100	100	

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	
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	14,11	
	Ampliar o programa de adoção dos animais do CCZ para 2 convênios, até 2014.	Convênio celebrado	0	0	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.
	Acompanhar 100% dos animais adotados na rotina do CCZ até 2017	Percentual de animais acompanhados.	80	80	
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	100*	*De acordo com o parâmetro nacional (de 800 a 1000 imóveis/ACE), BH conta com o quantitativo previsto. Porém há vagas preenchidas com profissionais afastados e com desvio de função. O número de vagas de ACE I é 1.493, considerando seleção pública e contratos.

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	
					Retirando destes aqueles que estão no CCZ, castração e LV, ficam 931. O número de imóveis para controle da dengue é 911.219; assim, a média de imóveis/profissional para BH é 979, considerando vaga autorizada. 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	Número de DS com o dispositivo móvel implantado	0	0	
	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/SMARH.	Percentual de espaços com diagnóstico realizado	100	0	Essa ação depende de agenda da GSPM.

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	
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.	800	797	
	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.	50	50,81	
	Elaborar 4 artigos/ano do tema Saúde do Trabalhador, para publicação em Boletins Epidemiológicos e/ou outras publicações técnicas.	Número de artigos publicados/ ano.	4	4	
	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.	0	0	

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	
	Capacitar, no mínimo, 2 referências de cada UPA, Hospital Célio de Castro e 10 Hospitais da rede privada de BH para notificação e encerramentos dos agravos de Saúde do Trabalhador	Número de Referências capacitadas.	38	310	Encontro de Saúde do Trabalhador: acidente de trabalho biológico de risco e outros agravos realizado 18/05/2016.
Qualificar o serviço de controle de Infecção relacionada a assistência à saúde e a gestão do programa de segurança do paciente.	Cadastrar 100% de estabelecimentos de assistência à saúde (hospitalares e ambulatoriais que realizam procedimentos invasivos) no SIVISE, até 2017.	Percentual de estabelecimentos cadastrados no SIVISE	90	94,5 % (120/127)	Até 09/01/17: 120 se cadastraram, dentro do planejamento de serem acompanhados 127 hospitais e clínicas (os que realizam procedimentos de <u>maior risco</u>).
	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.	80	91,83%	Até dezembro de 2016, existiam 49 hospitais cadastrados no SIVISE (Sistema Informatizado de Vigilância Sanitária e Epidemiológica). Deste total, 45 hospitais tem Núcleo de Segurança do Paciente cadastrados na ANVISA.

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	
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	60	56.75%	
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 do projeto.	60	64,71%*	*Dado parcial. A reunião de supervisão com o fechamento da avaliação do quadrimestre será dia 06/03/17.
Ampliar a ação da vigilância sanitária estendendo a sua atuação para as unidades de saúde do SUS de BH.	Efetivar a fiscalização sanitária em 188 Unidades de saúde da rede própria da SMSA/SUS-BH - UPAs (8), Núcleo de Cirurgia Ambulatorial (1), Centrais de Esterilização (8), CEM (8), URS (5), CS (147) e CERSAM (11), até 2017.	Número de serviços vistoriados	24	51	51(34 UBS, 07 CME, 01 PA, 08 Cersam, 01 URS)
Monitorar os riscos ambientais relacionados às doenças ou agravos à saúde nos territórios do SUS-BH, com enfoque na abordagem	Participar de 80% das reuniões promovidas pelos espaços intersetoriais que tratam das questões ambientais, nos	Percentual de participação dos técnicos da Vigilância Ambiental/ SMSA nas reuniões intersetoriais	80	80	

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	
intersetorial ecossistêmica da saúde (influência da água, ar, solo, desastres, produtos perigosos e resíduos).	anos de 2014 a 2017.				
	Executar o "Projeto Izidora" no Centro de Saúde Etelvina Carneiro/Distrito Sanitário Norte (unidade piloto) nos anos de 2014 a 2017.	Projeto executado	1	1	
	Executar o plano de ação da etapa "Guardiões da Escola" do Projeto Izidora, em cinco Escolas Municipais da Bacia da Izidora (E.M. Francisco Magalhães Gomes, E.M Lídia Angélica, E.M. Tristão da Cunha, E.M. Professor Moacyr Andrade e E.M. Tancredo Phídeas Guimarães), até 2016.	Nº de escolas com plano de ação executado.	5	5	

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	
Minimizar impactos ambientais decorrentes das atividades da SMSA/SUS-BH	Implantar o programa SUSTentabilidade de 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.	80	60	A implantação do Programa é condicionada à adesão dos Distritos Sanitários, uma vez que as atividades de operacionalização dependem da participação dos servidores locais. O espaço físico de algumas sedes dos distritos tornou-se um fator operacional limitador para viabilizar o acondicionamento dos papéis para reciclagem, atividade principal do Programa.
Fortalecer ações de promoção da saúde, prevenção e Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).	Produzir análise de situação de saúde de DCNT e fatores de risco e proteção.	Boletins produzidos.	2	2	
	Qualificar Referências Técnicas dos GEREPIs em análise de DCNT.	Percentual de Referências técnicas qualificadas.	10	10	

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	
	Participar de Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT) para divulgar temas voltados para a promoção da saúde, em empresas e instituições parceiras.	Participação em SIPAT.	2	6	
	Realizar evento público de Promoção de Saúde do Trabalhador para público alvo específico de empresas públicas e privadas.	Realizar 1 Seminário.	1	0	Não realizado o IV Seminário de Promoção da Saúde do Trabalhador estava programado para o dia 21/11/2016 no salão Nobre da Faculdade de Medicina, mas foi adiado devido à incapacidade da Universidade de receber o público externo neste momento.

Eixo II - Vigilância em Saúde					
Diretriz 6. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Especializada.					
Objetivo	Meta	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 3.563 em 2014 para 4.311 em 2017.	Número de atendimentos realizados.	4.311	3.835	Redução dos encaminhamentos para os CEREST-BH pelas unidades de saúde do SUS-BH

Eixo III - Rede de Cuidados Especializados, referente à Rede Complementar					
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	
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.	75	100	Implantação concluída em 100% dos postos de coleta com supervisão.
	Expandir a supervisão para 100% postos de coleta.	Número de postos de coleta com supervisão de bioquímico.	93	93	Não foi autorizado a contratação de profissionais para realizar supervisão de 100% dos Postos de Coleta.
Aprimorar a gestão da qualidade nos laboratórios da rede.	Buscar viabilizar curso de gestão da qualidade na rede de laboratórios, até 2016.	Número profissionais dos laboratórios capacitados em gestão da qualidade.	0	0	Não foi incluído no cronograma de Educação Continuada do CES.

Eixo III - Rede de Cuidados Especializados, referente à Rede Complementar					
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	
	Implementar a Avaliação de Qualidade na rede de laboratório de Belo Horizonte utilizando controle externo da qualidade.	Percentual de resultados adequados aferidos pelo controle externo da qualidade.	83	97,39	
Qualificar a estrutura e processos de trabalho dos laboratórios da rede.	Estudar viabilidade de implantar metodologia semi-automatizada de tipagem sanguínea e se viável implantar.	Estudo realizado.	0	1	O estudo foi realizado. Não foi liberado o prosseguimento. .Aguardando viabilização financeira.
	Implantar os exames: FtA Bs para sífilis, HTLV, Imuno chagas no lab. municipal até 2016.	FtA Bs para sífilis, HTLV, implantados.	0	1	Realizado a implantação do exame para Chagas.
Qualificar o retorno dos resultados de exames laboratoriais da rede contratada com maior agilidade e eficácia.	Implantar a integração dos resultados dos lab contratados com o SLPC e SISREDE retornando para o prontuário eletrônico, até 2017.	Resultados de exames dos laboratórios contratados integrados com SISREDE.	0	0	Inconsistência na ferramenta de integração
Ampliar e facilitar o acesso à Atenção Especializada com a implantação de novos serviços de referência especializada territorializados.	Implantar uma Unidade de Referência Secundária (URS) Vetor Norte até 2017.	URS Vetor Norte implantada.	0	0	
	Implantar um Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS (SAE DST/AIDS) Noroeste até 2017.	SAE DST/AIDS Noroeste implantado.	0	0	

Eixo III - Rede de Cuidados Especializados, referente à Rede Complementar					
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	
	Criar um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Paracatu até 2017.	CEO Paracatu implantado.	0	0	
	Implantar um Centro de Referência em Reabilitação (CREAB) Barreiro até 2016.	CREAB Barreiro implantado.	0	0	
	Implantar um Centro de Referência em Reabilitação (CREAB) V Nova até 2015.	CREAB Venda Nova implantado.	0	1	
Ofertar consultas e exames especializados em quantidade e qualidade adequadas, e de modo oportuno.	Aumentar para 52 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).	51	54	
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.	0	0	
	Implantar serviço de reabilitação auditiva no conjunto de serviços do CREAB Venda Nova até 2016.	Serviço de reabilitação auditiva implantado.	0	0	

Eixo III - Rede de Cuidados Especializados, referente à Rede Complementar					
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	
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.	75	100	Implantação concluída em 100% dos postos de coleta com supervisão.
	Expandir a supervisão para 100% postos de coleta.	Número de postos de coleta com supervisão de bioquímico.	93	93	Não foi autorizado a contratação de profissionais para realizar supervisão de 100% dos Postos de Coleta.
Aprimorar a gestão da qualidade nos laboratórios da rede.	Buscar viabilizar curso de gestão da qualidade na rede de laboratórios, até 2016.	Número profissionais dos laboratórios capacitados em gestão da qualidade.	0	0	Não foi incluído no cronograma de Educação Continuada do CES.
	Implementar a Avaliação de Qualidade na rede de laboratório de Belo Horizonte utilizando controle externo da qualidade.	Percentual de resultados adequados aferidos pelo controle externo da qualidade.	83	97,39	
Qualificar a estrutura e processos de trabalho dos laboratórios da rede.	Estudar viabilidade de implantar metodologia semi-automatizada de tipagem sanguínea e se viável implantar.	Estudo realizado.	0	1	O estudo foi realizado .Não foi liberado o prosseguimento. .Aguardando viabilização financeira.
	Implantar os exames: FtA Bs para sífilis, HTLV, Imuno chagas no lab. municipal até 2016.	FtA Bs para sífilis, HTLV, implantados.	0	1	Realizado a implantação do exame para Chagas.

Eixo III - Rede de Cuidados Especializados, referente à Rede Complementar					
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	
Qualificar o retorno dos resultados de exames laboratoriais da rede contratada com maior agilidade e eficácia.	Implantar a integração dos resultados dos lab contratados com o SLPC e SISREDE retornando para o prontuário eletrônico, até 2017.	Resultados de exames dos laboratórios contratados integrados com SISREDE.	0	0	Inconsistência na ferramenta de integração.

Eixo IV: Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado					
Diretriz 3. Aprimoramento da rede 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	
Ampliar o acesso dos cidadãos às Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	Implantar 2 novas UPAs até 2017 (UPA Noroeste I, Noroeste II-HOB).	Nº de UPAs construídas.	0	0	
	Substituir a sede de 4 UPAs, até 2017 (UPAs Leste, Nordeste, Norte e Pampulha).	Número de UPAs com sede substituída.	2	2	Substituição das sedes das UPAs Leste e Nordeste.
Melhorar a infraestrutura dos locais de urgência e emergência.	Aumentar a capacidade operacional das Unidades Barreiro, Centro Sul, Oeste e Venda Nova até 2017.	Nº de Unidades com capacidade operacional aumentada.	1	1	UPA Barreiro: reformas nas áreas de atendimento pediátrico e de adultos, visando melhorar o fluxo geral e a assistência aos pacientes.
Consolidar a cobertura do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD por meio das intervenções das	Acompanhar 10.000 (dez mil) pacientes/ano até 2017.	Número de pacientes acompanhados pelo SAD.	10.000	10.190	Maior interface com a rede hospitalar, resultando em fomento à desospitalização.

Eixo IV: Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado					
Diretriz 3. Aprimoramento da rede 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	
Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAD Pediátrica) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).					
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 2015.
	Atender 320 pacientes-dia no Pronto-socorro do HMDCC, até 2016.	Percentual de atendimentos realizados no Pronto Socorro.	100	0	Ainda não disponibilizado o serviço
	Disponibilizar 320 leitos de Enfermarias, do HMDCC, até 2016.	Número de leitos de enfermaria disponibilizados.	320	80	Atendimento apenas no 5º. Andar e pendentes os demais 3 andares.
	Disponibilizar 80 leitos de CTI, para o HMDCC, até 2016.	Número de leitos de CTI disponibilizados.	80	10	Atendimento parcial no 2º. Andar com apenas 10 leitos.
	Realizar 700 cirurgias mensais no Bloco Cirúrgico do HMDCC, até 2016.	Número de cirurgias realizadas.	120		Abertura do Centro Cirúrgico em 12/dez/16 com uma média de 5 cirurgias/dia em 6 dias na semana. Em dez/16 foram 65 cirurgias.

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	0	Em 2016 não foi possível contratualizar o hospital onde seriam abertos os leitos de pacientes crônicos devido a sua irregularidade fiscal.
	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	45,5	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	42,3	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

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	
	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	6	Foram revistos os critérios de 20% dos protocolos de acesso especial; implantação depende do sistema informatizado em desenvolvimento.

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 (20h), até 2017.	Percentual de Centros de Saúde com farmacêutico (20 h).	80	77,92%	Abertura de novas Unidades Básicas, sem contratação de farmacêuticos.
	Prover 100% das farmácias das UPAS com um farmacêutico (20h), até 2014.	Percentual de UPAs com farmacêutico (20 h).	0	0	Não se aplica
	Prover 100% das farmácias das UPAS com um farmacêutico (40h), até 2016.	Percentual de UPAs com farmacêutico (40h).	100	100%	Meta atingida

Eixo V - Gestão do SUS					
Diretriz 8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Prover 100% das unidades da Rede Complementar e CERSAMs com um farmacêutico (20h) até 2014.	Percentual de unidades da Rede Complementar e CERSAMs com farmacêuticos (20h).	0	100%	Meta atingida
	Prover 100% das farmácias locais e distritais de infraestrutura adequada.	Percentual das farmácias locais e distritais com estrutura adequada para funcionamento.	40	40	Meta atingida
	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	68,26%	Entre as causas do índice encontram-se: financiamento insuficiente, atraso na entrega por parte dos fornecedores, medicamentos descontinuados pela ANVISA, medicamentos com restrições na sua produção pela falta ou suspensão de importação de matéria prima.
	Implantar projeto de comunicação sobre a Assistência Farmacêutica na SMSA/BH.	Projeto de comunicação da Assistência Farmacêutica implantado.	0	1	Projeto implantado. Ações desenvolvidas em 2016: - Ampla divulgação do Fluxo de fornecimento de medicamentos para hospitais - Ampla divulgação da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais). Outras ações se estenderão até 2017.
	Implantar farmacovigilância na SMSA/BH, até 2017.	Farmacovigilância implantada na rede.	0	100%	Projeto implantado. Ações desenvolvidas em 2016:

Eixo V - Gestão do SUS					
Diretriz 8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
					- Sistematização do registro e investigação dos desvios de qualidade; - Definição de fluxo de notificação no NOTIVISA e notificação aos fornecedores; - Divulgação trimestral de boletins de farmacovigilância. Outras ações se estenderão até 2017.
	Implantar o projeto de reestruturação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da SMSA/BH, até 2016.	Projeto da CFT implantado.	1	1	Projeto implantado. Ações desenvolvidas em 2016: - Atualização do termo de isenção de conflitos de interesses; - Elaboração do Regimento Interno, atualização da portaria 026 (que constitui a CFT) e solicitação de publicação dos mesmos. 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 2016: - Monitoramento e avaliação das atividades assistenciais do farmacêutico nas unidades de saúde;

Eixo V - Gestão do SUS					
Diretriz 8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
					- Elaboração de planejamento estratégico situacional. Outras ações se estenderão até 2017.

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Fortalecer os fóruns de participação popular e de controle social do SUS-BH como espaços políticos estratégicos fundamentais de processos de debates e deliberações de diretrizes para a saúde pública demais políticas públicas de BH.	Distribuir 45.000 cartilhas com temáticas do controle social do SUS/BH, até 2017.	Número de Jornais Consaúde distribuídos.	10.000	40.000	
	Realizar 04 seminários temáticos, nos anos de 2014 a 2017.	Número de seminários realizados.	1	2	
	Realizar 3 Conferências Municipais de Saúde até 2017.	Número de Conferências realizadas	0	0	
Ampliar a participação do Controle Social do SUS-BH para além de suas fronteiras	Participar de 80% das reuniões intersetoriais com os conselhos de políticas públicas, com temáticas afins a saúde, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de participação nas reuniões	80	80%	

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Participar de 100% dos Fóruns Nacionais e Internacionais de Controle Social de temáticas inerentes a saúde ou áreas afins.	Percentual de participações do Conselho Municipal de Saúde.	100	100	
Propor, acompanhar e fiscalizar os recursos destinados para o financiamento do SUS/BH.	Realizar 8 reuniões no CMSBH para propor e apreciar a proposta do orçamento anual para o SUS/BH nos anos de 2014 a 2017.	Número de reuniões realizadas	2	2	
	Participar de 100% dos fóruns estaduais e municipais cuja temática sobre orçamento e financiamento para a saúde pública do SUS/BH, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de participações do Conselho Municipal de Saúde	100	3	Não cumpriu devido ao corte de custos da SMSA
	Realizar 12 reuniões das Câmaras Técnicas para apreciação e acompanhamento dos RDQA, dos relatórios de Gestão e da Programação Anual de Saúde (PAS), até 2017.	Número de reuniões realizadas	3	3	Cumpriu
	Realizar 12 visitas as unidades de saúde do SUS/BH, até 2017.	Número de visitas realizadas	3	5	Cumpriu

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Realizar 12 reuniões da Comissão de Acompanhamento da Implantação da Parceria Pública Privada (PPP), no SUS/BH, até 2017.	Número de reuniões realizadas	3	0	Não cumpriu, pois, a SMSA não implantou a comissão
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	2	0	Processo de aquisição de 442 micros liberado para 2017.
	Informatizar 100% das Academias da Cidade até 2016.	Percentual de academias informatizadas	83	83	Academias informatizadas offline e online com o sistema e-SUS.
	Informatizar o atendimento de 100% das equipes de saúde bucal até 2015.	Percentual de equipes atendendo no sistema	2	2%	
Modernizar a gestão da regulação em saúde.	Desenvolver e implantar o Sistema de Gestão da Regulação até 2017.	Percentual do projeto executado.	40	37 %	Atraso do fornecedor, na entrega do Sistema.

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
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	Percentual de projeto executado	87	0%	Aguardando liberação da documentação do SRES pela SES/PRODEMGE
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	Adesão a Estratégia de Implantação do sistema e-SUS no município.
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 por ano.	60	103	
	Manter a publicação eletrônica do boletim semanal on-line "Saúde na Rede" para os servidores nos anos de 2014 a 2017.	Número de boletins elaborados e divulgados eletronicamente por ano.	48	25 * 2016 foi ano de eleição e a publicação foi suspensa em atendimento à lei eleitoral	

Eixo V: Gestão do SUS

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

Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Manter atualizado o Portal da Saúde no site da PBH, nos anos de 2014 a 2017.	Portal da Saúde atualizado	1	1	
	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.	1.500.000	2.593.540	
Estender as ações de promoção à saúde, controle de endemias e prevenção de acidentes no trânsito, para além dos espaços institucionais, no âmbito do Mobiliza SUS e outras abordagens de comunicação.	Executar o Projeto "Saúde em Forma" em espaços de grande circulação de pessoas, num total de 70 eventos/ano, nos anos de 2014 a 2017.	Nº de ações executadas.	60	114	
	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.	Número de pessoas beneficiadas.	3.000	5.000	

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Executar o Projeto "Empresa sem Dengue", em potenciais empresas da cidade, num total de 360 empresas, nos anos de 2014 a 2017.	Número de empresas beneficiadas.	60	87	
	Realizar 100% dos eventos programáticos relacionados à promoção, prevenção e controle de endemias, nos anos de 2014 a 2017.	Percentual de eventos realizados/ano.	60	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.	0	26	

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Otimizar os processos de Educação Permanente na rede SUS-SMSA/PBH, com vistas à	Implantar a Política Municipal de Educação Permanente até o ano 2015.	Política Municipal de Educação Permanente implantada.	01	01	Publicado em 07/01/2016 a portaria SMSA 0023/2016 e portaria conjunta SMSA / SMARH 001/2016

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
qualificação do cuidado ao cidadão.	Ampliar em 200% o número de GAPs (Grupo de Apoio Profissional) do Programa de Educação Permanente (PEP) até o ano de 2017.	Percentual de aumento de GAPs	150	0	Processo seletivo de facilitadores realizado em junho de 2016. Aguarda autorização para contratação dos selecionados.
	Ofertar 16.000 vagas para participação em ações educativas à profissionais da SMSA/SUS-BH, até o ano de 2017.	Número de vagas ofertadas em ações educativas.	4000	4005	Fração programada da meta para 2016 realizada
	Implantar a Escola de Saúde Pública Municipal como eixo operativo das ações de Educação Permanente até o ano de 2015.	Escola de Saúde Pública Municipal criada	0	0	Meta alterada em 2015, em reunião de prestação de contas do Programa BH Metas e Resultados ficou definido pela não implantação da Escola Municipal de Saúde e sim, pelo fortalecimento do Centro de Educação em Saúde.
Propiciar o compartilhamento do conhecimento conforme a necessidade da gestão.	Implantar a Gestão do Conhecimento na SMSA/PBH até o ano de 2017	Gestão do Conhecimento implantada	0	0	Previsto para 2017
Otimizar a divulgação das ações desenvolvidas no CES até 2015	Divulgar 100% das ações educativas de âmbito municipal pertencentes ao PLANEP	Percentual de ações educativas de âmbito municipal, pertencentes ao PLANEP, divulgadas.	0	0	Meta finalizada em 2015

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
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	50	0	Aguarda publicação da portaria substitutiva a Portaria SMSA/SUS- BH nº 001/2012, de 5 janeiro de 2012
	Ampliar em 15 o número de vagas das residências até 2017.	Número de vagas de residências ampliadas.	0	0	Meta finalizada em 2014
	Implantar a política de valorização dos preceptores até 2017.	Política de valorização dos preceptores implantada.	0	0	Previsto para 2017

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
Ampliar as estratégias de fixação dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/BH.	Criar proposta de Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais da categoria médica da SMSA, junto à comissão de estudo das estratégias institucionais para adesão e fixação de médicos, até 2014.	Proposta de PCCS para categoria médica na SMSA criada.	0	1	Foi construída uma proposta de Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCCS) para os profissionais da categoria médica, pela SMARH, com a participação da GGTE e das áreas técnicas da SMSA. A proposta do PCCS dos médicos foi finalizada e publicada, estando agora em fase de discussão dos indicadores e metas que irão ser utilizados para avaliação dos profissionais.
	Criar proposta de Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais das categorias ACS e ACE com a participação das áreas técnicas da SMSA e SMARH até 2016	Proposta de PCCS para as categorias de profissionais ACS e ACE criada	1		Foi elaborada uma proposta de um novo Plano de Cargos e Carreiras para ACSs e ACEs, que após negociações, foi rejeitada pela categoria que optou por retomar as conversas em 2017.
	Apresentar estudo para reavaliação da classificação de 100% das unidades de saúde da SMSA quanto ao abono de fixação dos profissionais até 2014.	Estudo da revisão da classificação das unidades de saúde quanto ao abono de fixação apresentado.	0		OK. Realizado em 2014.
Fortalecer as relações de trabalho através do	Realizar 12 Oficinas para consolidação do acompanhamento	Número de oficinas sobre acompanhamento	10	10	O formato de oficina foi alterado para encontros mensais com as

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
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.	sócio funcional (ASF) nos 09 Distritos Sanitários da SMSA até 2015. A partir de 2016 realizar 12 oficinas por ano.	Sociofuncional realizadas.			GERGETR`s para debate sobre o acompanhamento sócio funcional. Houve ampliação das discussões para questões de gestão do trabalho. Foram realizados 10 encontros no ano de 2016.
	Elaborar relatório anual com análise de dados quantitativos e qualitativos de acompanhamento Sociofuncional (ASF), nos anos de 2015 a 2017.	Número de relatórios de acompanhamento sócio funcional elaborados.	1	1	
	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	11	O formato de seminário foi reprogramado e os acompanhamentos dos gerentes passaram a ser feitos durante as intervenções coletivas nas unidades de saúde. Ao longo do 1º quadrimestre de 2016 foram realizadas intervenções em 6 unidades. Além disso, o acompanhamento individual do servidor muitas vezes requer o acompanhamento do gerente.

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	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.	06	10	Este tema foi absorvido no conteúdo programático das reuniões mensais realizadas com as Gergetr's e permanecerá neste formato em 2017.
	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	Em 2016 iniciamos intervenções coletivas com a categoria dos ACEs e encontra-se em curso uma pesquisa de mestrado acerca das condições de trabalho e saúde da categoria cujos resultados irão subsidiar ações de Acompanhamento Sociofuncional a partir de 2017. Hoje, o ASF de ACE e ACS vem sendo realizado nos mesmos moldes dos demais servidores.
Regulamentar e padronizar a realização de seleção para gerentes e gerentes adjuntos de unidades de saúde da SMSA/BH	Revisar instrução normativa vigente de seleção para gerente e gerente adjunto de unidade de saúde da SMSA/BH.	Proposta de revisão da instrução normativa vigente de seleção para gerente e gerente adjunto de unidade de saúde da SMSA/BH.	1	1	Foi criada uma comissão para discutir e elaborar a revisão da instrução normativa vigente e a minuta de portaria. Os produtos foram validados junto às GERGETRs e apresentados os G1s distritais e ao Secretário de Saúde.

Eixo V: Gestão do SUS					
Diretriz 10. Contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS.					
Objetivo	Meta	Indicador/ Produto	Quantidade		Observação / Justificativa
			Programada	Realizada	
	Elaborar minuta de portaria que regulamente a realização de seleção para gerente e gerente adjunto de unidade de saúde da SMSA/BH	Minuta de portaria que regulamente a realização de seleção para gerente e gerente adjunto de unidade de saúde as SMSA/BH	1	1	A minuta de portaria foi validada junto ao Secretário de Saúde, porém não foi publicada
Integrar e qualificar os dados dos diversos sistemas na saúde permitindo fornecer informações precisas e ágeis.	Criar proposta de Integração e qualificação dos dados em consonância com a base única de Recursos Humanos da SMSA para subsidiar o fornecimento de relatórios dinâmicos.	Percentual de proposta integrada	40%	0%	Não foi autorizado o direcionamento de recursos (verba), pela SMARH para continuidade do desenvolvimento proposta de Integração (Base Única) e qualificação dos dados da Saúde, junto à empresa ArteRH. A proposta de Base Única foi amplamente discutida pela GGTE, com a consultoria da ArteRH. Seu desenvolvimento já estava bastante avançado quando foi interrompido.

7.2 Pactuação Interfederativa

Tabela 27: Indicadores da Pactuação Interfederativa – 2013 a 2016

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016							
Nº	DENOMINAÇÃO	SERIE HISTÓRICA			2016		Unidade
		2013	2014	2015	Meta	Resultado	
1	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	85,83	85,00	92,00	86,00	90,31	%
2	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	4,82	5,00	5,49	6,00	5,72	%
5	Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,42	0,45	0,44	0,36	0,30	razão
6	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,26	0,27	0,30	0,28	0,38	razão
7	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar	47,54	49,73	52,06	49,50	52,9	%
8	Cobertura de Centros de Atenção psicossocial - CAPS	0,56	0,67	0,67	0,79	0,78	/100.000
9	Taxa de mortalidade infantil	9,62	9,86	10,32	9,90	9,33	/1.000
10	Proporção de óbitos maternos investigados	100,00	100,00	100,00	100,00	100	%
11	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	95,37	94,60	84,10	80,00	71,8	%
12	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	172	239	291	160	298	nº absoluto
13	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	270,67	283,10	274,10	280,00	232,5	/100.000
14	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	25,00	0,00	0,00	80,00	0	%
15	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	71,50	70,90	70,40	75,00	27,7	%
16	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	80,70	79,10	88,60	70,00	76,9	%
17	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	94,87	95,33	94,78	94,00	97,2	%
18	Número de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	2.897	3.060	4.549	2.500	3912	nº absoluto
19	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	1	0	2	1	1	nº absoluto

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016							
Nº	DENOMINAÇÃO	SERIE HISTÓRICA			2016		Unidade
		2013	2014	2015	Meta	Resultado	
20	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	94,30	91,50	87,20	90,00	88,20	%
21	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	93,90	97,20	90,60	90,00	96,10	%
23	Número absoluto de óbitos por dengue	10	0	2	6	66	nº absoluto
24	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	75,38	78,58	69,44	75,00	73,15	%
25	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais - PCT, cloro residual livre e turbidez	95,30	94,40	104,60	100,00	31,29	%
26	Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios. (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7	%
27	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	0,00	0,00	n/d	75,00	133,5	%
28	Número de plano de saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde	1	1	1	1	1	nº absoluto

Observações: Indicadores 3 e 4 não serão pactuados por MG; Indicador 22, específico para região Amazônica(Malária); Indicador 25, faltou kit para análise de cloro.

8. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO-ORÇAMENTÁRIO

Aponta os indicadores financeiros do município de Belo Horizonte, a receita e a despesa, por fonte de recurso, e, os gastos da PBH com ações e serviços de saúde, no ano de 2016.

Quadro 39: Indicadores financeiros, 2016

Indicador		Transmissão Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	28,55%
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	43,96%
1.3	Participação % das Transferências para Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	45,82%
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	86,02%
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	74,05%
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferência Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	47,12%
2.1	Despesas total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 1.293,69
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	30,96%
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,41%
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa	46,87%
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	64,00%
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	66,58%
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	22,08%

Observação: a) Os indicadores 2.1 a 3.1 ao serem demonstrados na Situação de Entrega estão sendo calculados pela segunda fase da despesa, ou seja, empenhada. Esta fase é considerada visando atender as disposições da Lei nº. 4320, de 17 de março de 1964 e as normas editadas pela Secretaria do Tesouro Nacional, sobre os demonstrativos que deverão compor o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (PT/STN: 560/01, 517/02, 441/03, 471/04, 587/05 e 663/06).

b) O indicador 3.2 (Participação da receita própria aplicada em Saúde) é calculado em conformidade com a Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000 e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 322, de 08 de maio de 2003.

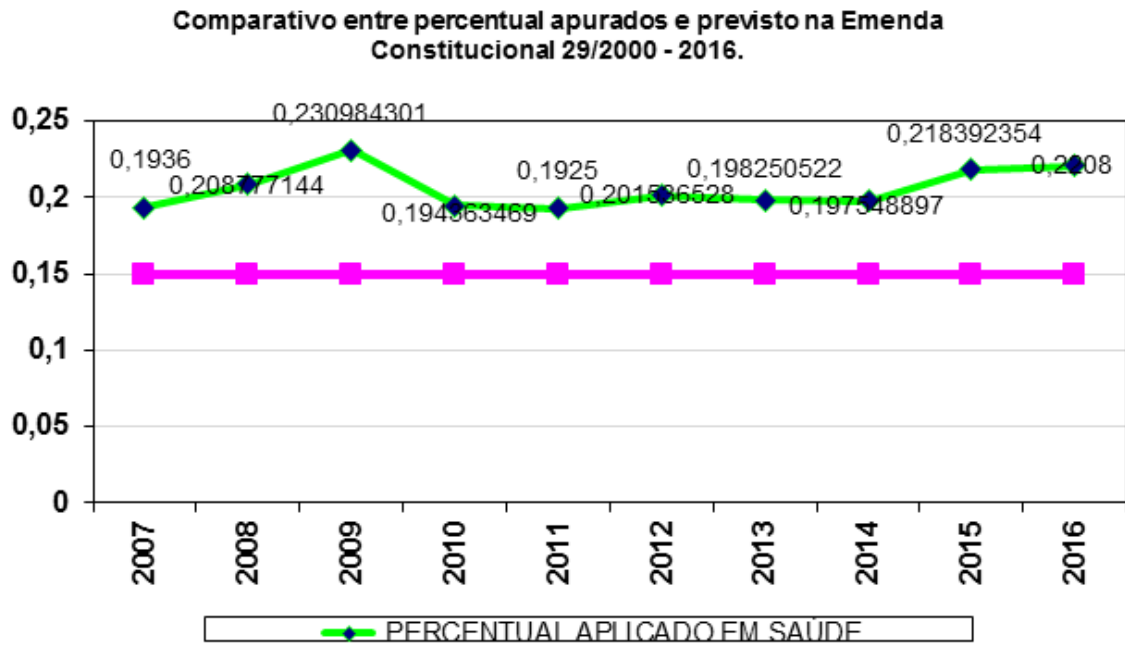
Tabela 28: Receita e despesa por fonte de recurso – 2016

INGRESSOS (POR ORIGEM DO RECURSO)		DISPÊNDIOS (POR FONTE)	
RECEITA ORÇAMENTÁRIA	1.846.536.602,49	DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS	2.963.127.953,30
- ORIGEM ESTADUAL	223.022.119,01	- FOLHA DE PAGAMENTO	994.688.013,69
- ORIGEM FEDERAL	1.617.185.558,39	- DE MAIS DESPESAS CORRENTES	1.942.228.269,29
- OUTRAS RECEITAS FMS	6.328.925,09	- DESPESAS DE CAPITAL	26.211.670,32
TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA RECEBIDA	1.228.523.172,69	EXECUÇÃO EXTRAORÇAMENTÁRIA	99.555.564,27
A= TOTAL DE INGRESSOS	3.075.059.775,18	B = TOTAL DE DISPÊNDIOS	3.062.683.517,57
(C= A- B) RESULTADO FINANCEIRO			12.376.257,61

Tabela 29: Gastos com Ações e Serviços de Saúde com recursos da PBH – 2016

GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	2013	2014	2015	2016
CUSTEIO:	796.621.106,42	862.832.032,08	989.959.900,62	1.092.164.647,10
PESSOAL E ENCARGOS	688.945.135,77	706.714.430,63	788.879.515,66	803.180.110,97
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	107.675.970,65	156.117.601,45	201.080.384,96	288.984.536,13
OUTRAS DESPESAS CORRENTES (ORÇAMENTO PARTICIPATIVO)	-	-	-	-
INVESTIMENTOS:	28.539.868,98	38.363.343,31	39.219.337,17	12.976.027,27
INVESTIMENTOS	16.440.301,60	24.212.307,47	26.174.437,55	3.803.876,12
INVESTIMENTOS (ORÇAMENTO PARTICIPATIVO)	12.099.567,38	14.151.035,84	13.044.899,62	1.717.461,51
INVERSÕES FINANCEIRAS	-	-	-	7.454.689,64
1 = TOTAL DE DESPESAS	825.160.975,40	901.195.375,39	1.029.179.237,79	1.105.140.674,37

Gráfico 36: Gastos da PBH com Ações e Serviços de Saúde



9. AUDITORIAS

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”.

Principais atividades realizadas no ano de 2016:

- Revisão do Regulamento do Sistema Municipal de Auditoria, no âmbito do SUS-BH, aprovado pela Portaria SMSA/SUS-BH Nº 19/2001 de 03 de Setembro de 2001: encontra-se em andamento, com prazo previsto de conclusão até 10/2017. Após a conclusão da proposta esta será enviada ao gestor para apreciação e posterior publicação.
- Definição da Missão, Visão e Valores da Auditoria Assistencial:

Missão: “Exercer ações de controle e fiscalização dos serviços e políticas públicas de saúde, subsidiando a gestão municipal e compartilhando ações de controle, avaliação e regulação do SUS-BH, visando a qualidade na prestação da assistência aos usuários”.

Visão: “Tornar-se serviço de auditoria assistencial de excelência, em consonância com o Plano Municipal de Saúde, vindo a ser referência no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria”.

Valores: Legalidade; Imparcialidade; Transparência; Ética; Cooperação; Compromisso; Qualidade

- Levantamento de Diagnóstico Situacional das Cirurgias Plásticas e desenvolvimento de propostas de melhorias do processo de trabalho: foi criada nova metodologia para os trabalhos de levantamento do diagnóstico em cirurgia plástica, sendo definido que o Hospital Universitário São José seria o piloto deste estudo. Posteriormente, o Hospital das Clínicas e o Hospital Odilon Behrens foram incluídos. Para o levantamento do diagnóstico, foram considerados a análise dos prontuários de pacientes, o cumprimento pelos prestadores de fluxos definidos pela SMSA-BH, a regulação e autorização das cirurgias plásticas, bem como a autorização das contas hospitalares. (Visita Técnica N.020)
- Ação integrada com o DENASUS para auditoria no Relatório de Gestão Municipal. Esta ação foi coordenada pelo DENASUS e esta Auditoria Assistencial trabalhou em parceria com aquela

equipe. Os trabalhos foram concluídos, o Relatório Final foi elaborado e centralizado no DENASUS/MG.

- Acompanhamento da execução das recomendações constantes da auditoria em oncologia realizada em parceria com o DENASUS, em 2015. Foram realizadas Visitas Técnicas em todos os hospitais credenciados em Oncologia para monitorar a evolução da implantação/implementação das recomendações constantes em cada relatório da auditoria anterior, focando principalmente no cumprimento da Portaria N. 140 do Ministério da Saúde de 27/02/2014.
- Abertura de Visitas Técnicas para averiguação da qualidade da assistência de enfermagem nos ambulatórios de quimioterapia dos hospitais credenciados pelo SUS-BH:
 - Foram realizadas Visitas Técnicas em todos os ambulatórios de quimioterapia dos hospitais credenciados, averiguando detalhadamente o cumprimento das legislações pertinentes à assistência de qualidade naquele tratamento. Foram feitas recomendações ao adequado cumprimento das normas vigentes.
 - Atendimento às demandas encaminhadas à Auditoria Assistencial pelos Setores Internos da SMSA-BH, Promotoria Pública do Estado de Minas Gerais, DENASUS e outros, conforme planilhas constantes dos Relatórios do 1º, 2º e 3º quadrimestres, bem como do consolidado abaixo:

Produção de atividades de Auditoria Assistencial no ano de 2016.

Na produção anual de 2016, foram programadas 13 auditorias, 18 visitas técnicas, uma orientação técnica e 04 pareceres técnicos. Foram concluídas 06 auditorias, 27 visitas técnicas, uma orientação técnica e 03 pareceres técnicos.

Quadro 40: Número de atividades programadas e concluídas – Auditoria Assistencial, 2016

Atividades	Programadas	Concluídas
Auditorias	13	06
Visitas Técnicas	18	27
Orientação Técnica	01	01
Parecer Técnico	04	03
Total	36	37

Obs.: o ano de 2016 foram concluídas atividades instauradas no ano corrente e no ano anterior, por isso o seu quantitativo é maior.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão da SMSA-BH buscou cumprir seus compromissos legais e institucionais além do compromisso de implementar a Política de Saúde no município de Belo Horizonte dentro dos princípios e fundamentos do Sistema Único de Saúde, de forma digna e transparente.

Apesar da crise econômica pela qual passa o país, tem buscado aumentar o número de ações e procedimentos ofertados nos seus equipamentos de saúde e também buscou juntos aos seus profissionais, a redução do custeio da rede.

Apesar dos grandes desafios, principalmente o equilíbrio orçamentário-financeiro, tem realizado um esforço para a elaboração de estratégias que enfrentem o momento de dificuldades, sem interferir na oferta oportuna dos serviços e ações de saúde à população de Belo Horizonte.

Com vista à integração da rede e a qualificação das atividades assistenciais, diferentes ações foram realizadas, com destaque para a estratégia Gestão do Cuidado no Território (GCT) e a ampliação da participação nos Ciclos de Monitoramento Quadrimestral do Estado de Saúde da População de Belo Horizonte.

A estratégia da Gestão do Cuidado no Território é o macroprojeto principal e consolidado em 2016. Seu objetivo é apoiar os Distritos Sanitários e os Centros de Saúde no planejamento e desenvolvimento de ações de cuidado em saúde, por meio da avaliação dos processos de trabalho nos centros de saúde. Essa estratégia considera a necessidade de cada território e sua população, aproxima a rede de atenção primária com os distritos sanitários e amplia a integração entre as diferentes áreas técnicas.